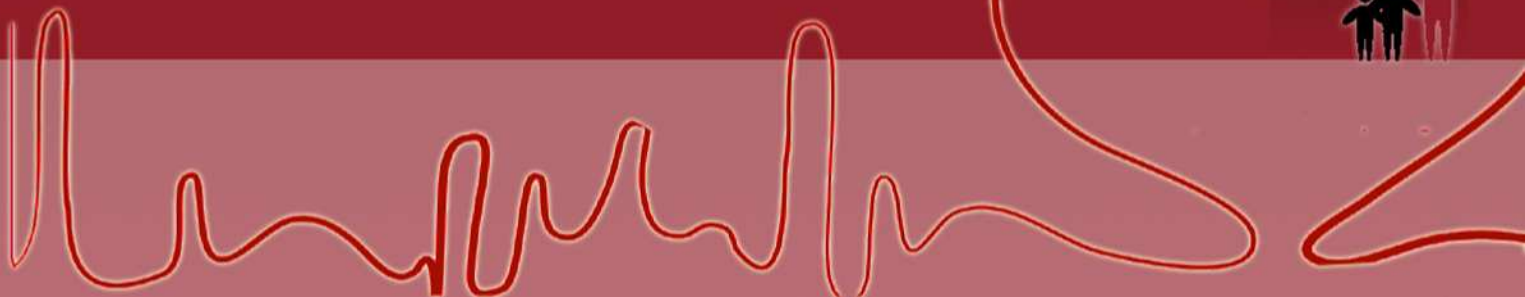




**CONDICIONES
GENERALES**

**ASISTENCIA ACTIVA
Sehha TAKAFUL**



CONDICIONES GENERALES

**Asistencia Activa
Sehha TAKAFUL**

ÍNDICE

Condiciones generales

Artículo preliminar

- Definiciones

2

Bases del título

Art. 1. Objeto de la cobertura y exclusiones	Pág. 3,4
Art. 2. Ámbito territorial.....	Pág. 4
Art. 3. Personas asegurables y no asegurables y limitaciones de las coberturas.....	Pág. 5
Art. 4. Perfección y efectos del título. Rescisión del título.....	Pág. 5
Art. 5. Pago de la cuota.....	Pág. 5
Art. 6. Información sobre lo concerniente al título.....	Pág. 5
Art. 7. Agravación del riesgo durante la vigencia del título.....	Pág. 6
Art. 8. Facultades de la Mutualidad ante la agravación del riesgo.....	Pág. 6
Art. 9. Consecuencias de no comunicar la agravación del riesgo.....	Pág. 6

Siniestros

Art. 10. Derecho a percibir la prestación.....	Pág. 6,7
Art. 11. Prestaciones.....	Pág. 7
Art. 12. Extinción de la prestación.....	Pág. 7
Art. 13. Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador o el asegurado.....	Pág. 7
Art. 14. Prescripción.....	Pág. 8
Art. 15. Arbitraje y jurisdicción.....	Pág. 8
Art. 16. Instancias de reclamación y quejas.....	Pág. 8,9

CONDICIONES GENERALES

ENTIDAD ASEGURADORA

PREVISORA AGRO-INDUSTRIAL es una mutualidad de previsión social que tiene su domicilio social en España, en la ciudad de Barcelona, Vía Layetana, 20.

LEGISLACIÓN APLICABLE

La presente póliza se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, Contrato de Seguro (B.O.E. del 17 de octubre de 1980) y el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre (B.O.E. del 5 de noviembre de 2004); por la Ley 9/1992, de 30 de abril, de Mediación de Seguros Privados (B.O.E. del 2 de mayo de 1992), por la Ley 10/2003, de las Mutualidades de Previsión Social Voluntaria (B.O.E. del 18 de julio), 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) y por la Ley Orgánica 15/1999, de 23 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (B.O.E. de 14 diciembre).

CONSENTIMIENTO A LA MUTUALIDAD

El tomador del seguro y el asegurado otorgan consentimiento expreso a la Mutualidad para que proceda al tratamiento automatizado de los datos de carácter personal que figuren en la póliza, en cuanto sea necesario para el mantenimiento de las relaciones y para poder dar cumplimiento al contrato de seguro, siempre dentro de los límites establecidos por la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal. Al amparo de la legislación vigente, otorgan también su consentimiento expreso para que dichos datos puedan ser cedidos a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador, siempre que sean con fines estadísticos.

ARTÍCULO PRELIMINAR

DEFINICIONES

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

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

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

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

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

Cuota o prima : Precio de la cobertura.

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

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

Quedan excluidas las prótesis dentales.

BASES DEL TÍTULO

ARTÍCULO 1

OBJETO DE LA COBERTURA

COBERTURA BÁSICA OBLIGATORIA

HOSPITALIACIÓN MÉDICO Y QUIRÚRGICA.

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

Limitaciones:

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

EXCLUSIONES

ESPECÍFICAS

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

POR CAUSAS CONTRACTUALES

4. Causas expresamente excluidas.

POR ENFERMEDADES

5. SIDA y/o las enfermedades causadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) e intervenciones quirúrgicas derivadas.
6. 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

Modalidad Prestación:

- ocasionadas o desarrolladas por el estrés, así como las depresiones o síndromes ansiosos.
7. 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...).
 8. Tratamientos o intervenciones con finalidades estéticas y/o cosméticas. Quedan así mismo excluidos los tratamientos de varices con fin estético (escleroterapia, láser varices), las curas de adelgazamiento ambulatorias o en régimen de internamiento y tratamientos dermoestéticos en general y los tratamientos capilares.
 9. Las consecuencias y/o complicaciones derivadas de tratamientos terapéuticos no imprescindibles o negligentemente aplicados, así como los derivados de la sumisión a tratamientos experimentales o dictados por personas no autorizadas para el ejercicio de la medicina.
 10. Deportes de motor y otros: Automovilismo en cualquier modalidad (autocross, rally, etc.); motociclismo (supermoto); ciclismo artístico o similares; así como carreras o competiciones.- Deportes de combate o de fuerza: artes marciales, lucha libre, boxeo y variantes, halterofilia.- Deportes de equipo o de pista: fútbol americano o australiano; rugby, hockey sobre hielo o sobre patines, cricket, polo.

POR ACTOS DERIVADOS DE LA CONDUCTA

11. 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.
12. Actos de imprudencia temeraria, lucha, pelea (salvo en el caso probado de legítima defensa), o por intervenir en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional.

POR OTRAS CAUSAS

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

ARTÍCULO 2
ÁMBITO TERRITORIAL

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

ARTÍCULO 3

1.-PERSONAS ASEGURABLES

En esta prestación se admitirán solicitantes **hasta los 70 años de edad.**

ARTÍCULO 4

a) PERFECCIÓN Y EFECTOS DEL TÍTULO

El título se perfecciona mediante el consentimiento de las partes, manifestado por la suscripción, del título o del documento provisional de cobertura. **La cobertura suscrita y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de la cuota, salvo pacto en contrario en las condiciones particulares.**

En caso de demora en el cumplimiento de uno de los citados requisitos, salvo lo dispuesto en el párrafo anterior respecto a la cuota, las obligaciones de la Mutualidad comenzarán a partir de las 12 horas del día en el que hayan sido cumplimentados.

La rescisión del título efectuada de acuerdo con la edad, en el pago del importe de la indemnización previsto en este artículo, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes, en relación con los siniestros declarados.

ARTÍCULO 5

PAGO DE LA CUOTA

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

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

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

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

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

ARTÍCULO 6

INFORMACIÓN SOBRE LO CONCERNIENTE AL TÍTULO

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

ARTÍCULO 7

AGRAVACIÓN DEL RIESGO DURANTE LA VIGENCIA DEL TÍTULO

El asociado o sujeto protegido deberá, durante el curso del título, comunicar a la Mutualidad, lo más pronto posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubiesen sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del título, no lo habría celebrado o lo habría celebrado en condiciones más gravosas.

ARTÍCULO 8

FACULTADES DE LA MUTUALIDAD ANTE LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

La Mutualidad podrá, del mismo modo, rescindir el título comunicándolo por escrito al sujeto protegido dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. Dicha rescisión deberá ser anunciada con una antelación de quince días a su toma de efecto.

ARTÍCULO 9

CONSECUENCIAS DE NO COMUNICAR LA AGRAVACIÓN DEL RIESGO

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

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

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

Modalidad Prestación:

protegido, éste tendrá derecho a ser reembolsado de la parte de cuota satisfecha correspondiente al periodo que falte transcurrir de la anualidad en curso.

SINIESTROS

ARTÍCULO 10

DERECHO A PERCIBIR LA PRESTACIÓN

Para poder percibir las prestaciones suscritas, se requiere:

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

ARTÍCULO 11

PRESTACIONES

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

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

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

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

ARTÍCULO 12

EXTINCIÓN DE LA PRESTACIÓN

La prestación se extinguirá por:

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

ARTÍCULO 13

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

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

- a) Comunicar a la Mutualidad, la formalización de cualquier otro seguro de naturaleza idéntica que se refiere a la misma persona.

Modalidad Prestación:

- b) Comunicar a la Mutualidad, tan pronto como sea posible, el cambio de domicilio que figura en las condiciones particulares de la póliza.

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

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

**ARTÍCULO 14
PRESCRIPCIÓN**

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

**ARTÍCULO 15
ARBITRAJE Y JURISDICCIÓN**

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

**ARTÍCULO 16
INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN Y QUEJAS**

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

PERSONAS LEGITIMADAS

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

PRESENTACIÓN DE LAS QUEJAS O RECLAMACIONES

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

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

Servicio de Atención al Cliente de Previsora Agro-Industrial

Vía Layetana, 20

08033 BARCELONA

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

E-mail: previsora@previsora.es

REQUISITOS QUE DEBEN REUNIR LAS QUEJAS O RECLAMACIONES

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

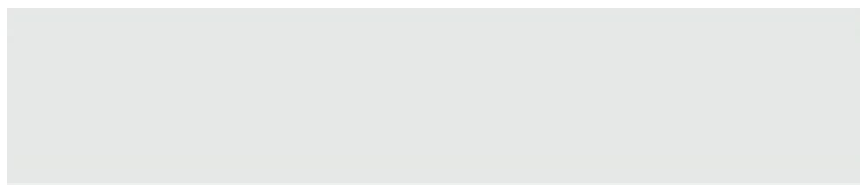
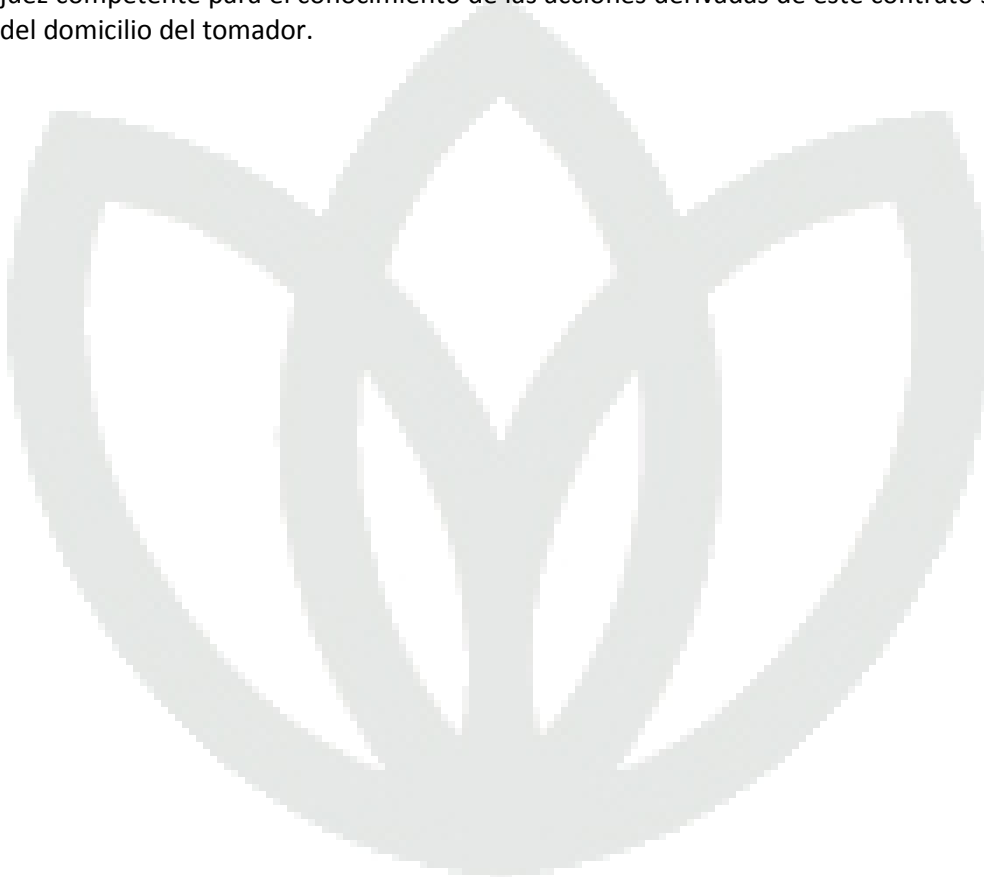
Para la admisión de una reclamación ante la Dirección General de la Política Financiera y Seguros de la Generalitat de Catalunya, deberá acreditarse el cumplimiento de los siguientes requisitos:

Modalidad Prestación:

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

JURISDICCIÓN COMPETENTE

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





Oficines Centrals
Via Laietana, 20
08003 Barcelona
Tel.: 93 295 63 00