



**CONDICIONES
GENERALES**

VIDA ACTIVA
Seguro de Accidentes Personales



**CONDICIONES
GENERALES**

VIDA ACTIVA
Seguro de Accidentes Personales

ÍNDICE

CONDICIONES GENERALES	Página
<hr/>	
Artículo preliminar	
- Definiciones	4
<hr/>	
Bases del título	
Art. 1. Objeto de la cobertura	5
Art. 2. Modalidades. Coberturas básicas, opcionales y especiales. Exclusiones	5
2.1. Prestaciones básicas	5
2.2. Prestaciones opcionales	8
2.3. Prestaciones especiales	8
2.4. Riesgos excluidos	10
Art. 3. Coberturas opcionales de salud. Limitaciones y exclusiones	12
3.1. Prestaciones opcionales de salud	12
3.2. Limitaciones específicas	13
3.3. Riesgos excluidos	14
Art. 4. Límites geográficos	15
Art. 5. Personas no asegurables	15
Art. 6. Cuestionario de salud	15
Art. 7. Perfección, efectos y extinción del contrato	16
Art. 8. Pago de la cuota	16
Art. 9. Bases del contrato	17
Art. 10. Declaración, agravación y disminución del riesgo	18
Siniestros	
Art. 11. Deber de información	19
Art. 12. Pago de indemnizaciones	19
Art. 13. Extinción de la prestación	21
Art. 14. Disconformidad en la evaluación del grado de invalidez	21
Art. 15. Subrogación	22
Art. 16. Prescripción	22
Art. 17. Arbitraje y jurisdicción	23
Art. 18. Comunicaciones	23
Art. 19. Quejas y reclamaciones	23
Cláusula de cobertura de Riesgos extraordinarios en Seguros de personas	25
Cláusula especial	27

VIDA ACTIVA

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 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; 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 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 3/2018 de 5 de 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 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 título, 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.

Asegurado o sujeto protegido: La 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.

Beneficiario: La persona física o jurídica designada en las *condiciones particulares* del seguro, a la cual corresponde percibir la prestación garantizada.

Suma asegurada: La cantidad fijada respecto a cada una de las prestaciones cubiertas por el título y que constituye el límite máximo de indemnización en caso de siniestro.

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 la póliza.
- Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por la póliza.
- 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.

Invalidez permanente: Se entiende por invalidez permanente la pérdida orgánica o funcional de los miembros y facultades del asegurado, cuya intensidad se describe en el artículo 2.1 apartado b y cuya recuperación no se estime previsible de acuerdo con el dictamen de los peritos médicos nombrados, conforme al artículo 104 de la Ley de Contrato de Seguro 50/1980, del 8 de octubre (B.O.E. del 17-10-80). Asimismo, se entenderá por invalidez temporal, aquella que de acuerdo con el dictamen referido en el párrafo anterior se estima recuperable, y durante el tiempo que impida la normal realización de su trabajo habitual por el asegurado.

Invalidez temporal: Se entiende por Invalidez temporal, la imposibilidad temporal para realizar el trabajo u ocupación habitual, en tanto dicha incapacidad se derive de un accidente. 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

El asegurador garantiza las prestaciones e indemnizaciones suscritas por el tomador y que figuran indicadas en las condiciones particulares, con los límites fijados por el presente título.

Artículo 2. MODALIDADES. COBERTURAS FUNDAMENTALES, FUNDAMENTALES OPCIONALES Y ESPECIALES OPCIONALES. EXCLUSIONES

Los tipos de coberturas de accidentes personales son:

- **MODALIDAD 24 HORAS: Cobertura durante las veinticuatro horas del día.**
- **MODALIDAD PROFESIONAL: La cobertura se limita al riesgo profesional,** quedando cubiertos exclusivamente los accidentes que pueda sufrir el asegurado durante su jornada laboral y en los desplazamientos desde su domicilio particular al centro de trabajo y viceversa.
- **MODALIDAD DOMÉSTICO: La cobertura se limita a la vida privada,** con exclusión en este caso de los que tuvieran consideración de accidentes profesionales.

La modalidad contratada constará reflejada en las condiciones particulares del título.

COBERTURAS O PRESTACIONES DEL SEGURO

2.1. Prestaciones Fundamentales:

a) Muerte, ocurrida **como consecuencia de accidente inmediato o dentro de los doce meses siguientes a la fecha en que se produjo el accidente,** salvo que se acredite suficientemente que el fallecimiento es consecuencia del accidente. El capital garantizado será pagadero al beneficiario o beneficiarios designados en las condiciones particulares. En ausencia de tal designación, se considerará que lo son: el cónyuge; en su defecto los hijos legítimos, legitimados, naturales o adoptivos por partes iguales; en defecto de hijos, los padres por partes iguales o el superviviente de entre ellos y, por falta de éstos, los herederos legales.

b) Invalidez permanente, completa o parcial, comprobable mediante **dictamen médico**, y comprobada **dentro de los doce meses siguientes a la fecha del accidente amparado por el presente título y como consecuencia de éste**, salvo que ocurrida la invalidación con posterioridad al plazo fijado de un año, se acredite suficientemente que es consecuencia directa del accidente. Para determinar en cada caso el grado de invalidez y la indemnización que el asegurador deberá satisfacer, se estará en lo dispuesto por el siguiente baremo de categorías y coeficientes:

Categoría primera: Coeficiente 100 %

Pérdida completa y definitiva de ambos brazos, o de ambas piernas, o de ambas manos o de los pies; de un brazo y de una pierna, de una mano y de un pie. Ceguera absoluta, parálisis completa. Enajenación mental incurable y absoluta. Lesiones del aparato respiratorio, circulatorio y sistema nervioso central, consecutiva al traumatismo y que determinen invalidez permanente y absoluta para todo trabajo.

Categoría segunda: Coeficiente 75 %

Pérdida completa y definitiva del uso de un miembro inferior. Amputación o fractura no consolidada del muslo.

Categoría tercera: Coeficiente 60 %

Amputación o pérdida definitiva del brazo o mano derecha.

Categoría cuarta: Coeficiente 50 %

Amputación o pérdida definitiva del uso del brazo o mano izquierda; de toda la parte inferior a la rodilla, de un pie. Fractura no consolidada de una pierna. Pseudoartrosis del fémur afecto de una gran pérdida de sustancia ósea. Sordera completa e incurable de ambos oídos.

Categoría quinta: Coeficiente 30 %

Pérdida completa de la visión de un ojo, con o sin ablación del mismo. Reducción de la mitad de la visión binocular. Ablación de la mandíbula inferior. Mutilaciones extensas de ambos maxilares y de la nariz. Pseudoartrosis del húmero, consecuente a la gran pérdida de sustancia ósea. Codo bailante o luxación irreductible del mismo. Anquilosis del codo en posición defectuosa. Fractura no consolidada de un brazo. Amputación de cuatro dedos de una mano, no siendo el pulgar. Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos. Parálisis externa de un miembro superior. Rodilla anquilosada en defectuosa posición. Fístula gástrica o estercorácea.

Categoría sexta: Coeficiente 20 %

Pérdida completa del uso o luxación irreductible del hombro. Pérdida completa del movimiento de la cadera. Muñeca o garganta del pie bailante. Pseudoartrosis de los huesos del antebrazo. Anquilosis del codo o de la rodilla en buena posición. Amputación total del pulgar derecho.

Categoría séptima: Coeficiente 15 %

Amputación total del pulgar izquierdo. Amputación total de uno de los índices o de los otros tres dedos de una mano, del dedo gordo o de los otros cuatro dedos de un pie. Acortamiento de un miembro inferior a lo menos de cinco centímetros. Fractura no

consolidada de la mandíbula inferior. Grandes pérdidas de sustancias óseas en las paredes craneanas. Fístula pleural. Fístula o cualquier otra lesión de aparato urinario. Sordera completa y definitiva de un oído. Rigideces articulares: Limitación de la movilidad conjunta de la articulación en más de un 50 % del hombro, codo, antebrazo, muñeca, rodilla, articulación tibio-peronea-astragalina.

Categoría octava: Coeficiente 5%

Amputación o pérdida completa del uso de uno o dos dedos de una mano, de dos o tres dedos de un pie; de una falange del pulgar o de cuatro falanges en los dedos restantes de una mano. Pérdida completa del movimiento de la muñeca o de la garganta del pie. Pseudoartrosis de uno de los huesos del antebrazo. Acortamiento menor de cinco centímetros y superior a uno, de cualquiera de los dos miembros inferiores. Rigideces articulares: Limitación de movilidad conjunta de la articulación, en menos de un 50% del hombro, codo, antebrazo, muñeca, rodilla, articulación tibio-peronea-astragalina. Limitación de la movilidad conjunta de la articulación, en más de un 25% de cada mano o de cada pie

Regirán, además, las normas complementarias siguientes:

La lesión medular a consecuencia de un accidente garantizado, se considera como invalidez y será clasificada en la categoría que corresponda, por semejanza entre las lesiones anteriormente enumeradas.

La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro, es equivalente a la pérdida del uso del mismo.

En los casos en que el asegurado haya declarado ser zurdo en la solicitud de seguro, se consideran como miembros derechos los izquierdos y viceversa.

Cuando la pérdida o inutilización de un miembro u órgano de los indicados sea solamente parcial, se fijará el grado de invalidez deduciendo la tasación en igual proporción, sobre el porcentaje señalado en la categoría correspondiente.

La indemnización total pagadera, cuando el asegurado, por un mismo accidente, resulte con varias pérdidas o inutilizaciones, se calculará por acumulación de los mismos, pero el importe en conjunto de todas ellas, en ningún caso podrá exceder de la suma garantizada para la invalidez de la primera categoría.

Si el asegurado presenta defectos corporales con anterioridad al accidente, la indemnización se fija con arreglo al grado de invalidez que habría resultado, si el asegurado, antes del accidente, hubiese sido una persona normal desde el punto de vista de la integridad corporal.

El asegurador fijará el grado de invalidez, una vez que el estado del asegurado sea reconocido como definitivo, pero siempre dentro del año, a contar desde la fecha del accidente.

Las dolencias no previstas anteriormente, se conceptuarán como invalidez temporal.

En caso de invalidez permanente, que deje lesiones residuales, corregibles mediante prótesis ortopédica, el asegurador se obliga a pagar el importe que alcance la primera prótesis que se practique al asegurado **cuyo importe no exceda del 10% del capital indemnizable para caso de invalidez, y hasta un máximo de 1.500 euros**

En las lesiones no previstas, el grado de invalidez se determinará por analogía con los porcentajes señalados en el título, de acuerdo con los dictámenes médicos. Esto no será de aplicación para los casos de invalidez permanente, pues únicamente serán

considerados como tales los determinados en el título porcentualmente con el coeficiente 100%.

c) Anticipo para gastos de sepelio

En caso de fallecimiento del asegurado por accidente garantizado por el título, **Previsora anticipará hasta el límite fijado en condiciones particulares**, los gastos producidos en concepto de sepelio; **dichos importes satisfechos serán deducidos del total de la suma asegurada para la prestación de muerte por accidente.**

2.2. Prestaciones Fundamentales opcionales:

a) Invalidez temporal, hasta un máximo de 365 días, desde la fecha del accidente.

La presente cobertura es independiente de la baja laboral que pudiera proceder de acuerdo a la legislación de la Seguridad Social, así como de cualquier incapacidad temporal reconocida por Mutuas u otras entidades, por lo que el período de incapacidad, así como su grado, será determinado por los Servicios Médicos de la Mutualidad, pudiendo incluso finalizar sin que el asegurado haya recibido el alta de cualesquiera otras entidades.

El alta médica o la incorporación a la actividad habitual darán lugar a la extinción de todas las prestaciones de la Mutualidad.

b) Asistencia sanitaria por accidente, hasta un máximo de 365 días y por la total asistencia médico-farmacéutica y hospitalaria, si ésta se produce en los centros asistenciales indicados en el listado de centros asistenciales **del condicionado particular. En caso contrario, el asegurador, limitará esta cobertura a un máximo de 1.500 euros.**

No obstante, el asegurador abonará íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia, con independencia de quien los preste.

Siempre que así se haga constar en condiciones particulares, podrá convenirse una limitación en la cuantía máxima para garantizar la total asistencia médico-farmacéutica y hospitalaria.

Para las prestaciones de invalidez temporal y de asistencia sanitaria por accidente, se podrá convenir una ampliación de la cobertura, conjunta o independientemente, hasta un máximo de 550 días en total. Esta ampliación se entenderá incluida, siempre que se haga constar expresamente en las condiciones particulares del título; en caso contrario, se estará a lo dispuesto en los apartados a) y b) de este artículo.

2.3. Prestaciones especiales opcionales:

a) Fallecimiento por infarto de miocardio

Se entiende por **infarto de miocardio** la obstrucción coronaria aguda producida por trombosis o embolia que sea la causa única e inmediata del fallecimiento **sobrevenido en todo caso dentro de los seis meses siguientes a la ocurrencia del episodio agudo.**

El diagnóstico debe confirmarse hospitalariamente por episodio de dolor torácico, alteraciones en el trazado del electrocardiograma y elevación de las enzimas cardíacas por encima de las medidas estándar de laboratorio.

Será condición necesaria para dar validez a esta cobertura **que el asegurado no hubiera padecido enfermedades cardiovasculares con anterioridad a la contratación del título.**

b) Cobertura de cirugía estética reparadora

Si como consecuencia de un **accidente cubierto** por el título, **el asegurado precisa de cirugía estética reparadora de las lesiones o menoscabos físicos visibles sufridos, Previsora asumirá** los gastos de honorarios médicos, medicamentos y cualesquiera otros **gastos en general, prescritos por orden facultativa, relacionados con la operación y tratamiento clínico**, así como los gastos por la estancia y manutención en la clínica **hasta el límite máximo especificado en las condiciones particulares** para esta prestación.

La operación y el tratamiento clínico del asegurado debe solicitarse en el plazo máximo de un año y realizarse como máximo al año siguiente a la autorización de Previsora.

c) Gastos necesarios de adaptación estructural del despacho, oficina o vehículo.

Si como consecuencia de un **accidente cubierto** por el título **el asegurado sufre una invalidez absoluta y permanente y por su causa, precisa de medios mecánicos, manuales o de adaptación de infraestructura, necesarias para el normal desarrollo y movimiento del asegurado, Previsora abonará hasta el límite máximo especificado en las condiciones particulares** por este concepto.

No se considerará adaptación necesaria aquella que no sea imprescindible para el desarrollo de dicha actividad.

d) Gastos de contratación de profesional sustituto

Si como consecuencia de un **accidente cubierto** por el título, **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 el límite máximo especificado en las condiciones particulares. Dicha cobertura constituye el importe máximo indemnizable por cada año del título; 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.**

2.4. RIESGOS EXCLUIDOS:

A. POR CAUSAS CONTRACTUALES

- 1. Lesiones expresamente excluidas o bien ya existentes, y no declaradas en el cuestionario de salud en el momento de la suscripción del título, así como las recaídas, secuelas o intervenciones para retirar material osteosíntesis de accidentes anteriores a la suscripción del título.**

B. POR ENFERMEDADES

- 1. Las enfermedades de cualquier naturaleza, infarto de miocardio (salvo contratación expresa), episodios cardiovasculares, ataques de epilepsia, desvanecimientos, síncope, ataques de apoplejía, aneurismas, así como las lesiones relacionadas con una enfermedad o enajenación mental, y el suicidio.**
- 2. Envenenamientos, infecciones o intoxicaciones.**
- 3. Las alteraciones del estado de salud, crónicas o no, lesiones o defectos congénitos con origen anterior a la fecha de emisión del título.**
- 4. Los efectos de reumatismo, varices, callosidades, así como los tirones, roturas, distensiones, lumbalgias, y hernias.**
- 5. Las lesiones y enfermedades que sean consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos que no hayan sido motivadas por un accidente cubierto por el título; las lesiones consecutivas a cualquier intervención practicada por el asegurado sobre sí mismo y las producidas por cualquier irradiación, que no hayan sido motivadas por un accidente.**

C. POR CAUSAS CUBIERTAS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS U OTROS SEGUROS OBLIGATORIOS

- 1. 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, aun cuando éste no admita la efectividad del derecho del asegurado por incumplimiento de alguna de sus disposiciones legales que regulan su cobertura, o por haber sobrevenido el siniestro dentro del período de carencia que rige para este Organismo.**
- 2. 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.**

D. POR OTRAS CAUSAS

- 1. Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de temperatura o presión atmosférica, a menos que el asegurado haya quedado expuesto a ellas a consecuencia directa de un accidente.**

2. Los accidentes por una modificación cualquiera de la estructura atómica de la materia o sus efectos térmicos, radiactivos u otros, o de aceleración artificial de partículas atómicas.
3. Cuando el asegurado tenga una edad igual o inferior a 30 años, la póliza suscrita no garantiza los accidentes ocurridos como consecuencia de circulación en ciclomotores, motocicletas, quads y bicicletas, excepto si está incluida por cláusula específica al efecto.

E. POR ACTIVIDAD FÍSICA O ACTIVIDAD DEPORTIVA

1. Todas las enfermedades o lesiones y sus consecuencias, derivadas de cualquier práctica deportiva profesional, excepto las incluidas por cláusula específica al efecto.
2. Los accidentes por causa de la práctica de los siguientes deportes: automovilismo, aviación, artes marciales, pesca submarina, rugby, toreo y escalada en todas sus variantes.

Igualmente se considerarán excluidos de cobertura los accidentes a consecuencia de la práctica de los denominados "deportes de aventura de alto riesgo" como ala delta, globos aerostáticos, parapente, parascending, vuelo sin motor (y en general todas las actividades que se desarrollen mediante artefacto aéreo), buceo, submarinismo, apnea, trampolín (5 metros en altura o más), sky surfing, kitesurf, kitejumping, rafting, puenting y barranquismo, alpinismo extremo o a más de 3.000 metros de altitud, ski jumping, ski flying, artistic roller skating, skateboarding, speed skating, espeleología, rocalada en cualquiera de sus variantes, halterofilia, goming, salto base, traje alas (wingsuit), salto elástico sin arneses.

Deportes ecuestres y otros: rodeo, volteo, doma vaquera, lanceros, caza a caballo, toreo y encierro de reses bravas.

Motociclismo en cualquier modalidad (enduro, supermoto, trial...), motonáutica, ciclismo artístico o similares.

Lucha libre, boxeo y sus variantes, culturismo o similares.

Deportes de equipo o de pista: fútbol en todas sus variantes, jockey sobre patines, cricket, polo, baloncesto, etc.

De igual manera, quedarán excluidos aquellos deportes o prácticas que no habiendo sido enunciados en el párrafo anterior, pueden ser considerados de igual riesgo.

3. El rescate de personas en mar, montaña o desierto.
4. Los accidentes ocurridos en la travesía de glaciares, en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.
5. Los accidentes acaecidos tomando parte en apuestas, carreras o competiciones de cualquier naturaleza.
6. La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares.

F. POR ACTOS DERIVADOS DE LA CONDUCTA

1. El accidente provocado intencionadamente por el asegurado.
2. El accidente causado dolosamente por el beneficiario anulará totalmente la designación hecha a su favor, correspondiendo, en este caso, al tomador del seguro, o en su defecto a los herederos de éste.
3. Los accidentes que se produzcan hallándose el asegurado bajo el efecto de drogas, estupefacientes o en estado de embriaguez. Se considerará que existe embriaguez, cuando el grado de alcoholemia sea superior a 0,80 gramos por 1.000 en sangre, o el asegurado sea condenado por el delito específico de conducción en estado de embriaguez, o en la sentencia dictada en contra del mismo, se recoja esta circunstancia como causa determinante y/o concurrente del accidente.
4. Los 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.

Artículo 3. COBERTURAS OPCIONALES DE SALUD. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES

3.1. PRESTACIONES OPCIONALES DE SALUD:

a) HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA

Se garantiza el pago de la indemnización económica resultante de multiplicar la cifra establecida en las condiciones particulares del título por el número de días que permanezca internado el sujeto protegido (asegurado) en un centro sanitario, **única y exclusivamente por causa de intervención quirúrgica o exploración especial cruenta.**

b) HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

Se garantiza el pago de la indemnización económica resultante de multiplicar la cifra establecida en las condiciones particulares del título por el número de días que **permanezca internado el sujeto protegido (asegurado) en un centro sanitario por enfermedad, únicamente para recibir asistencia de carácter médico.**

Limitaciones comunes para las coberturas de hospitalización quirúrgica y médica:

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.**

En las intervenciones que se efectúen en varios tiempos o precisen de un nuevo acto quirúrgico, los días indemnizables se computarán acumulando los correspondientes a los distintos períodos de permanencia en el centro sanitario, sin que en ningún caso el total pueda exceder del máximo de noventa días previstos en esta cobertura. Para su cálculo se computarán todos los actos quirúrgicos habidos en el plazo de un año.

Exclusiones para la prestación de hospitalización médica:

1. Las exclusiones descritas en el artículo 3.3.
2. Las neuropatías y algopatías que no den síntomas objetivos con manifestaciones de comprobación clínica.
3. La prestación directa por el asegurador de los servicios médicos y las intervenciones quirúrgicas.
4. La medicina preventiva en general, así como los tratamientos dietéticos y en balnearios, así como las curas de reposo.
5. Las enfermedades o lesiones originadas o derivadas del embarazo, aborto o parto y las enfermedades inferiores a tres días de duración, siempre que no precisen internamiento en centro asistencial.
6. Los estudios básicos de la esterilidad, técnicas de reproducción humana asistida y tratamientos para la esterilización, así como las hemodiálisis y la psicología terapéutica.

c) INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Se garantiza el pago de la indemnización económica resultante de multiplicar la cifra establecida en las condiciones particulares por el número de puntos que figuran en la tabla primera del baremo de la prestación de intervención quirúrgica del condicionado general de Salud Activa (Seguro por Hospitalización Médico-Quirúrgica). **No se garantiza ningún hecho o causa no establecidos en el citado baremo.**

La totalidad de los puntos se devengan por tratamientos completos específicos, que dan derecho a percibir la indemnización sólo una vez por la misma afección. En el supuesto de practicarse diversas intervenciones en una sola sesión operatoria, el importe de la indemnización será el que resulte de añadir a la que tenga el número de puntos más elevado el veinticinco por ciento de cada una de las demás de las que haya sido intervenido.

d) BAJA POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Se garantiza el pago de la indemnización económica resultante de multiplicar la cifra establecida en las condiciones particulares por el número de puntos que figuran en la tabla segunda del baremo de la prestación de intervención quirúrgica del Condicionado General de Salud Activa. **No se garantiza ningún hecho o causa no establecidos en el citado baremo.**

En el supuesto de practicarse diversas intervenciones en una sola sesión operatoria o en un mismo período de estancia en un centro sanitario, el importe de la indemnización será el que resulte de la intervención con mayor número de puntos.

La totalidad de los puntos se devengan por tratamientos completos específicos, que dan derecho a percibir la indemnización sólo una vez por la misma afección.

3.2. LIMITACIONES ESPECÍFICAS

a) La edad máxima de suscripción de las prestaciones opcionales de salud, así como la ampliación de capitales en las mismas, se establece en 65 años.

b) Las coberturas contratadas tomarán efecto una vez superado el período de carencia establecido para dichas prestaciones:

- En general, 6 meses.

- **Intervenciones, exploraciones o tratamientos por embarazo o parto, 18 meses.**
- **Por varices, 24 meses.**

Será de aplicación el plazo de carencia de 6 meses para los suplementos de incrementos de capital, en la cuantía incrementada.

Si el hecho causante es un accidente por causa súbita, externa y ajena a la intencionalidad del sujeto protegido, NO SE APLICARÁ CARENCIA.

c)El ámbito territorial de cobertura está delimitado a los países de la Unión Europea.

3.3. RIESGOS EXCLUIDOS

1. Apendicectomía profiláctica, es decir, sin enfermedad apendicular previa o por el simple hecho de presentarse el apéndice a la vista del cirujano, en el transcurso de una intervención abdominal provocada por cualquier otro proceso morboso.

2. Proceso clínico por causas congénitas y las lesiones o defectos constitucionales y físicos de origen anterior a la fecha de efecto del título y no declaradas en el cuestionario de salud.

3. Lesiones ya existentes con anterioridad a la suscripción del título.

4. Las lesiones 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.

5. Lesiones producidas por una modificación cualquiera de la estructura atómica de la materia o sus efectos térmicos, radiactivos u otros, o de aceleración artificial de partículas atómicas.

6. Las lesiones provocadas intencionadamente por el asegurado, intento de suicidio o autolesiones.

7. Las lesiones que se produzcan hallándose el asegurado en estado de perturbación mental, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, bajo el efecto de drogas, estupefacientes o en estado de embriaguez. Se considerará que existe embriaguez, cuando el grado de alcoholemia sea superior a 0,80 gramos por 1.000 en sangre, o el asegurado sea condenado por el delito específico de conducción en estado de embriaguez, o en la sentencia dictada en contra del mismo, se recoja esta circunstancia como causa determinante y/o concurrente del accidente.

8. Los 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.

9. Las exclusiones por actos derivados de actividad física o deportiva especificado en el artículo 2.4.E. en todos sus apartados.

10. Procesos relacionados con medidas preventivas.

11. Toda enfermedad adquirida en el período de carencia.

12. Los procesos clínicos o las intervenciones quirúrgicas no especificadas en el baremo de la prestación de intervención quirúrgica.

Artículo 4. LÍMITES GEOGRÁFICOS

Las coberturas de este seguro se extienden y limitan a:

- Muerte, fallecimiento por infarto de miocardio garantizado por la póliza, invalidez permanente del asegurado:

Surten efecto en todo el mundo, **quedando exceptuados los accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.**

- La invalidez temporal:

Se entenderá garantizada **única y exclusivamente en accidentes sucedidos dentro de los límites del territorio español.**

- Asistencia sanitaria:

Se entenderá garantizada **única y exclusivamente en accidentes sucedidos dentro de los límites del territorio español y prestada por centros asistenciales autorizados por la Mutua.**

Artículo 5. PERSONAS NO ASEGURABLES

Las personas menores de 14 años y mayores de 70 años.

- **En cualquier caso, el contrato quedará rescindido al término de la anualidad en que el asegurado cumpla los 70 años de edad.**

- **Los afectados de enajenación mental, parálisis, apoplejía, paraplejía, cuadriplejía, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, sida, ataques de *delirium tremens*, sonambulismo, síncope, 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 6. CUESTIONARIO DE SALUD

Los mutualistas serán aceptados sobre la base del cuestionario de salud cumplimentado y firmado acompañado de la solicitud del seguro, o si es necesario, del resultado del reconocimiento médico complementario.

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 se consideren convenientes.

Artículo 7. PERFECCIÓN, EFECTOS Y EXTINCIÓN DEL CONTRATO

El contrato 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 contrato por un nuevo período y así sucesivamente.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato 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 contrato de seguro.

Artículo 8. PAGO DE LA CUOTA

El tomador del seguro está obligado al pago de la primera cuota o de la cuota única, en el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de cuotas, se deberán hacer efectivos en los correspondientes vencimientos.

Si en las condiciones particulares no se determina ningún lugar para el pago de la cuota, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro, salvo pacto en contrario.

Si por culpa del tomador, la primera cuota no ha sido pagada o la cuota única no lo ha sido a su vencimiento, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la cuota debida, en vía ejecutiva, con base en el título. En todo caso, y salvo pacto en contrario en condición particular, si la cuota no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

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

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

Artículo 9. BASES DEL CONTRATO

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 contrato y la fijación de la cuota.

DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

- El presente título ha sido concertado sobre la base de las declaraciones formuladas por el tomador del seguro y los asegurados en el cuestionario de salud a que le ha sometido el asegurador, que han motivado la aceptación del riesgo por el asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del contrato y la fijación de la cuota.
- El tomador del seguro o el asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario de salud inicial que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.
- El tomador del seguro o asegurado quedan obligados a comunicar anticipadamente al asegurador la existencia de otras pólizas, contratadas 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.
- El tomador del seguro tiene el deber, antes de la perfección del contrato, de declarar al asegurador todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.
- **El asegurador podrá rescindir el contrato 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 10. DECLARACIÓN, AGRAVACIÓN Y DISMINUCIÓN DEL RIESGO

El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas, que puedan influir en la valoración del riesgo.

El tomador del seguro debe comunicar al asegurador la celebración de cualquier otro seguro de accidentes, que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el asegurador, por este concepto, pueda deducir cantidad alguna de la suma asegurada.

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 contrato, 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.

El tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al asegurador, tan pronto como les sea posible, el cambio de profesión y aquellas otras circunstancias contempladas en el cuestionario, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza, que si hubieran sido conocidas por éste, en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El asegurador puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en un plazo de dos meses, a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el tomador del seguro 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 tomador del seguro, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales, y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al tomador del seguro la rescisión definitiva.

El asegurador podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. Dicha rescisión deberá ser anunciada con una anticipación de quince días a su toma de efecto.

Si el siniestro sobreviene antes de que el tomador del seguro o el asegurado haga la declaración de agravación del riesgo, **la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia, entre la cuota convenida y la que hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo, culpa grave, del tomador del seguro, el asegurador quedará liberado del pago de la prestación.**

SINIESTROS

Artículo 11. DEBER DE INFORMACIÓN

En caso de siniestro que pueda dar origen a una reclamación bajo cualquiera de los amparos de este título, el tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario, deberán comunicar al asegurador, el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido, salvo pacto en contrario.

En todos los casos, el tomador del seguro, el asegurado y el beneficiario, están obligados a:

- Facilitar al asegurador, toda clase de información sobre las circunstancias, consecuencias del siniestro y salud del asegurado, incluso referida a las fechas anteriores a la ocurrencia del mismo.

Para los casos de invalidez, tanto permanente como temporal, el tomador del seguro o el asegurado deberá **enviar al asegurador, en períodos no superiores a 30 días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones.**

- Autorizar a facultativos y profesionales, **por escrito si fuera necesario**, para que faciliten a la Mutualidad cuanta información necesite respecto al siniestro y sus circunstancias.
- Acceder al **reconocimiento del asegurado por los médicos que designe la Mutualidad.**

Cuando no se cubra por el asegurador la garantía de servicio médico, los gastos de los certificados médicos irán a cargo del asegurado.

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

Artículo 12. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Para poder percibir las indemnizaciones relativas a las prestaciones contratadas, se requiere:

- 1. Estar al corriente en el pago de las cuotas.**
- 2. Haber superado los periodos de carencia estipulados para las coberturas opcionales de salud.**

Un mismo accidente no da derecho, simultáneamente, a las indemnizaciones de muerte y de invalidez permanente, en tanto que para el supuesto de invalidez temporal, el derecho a la indemnización es independiente al que corresponde por fallecimiento o declaración de invalidez permanente.

No obstante, este derecho cesará, en cualquier caso, en el momento en que se haya declarado la invalidez permanente.

Para obtener el pago, el tomador del seguro deberá remitir al asegurador, los documentos justificativos, que según corresponda, se indican a continuación:

- a) Fallecimiento: Partida de defunción del asegurado, certificación del Registro General de Ultima Voluntad y, si existiera testamento, certificación del albacea respecto a si en el mismo se designan beneficiarios del seguro, y los documentos que acrediten la personalidad de los beneficiarios.
- b) Invalidez permanente: Informe de urgencias y evolutivos, certificado médico del alta, con expresión del tipo de invalidez resultante del accidente.
- c) Invalidez temporal: Informe de urgencias, informes evolutivos y resultados de pruebas diagnósticas complementarias, partes de alta y baja que determinen esta invalidez, así como su duración, salvo que el asegurador pueda establecer una fecha de alta anterior.

En el supuesto de siniestro cubierto por esta prestación, el asegurador pagará la indemnización de la siguiente manera:

1) La invalidez temporal se merita a partir del día 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 la invalidez temporal a partir de la fecha en que el asegurador haya recibido la documentación mencionada.**

2) 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 del Seguro.

El asegurador tiene que pagar la invalidez temporal 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.

d) Gastos médico-farmacéuticos-hospitalarios: Una vez terminado el tratamiento, se remitirán al asegurador las facturas acreditativas del mismo.

e) Anticipo gastos de sepelio: Certificado médico de defunción del asegurado y libro de familia.

f) Hospitalización quirúrgica, hospitalización médica, intervención quirúrgica y baja por intervención quirúrgica: certificado de alta hospitalaria del centro sanitario en el que ha permanecido ingresado el asegurado, en el que conste el diagnóstico, el tipo de tratamiento realizado (médico o quirúrgico), la fecha de ingreso y la fecha de alta hospitalaria.

g) Fallecimiento por infarto de miocardio: Partida de defunción del asegurado, informe médico-forense, certificación del Registro General de Ultima Voluntad y, si existiera testamento,

certificación del albacea respecto a si en el mismo se designan beneficiarios del seguro, y los documentos que acrediten la personalidad de los beneficiarios.

h) Cobertura de cirugía estética reparadora: informe de urgencias y evolutivos, relativos al accidente, certificado médico que informe sobre las deformaciones o mutilaciones causadas por el accidente y que prescriba la necesidad de la cirugía, facturas correspondientes al tratamiento realizado.

i) Gastos necesarios para la adaptación del despacho: certificado de invalidez absoluta y permanente por accidente, facturas correspondientes a la adaptación del despacho.

j) Gastos de contratación sustituto: factura emitida debidamente por el profesional que haya sustituido al asegurado, contrato de sustitución comunicado al Servicio Público de empleo.

En todos los casos, el sujeto protegido o asegurado, deberá facilitar a la Mutualidad, toda clase de información sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro. También deberá facilitar los certificados médicos que le pueda solicitar la Mutualidad.

En cualquier supuesto, el asegurador deberá efectuar, dentro de los 40 días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas; igualmente, una vez que obren en poder del asegurador los documentos que se solicitan para cada una de las coberturas, éste abonará la indemnización en el plazo de cinco días.

Artículo 13. 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.**
- **Cumplir el asegurado los 70 años de edad.**
- **El contrato se extingue con carácter retroactivo, aunque no se haya comunicado previamente al asegurador, si se puede diagnosticar médicamente que 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 este caso, asegurador tiene la obligación de extornar al tomador del seguro, la parte de cuota satisfecha que corresponda al periodo por el que, como consecuencia de la extinción, no se cubra el riesgo.

Artículo 14. DISCONFORMIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ

Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento, sobre el importe y la forma de la indemnización, el asegurador deberá pagar la suma convenida si su naturaleza así lo permitiera.

Si no lograrse el acuerdo, dentro del plazo previsto en el artículo treinta y ocho de la Ley de Contrato de Seguro, cada parte designará un perito médico, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere

designado el suyo, y, de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito médico de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los peritos médicos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, y demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización, según la naturaleza del seguro de que se trate y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los peritos médicos, ambas partes designarán un tercer perito médico de conformidad, y de no existir ésta, se podrá promover expediente en la forma prevista en la Ley de la Jurisdicción Voluntaria o en la legislación notarial. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito médico tercero.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del asegurador, y ciento ochenta, en el del asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Si el dictamen de los peritos médicos fuera impugnado, el asegurador deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo dieciocho de la Ley de Contrato de Seguro, y si no lo fuera, abonará el importe de la indemnización señalado por los peritos, en un plazo de cinco días.

En el supuesto de que por demora del asegurador, en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable, el asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente, se verá incrementada con el interés previsto en el artículo veinte de la Ley de Contrato de Seguro, que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el asegurador y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuese el procedimiento judicial aplicable.

Artículo 15. SUBROGACIÓN

El asegurador, en base a los pagos que hubiera efectuado por la prestación de asistencia médica, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro, pudieran corresponder al asegurado, frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer en perjuicio del mismo los derechos en que se haya subrogado. El asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, **siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar al asegurador, en su derecho a subrogarse.**

En caso de concurrencia del asegurador y el asegurado, frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos, en proporción a sus respectivos intereses.

Artículo 16. PRESCRIPCIÓN

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

Artículo 17. ARBITRAJE Y JURISDICCIÓN

1. Si las partes estuviesen conformes, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros, de conformidad con la legislación vigente.

2. Si cualquiera de ellas o ambas, decidiesen ejercitar sus acciones ante los órganos jurisdiccionales, **deberán recurrir al juez del domicilio del asegurado, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato de seguro.**

Artículo 18. COMUNICACIONES

Las comunicaciones al asegurador del tomador del seguro del asegurado o del beneficiario, se realizarán en el domicilio social del asegurador, señalado en el título.

Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro, a un agente afecto representante del asegurador, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

Las comunicaciones efectuadas por un agente o corredor de seguros al asegurador, en nombre del tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste.

Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro y, en su caso, al asegurado y al beneficiario, se realizarán al domicilio de éstos, recogido en el título, salvo que los mismos hayan notificado al asegurador el cambio de su domicilio.

El pago de las cuotas que efectúe el asegurado a un agente afecto representante del asegurador, surtirá los mismos efectos que si se hubiere realizado directamente a éste.

Artículo 19. QUEJAS Y RECLAMACIONES

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.

1. Personas legitimadas

Pueden presentar quejas o reclamaciones los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de cualesquiera de los anteriores.

2. Presentación de las quejas o reclamaciones

Las quejas y 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

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

E-mail: atencioncliente@previsora.es

3. 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 reclamación,** pudiendo aportar, en su caso, copia de cuantos documentos avalen su posición.
- **Identificación de la sucursal, departamento, agente o mediador de seguros,** si su queja o reclamación trae causa de su actuación.
- **Solicitud** que formula al Servicio de Atención al Cliente.
- **Indicación** de que el reclamante no tiene conocimiento de que la queja o reclamación está siendo sustanciada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.
- **Lugar, fecha y firma.**

4. Supuestos de inadmisión de las quejas y 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 órganos 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, razones y 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 resueltas, presentadas por el mismo cliente en relación con los mismos hechos.

5. 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 reclamación fuera presentada, a los que se adicionarán los días en los que el expediente haya quedado en suspenso para la subsanación de errores en la presentación.

6. Comisionado para la defensa del asegurado

Para la admisión de una reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones deberá acreditarse el cumplimiento de los siguientes requisitos:

1. Haber formulado previamente reclamación por escrito al Servicio de Atención al Cliente de la entidad aseguradora.
2. Debe haber transcurrido dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación al Servicio de Atención al Cliente de la entidad aseguradora sin que ésta haya sido resuelta o que haya sido denegada la admisión de la reclamación o denegada su petición.

7. Sistema arbitral de consumo

Sólo en las reclamaciones de **daños materiales** hasta los límites establecidos y siempre que las partes estén de acuerdo, de conformidad con la legislación vigente, las diferencias podrán ser sometidas al juicio de árbitros.

El asegurado podrá requerir que su reclamación se someta a arbitraje, siendo la resolución que adopte la Junta Arbitral de Consumo vinculante para las dos partes.

8. Jurisdicción competente

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

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.conorseguros.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.

CLÁUSULA ESPECIAL

EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 2.2. apartado b (Asistencia Sanitaria), DE LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE CONTRATO, LOS CENTROS ASISTENCIALES CERRADOS FACILITADOS POR EL ASEGURADOR serán los relacionados en las condiciones particulares del título.

Si por circunstancias ajenas a la voluntad del tomador y/o asegurado, no resulta posible ingresar al accidentado en estos centros, el asegurador hace extensiva la cobertura a todos los centros asistenciales públicos y privados, **excepto residencias sanitarias de la seguridad social**, en cuyo caso, se estará a lo dispuesto en las condiciones generales del título.

El asegurador se reserva el derecho, en todos los casos, de trasladar al accidentado a los centros asistenciales que estime más oportunos, contando siempre con la adecuada autorización médica.



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

E06/21

PMPE101