



previsora
general

Seguros Colectivos Condiciones Generales y Particulares

Nº Póliza: 1/4/134486

Este documento contiene las condiciones generales y particulares de su Contrato de Seguro. Es muy importante que lea atentamente las condiciones y compruebe que todos los datos indicados son correctos. Si tiene cualquier duda puede contactar con su mediador de seguros o llamar a nuestro Departamento de Atención al Cliente a través del teléfono 902 28 30 32.

Previsora General, Mutualidad de Previsión Social a prima fija

Nº PÓLIZA 1/4/134486



Tomador del Seguro

CEAPA
N.I.F. G28848505
PLAZA PUERTA DEL SOL, 4, 6ªA
28013-MADRID

Mediador

ARÇ CORRED. D'ASSEG., SCCL
CIF. F58302001 CÓDIGO: 0803046
Corredor/Correduría
CASP, 43, ENTR 1ª
08010-BARCELONA
Teléfono: 934250688

Entidad Aseguradora

PREVISORA GENERAL, Mutualidad de Previsión Social a prima fija

Duración de la póliza

Fecha Alta Póliza: 28/12/2018

Fecha Vencimiento: 01/01/2019

Duración de la póliza: ANUAL PRORROGABLE

Importe de la Prima y Domicilio de Pago

Prima anual: 958,30 euros

Forma de Pago: ANUAL

Consortio: 37,10 euros

F. Mutua: 23,96 euros

IPS: 57,40 euros

Prima total: 1.076,76 euros

Domicilio de Pago:

ARÇ CORRED. D'ASSEG., SCCL

Póliza Contratada

Descripción: Seguros Colectivos

Número Total Asegurados: 700,00

CAPITALES

SEGURO COLECTIVO VOLUNTARIO

GARANTIAS:

Accidentes Colectivo
ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE. (24 HORAS)
MUERTE POR ACCIDENTE. (24 HORAS)
INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE. (24 HORAS)

PROTECCION DE PAGOS
DEFENSA JURÍDICA

7.500,00
15.000,00

Incluida
Incluida



Condiciones particulares

SON ASEGURADOS DE ESTA PÓLIZA LOS MIEMBROS DE LAS JUNTAS DIRECTIVAS DE LAS AMPAS RELACIONADAS EN LA PÓLIZA Y PERTENECIENTES A LA FEDERACIÓN PROVINCIAL DE FAMPA BURGOS CON CIF: G09273277 DE BURGOS. .

PÓLIZA INNOMINADA, PERO EN CASO DE SINIESTRO SE DEBERÁ ACREDITAR QUE EL ACCIDENTADO PERTENECE A LA JUNTA DIRECTIVA DE UNA DE LAS AMPAS RELACIONADAS EN LA PÓLIZA.

ÚNICAMENTE SE CUBRIRÁN LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES COMO REPRESENTANTES DE LAS AMPAS RELACIONADAS EN LA PÓLIZA.

PARTICIPACION EN BENEFICIOS.

AL FINAL DE CADA ANUALIDAD, SE REALIZARA EL SIGUIENTE CALCULO:

RESULTADO= 50% DE PRIMAS EMITIDAS DURANTE LA ANUALIDAD, NETAS DE LAS ANULACIONES - SINIESTROS DECLARADOS EN LA ANUALIDAD - EVENTUAL RESULTADO NEGATIVO DEL AÑO ANTERIOR

PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS = 50% RESULTADO

EL IMPORTE RESULTANTE DEL CÁLCULO DE PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS, SE DESCONTARÁ DE LA PRIMA DE LA SIGUIENTE ANUALIDAD.

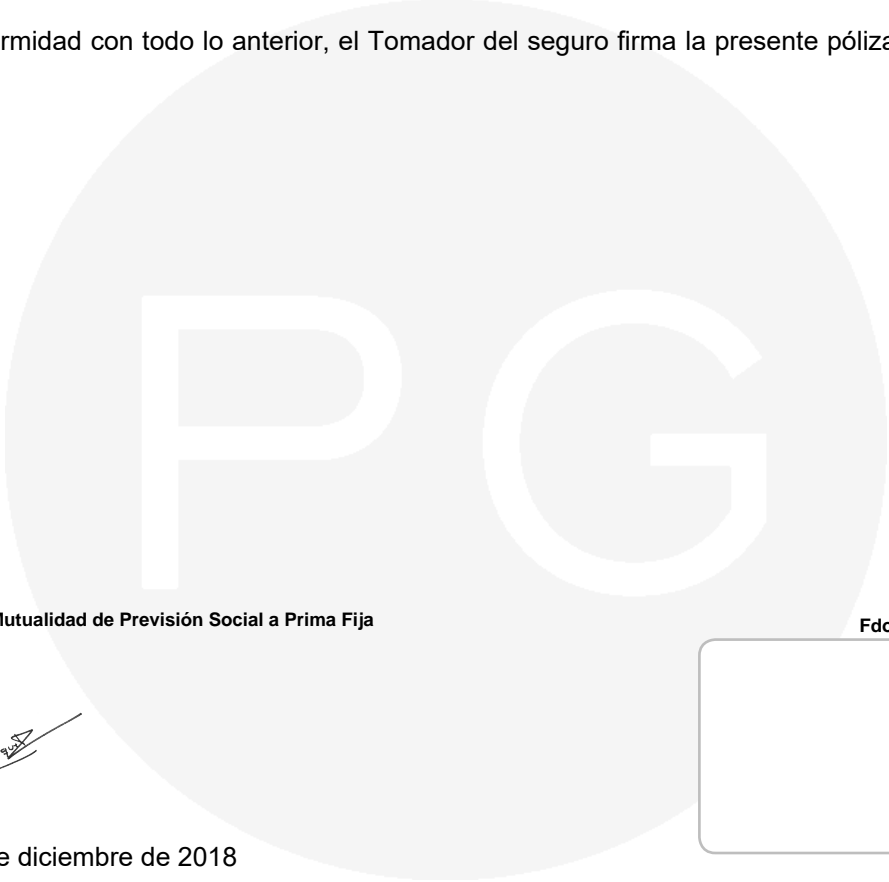
PG

El Tomador declara haber recibido un ejemplar de la presente póliza y reconoce expresamente mediante su firma haber leído y entendido estas condiciones particulares y las condiciones generales que se adjuntan, aceptando las mismas, y en especial las cláusulas limitativas (Arts. 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 y Anexos del Condicionado ACCIDENTES COLECTIVO; Arts. 5, 7, 8 y 9 del Condicionado DEFENSA JURIDICA; Arts. 2, 4, 6 y 7 del Condicionado PROTECCIÓN DE PAGOS)

El Tomador del seguro reconoce haber recibido toda la información exigida en los Art. 122 a 127 del Reglamento de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras. (RD 1060/2015)

Asimismo declara haber leído y aceptado el contenido de la cláusula relativa al Tratamiento de Datos Personales en cumplimiento de la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre.

Como prueba de conformidad con todo lo anterior, el Tomador del seguro firma la presente póliza en la fecha del día de hoy.



Fdo. Previsora General Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija

Fdo. El Tomador

Barcelona , a 17 de diciembre de 2018

Artículo 1. DEFINICIONES**Mutualidad**

PREVISORA GENERAL, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, CIF V-58782145, con domicilio social en Barcelona, en Calle Balmes, 28 y titular del dominio de Internet "www.previsorageneral.com".

La Mutualidad está inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, al Folio 39, Volumen 24.055, Hoja B-63.429, y su actividad está sometida al control administrativo de la autoridad gubernativa competente de conformidad con la legislación vigente.

La Mutualidad es la entidad aseguradora que asume las coberturas del riesgo objeto de este condicionado y garantiza el pago de la indemnización correspondiente.

Acto Médico

Toda asistencia sanitaria realizada por un profesional de la medicina, prueba médica diagnóstica o terapéutica, y/o tratamiento médico encaminado a la recuperación del estado de salud de un asegurado.

Accidente

Todo evento acaecido durante la vigencia de esta póliza derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Asegurado

Cada una de las personas físicas sobre las que se estipula la cobertura de los riesgos objeto de esta póliza.

Asociado

Es el tomador de la póliza, persona física o jurídica que suscribe la póliza y forma parte de la MUTUALIDAD.

Beneficiario

Persona a favor de la cual, en un contrato de seguro sobre la vida, se establece el derecho a percibir un capital o una renta, u otras prestaciones convenidas, para el caso de muerte o de supervivencia del asegurado, o de ambos eventos conjuntamente.

Fecha de efecto

Es la fecha en que entrará en vigor la cobertura contratada para cada uno de los Asegurados. En ningún caso la cobertura entrará en vigor con anterioridad al momento en que el Tomador haya satisfecho la primera prima correspondiente a dicho Asegurado. Salvo pacto en expreso en contra, la cobertura entrará en vigor a las cero horas de la fecha de efecto y terminará en el momento de producirse el siniestro o a las cero horas de la fecha de vencimiento.

Incapacidad Permanente

Se entiende por tal la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

Póliza

Es el contrato de seguro en el que se regulan los derechos y deberes de las partes intervinientes. La misma está compuesta por las presentes Condiciones Generales, que contienen el conjunto de las condiciones reguladoras del seguro, de las Condiciones Particulares, donde se individualizan las coberturas para cada tomador y asegurado, y por Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prima

El precio de la cobertura cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente póliza.

Siniestro

Todo hecho cuyas consecuencias están garantizadas por alguna de las modalidades objeto de la relación de protección.

Tomador

Es la persona física o jurídica que contrata la cobertura del riesgo objeto de esta póliza para el asegurado. El tomador puede contratar por cuenta propia o ajena, si bien en caso de duda, se presumirá que ha contratado por cuenta propia. Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador.

Artículo 2. COBERTURA

En caso de accidente, la Mutualidad garantiza al asegurado, o a los correspondientes beneficiarios, el pago de las indemnizaciones contratadas para los supuestos de incapacidad, temporal o permanente, o muerte del asegurado.

Los gastos de asistencia sanitaria, provocados por el accidente, serán por cuenta de la Mutualidad, siempre que se haya estipulado su cobertura expresamente y con los límites establecidos en este condicionado.

Artículo 3. GARANTIAS DE LA COBERTURA

La Mutualidad asume la cobertura de las garantías que hayan sido contratadas particularmente de entre las que a continuación se indican:

1.- Muerte. En caso de fallecimiento del asegurado a consecuencia de accidente cubierto, la Mutualidad satisfará al beneficiario el capital establecido a tal efecto.

2.- Gran Invalidez. En caso de Gran Invalidez sobrevenida al asegurado a consecuencia de accidente cubierto, la Mutualidad se obliga al pago del capital establecido a tal efecto.

Se considera como gran invalidez la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente irreversible y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

3.- Incapacidad Permanente Absoluta. En caso de Incapacidad Permanente Absoluta sobrevenida al asegurado a consecuencia de accidente cubierto, la Mutualidad se obliga al pago del capital establecido a tal efecto.

Se entiende por Incapacidad Permanente Absoluta la que inhabilita al trabajador, de forma irreversible, para toda profesión u oficio.

4.- Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual. En caso de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual, sobrevenida al asegurado a consecuencia de accidente cubierto, la Mutualidad se obliga al pago del capital establecido a tal efecto.

Por incapacidad permanente total para la profesión habitual se ha de entender la que inhabilite al trabajador, de forma irreversible, para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

5.- Incapacidad Permanente.

a) En caso de que la Incapacidad Permanente declarada irreversible lo sea en grado de Total para la profesión habitual, Absoluta o Gran Invalidez, la Mutualidad se obliga al pago del cien por cien del capital pactado para este tipo de garantía.

b) En el supuesto de declaración de Incapacidad Permanente Parcial irreversible, la indemnización a pagar, por parte de la Mutualidad, será la resultante de aplicar sobre el total del capital pactado para este tipo de garantía los siguientes porcentajes:

	Dcho		Izdo
Cicatrices dolorosas y/o neuralgias		2%	
Epilepsia		8%	
Anosmia		8%	
Ablación de globo ocular		20%	
Ptosis palpebral unilateral		4%	
Ptosis palpebral bilateral		10%	
Hemianopsia periférica		10%	
Hemianopsia central		15%	
Pérdida visión un ojo		25%	
Pérdida total de la visión		60%	

Sordera completa de un oído		6%	
Sordera total		40%	
Síndrome vertiginosos		6%	
Hernias discales con sintomatología		15%	
Rigidez cervical		5%	
Rigidez dorso-lumbar (disminución < del 30%)		8%	
Rigidez dorso-lumbar (disminución > del 30%)		15%	
Limitación movilidad escapulohumeral hasta el 25%		5%	
Limitación movilidad escapulohumeral hasta el 50%		10%	
Limitación movilidad escapulohumeral superior al 50%		15%	
	Dcho		Izdo
Limitación movilidad codo hasta el 25%		3%	
Limitación movilidad codo hasta el 50%		8%	
Limitación movilidad codo superior al 50%		12%	
Limitación movilidad muñeca hasta el 25%		2%	
Limitación movilidad muñeca hasta el 50%		5%	
Limitación movilidad muñeca superior al 50%		8%	
Limitación movilidad dedos manos hasta el 25%		0,5%	
Limitación movilidad dedos manos hasta el 50%		1%	
Limitación movilidad dedos manos superior al 50%		2%	
Limitación movilidad cadera hasta el 25%		3%	
Limitación movilidad cadera hasta el 50%		8%	
Limitación movilidad cadera superior al 50%		12%	
Limitación movilidad rodilla hasta el 25%		2%	
Limitación movilidad rodilla hasta el 50%		6%	
Limitación movilidad rodilla superior al 50%		10%	
Limitación movilidad tobillo hasta el 25%		2%	
Limitación movilidad tobillo hasta el 50%		4%	
Limitación movilidad tobillo superior al 50%		6%	
Limitación movilidad dedos pie hasta el 25%		0,5%	
Limitación movilidad dedos pie hasta el 50%		0,5%	
Limitación movilidad dedos pie superior al 50%		0,5%	
Pérdida total de la extremidad superior	70%		60%
Pérdida total de un antebrazo	60%		50%
Pérdida total de una mano	50%		40%
Pérdida total pulgar	10%		5%
Pérdida total de un dedo mano (no pulgar)	8%		4%
Pérdida total de cada falange distal y/o media mano	2%		1%
Pérdida total de la extremidad inferior		50%	
Pérdida total de pierna		40%	
Pérdida total de pie		30%	
Pérdida total dedo gordo del pie		4%	
Pérdida total de otro dedo del pie		1%	
Pérdida total de una falange dedo pie		0,5%	

- La pérdida absoluta e irremediable de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como su pérdida anatómica. En los casos de disminución de su función, el porcentaje anteriormente indicado se reducirá en proporción al grado de la funcionalidad perdida.

- En caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad, la indemnización se establece por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión particular dentro del límite máximo del 100%.

- En caso de Invalidez Permanente Parcial no indicada en los casos relacionados, la indemnización se establecerá por analogía con los supuestos anteriormente contemplados.

6.- Incapacidad Temporal. En el supuesto de Incapacidad Temporal a consecuencia de un accidente cubierto, la Mutualidad se obliga al pago de la indemnización diaria contratada de acuerdo con las siguientes normas:

- a) Se percibirá una indemnización diaria en caso de accidente durante un máximo de trescientos sesenta y cinco (365) días, con los límites establecidos en los Anexos al presente condicionado para determinados accidentes.
- b) La indemnización por Incapacidad Temporal se abonará a partir del día siguiente a la presentación de la baja laboral en las oficinas de la Mutualidad.

7.- Asistencia Sanitaria. La Mutualidad toma a su cargo la asistencia sanitaria del asegurado, en caso de accidente cubierto, hasta el límite del capital establecido en las Condiciones Particulares y con un plazo máximo de un año desde la fecha del accidente.

No se hallan incluidos en esta cobertura los productos farmacéuticos, los aparatos ortopédicos y terapéuticos, así como cualquier tipo de prótesis y material de osteosíntesis, ni los desplazamientos cualquiera que sea el medio de transporte (ambulancia, taxi, etc.).

Artículo 4. MODALIDADES

Las coberturas anteriormente descritas pueden ser contratadas en cualquiera de las siguientes modalidades:

1.- Modalidad actividad profesional. Las garantías quedan limitadas a los accidentes que puede sufrir el asegurado durante el ejercicio de su profesión, oficio o trabajo habitual. Se entenderán cubiertos asimismo los accidentes denominados "in itinere", o sea los que se produzcan durante el desplazamiento desde el domicilio del asegurado hasta su lugar habitual de trabajo.

En cualquier caso, será necesario el previo reconocimiento de tal accidente por el correspondiente organismo de la Seguridad Social, Mutua de Accidentes de Trabajo o por sentencia judicial firme.

2.- Modalidad vida privada. Las garantías quedan limitadas a los accidentes extra profesionales, es decir, los acaecidos en la vida particular y privada del asegurado, quedando por tanto excluidos los que puedan producirse en el ejercicio de actividades laborales, profesionales o empresariales.

3.- Modalidad 24 horas. Las garantías se extienden a los accidentes acaecidos, tanto durante la vida privada como en el curso de la actividad profesional del asegurado (es decir, durante las 24 horas del día).

Artículo 5 . ENFERMEDAD PROFESIONAL

Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, siendo declarada como tal por el correspondiente organismo de la Seguridad Social o judicial.

La Mutualidad cubrirá la muerte o la Incapacidad Permanente derivadas de la enfermedad profesional sufrida por el asegurado siempre que exista contratación expresa de esta contingencia.

Artículo 6. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos:

- a) **Los accidentes provocados intencionadamente por el asegurado, así como por su participación en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos probados de legítima defensa o de tentativa de salvamento de personas o bienes. También se excluyen los accidentes que se deriven de actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional y los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones.**
- b) **Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el asegurado y/o beneficiario, en los que éste tenga directa o indirectamente participación penal.**
- c) **Los accidentes sufridos por el asegurado en situación de enajenación mental o estando bajo los efectos del alcohol, drogas, estupefacientes o fármacos, actos de autolesión, así como las consecuencias de actos suicidas.**
- d) **Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por esta sección.**

- e) Las hernias de la pared abdominal y discales, así como las contracturas de cualquier tipo, cervicalgias, dorsalgias y lumbalgias, cualquiera que sea su origen.
- f) Las consecuencias de accidentes o enfermedades originados con anterioridad a la entrada en vigor de este contrato, o las agravaciones de las mismas.
- g) Los accidentes acaecidos por la conducción de vehículos a motor si el asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente o bien no se haya suscrito el seguro obligatorio de dicho vehículo.
- h) Los hechos derivados de conflictos armados, haya o no precedido declaración oficial de guerra. También se excluyen las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva o química.
- i) Los accidentes que estén cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.

Artículo 7. RIESGOS EXCLUIDOS SALVO PACTO EN CONTRARIO

Quedan excluidos de la cobertura de esta sección, los accidentes derivados de:

- a) La práctica profesional de cualquier deporte.
- b) Práctica por parte del asegurado en deportes de riesgo (tales como motociclismo, automovilismo, esquí, submarinismo, alpinismo y otros deportes cuyos riesgos puedan considerarse como similares)
- c) La participación en competiciones o torneos organizados por Federaciones deportivas u Organismos similares.

No obstante lo anterior, si mediare pacto expreso, establecido particularmente, la Mutualidad cubrirá dichos accidentes. Siempre que se acuerde tal cobertura la prima a satisfacer por el tomador se incrementará debidamente, con el fin de que la misma pueda ser asumida por la Mutualidad. En caso de impago de dicho incremento será de aplicación lo establecido para el impago de prima.

Artículo 8 .DURACIÓN

El contrato entra en vigor en la fecha y hora señaladas en el contrato de seguro y una vez satisfecho al Asegurador el pago del primer recibo de prima.

La cobertura pactada tendrá una duración de un año, entendiéndose prorrogada por periodos anuales, salvo que alguna de las partes notifique por escrito a la otra parte, la oposición a la prórroga del contrato con un mes de antelación 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.

Artículo 9. REQUISITOS DEL GRUPO ASEGURADO

9.1.- La edad mínima de entrada en el grupo asegurable es de catorce (14) años de edad.

Las altas son originadas por las inclusiones en la relación de asegurados de aquellas personas que perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de inscripción en un momento posterior al de la entrada en vigor de la relación de protección.

9.2.- Las Bajas tendrán lugar por alguna de las causas siguientes:

- a) Pago del capital en caso de fallecimiento del asegurado
- b) Pago de una indemnización por incapacidad equivalente al cien por cien (100%) del capital pactado
- c) Cumplimiento de la edad de salida del seguro, siendo el límite de edad el de sesenta y cinco (65) años
- d) Salida del grupo asegurado por causa distinta de las anteriores.

9.3.- El asociado está obligado a notificar a la Mutualidad las variaciones que se produzcan respecto a los asegurados, incluso a efectos de la cumplimentación de las pertinentes altas o bajas, todo ello en el plazo de siete (7) días de producidas las citadas variaciones. Los asegurados **tendrán derecho a la cobertura de los riesgos cubiertos a partir de la fecha de comunicación de alta de cada uno de ellos a la Entidad Aseguradora.**

9.4.- En caso de que el asociado sea una empresa, y se cubra a la totalidad de los trabajadores, serán asegurados aquellos que se hallen en situación de alta en la Seguridad Social y, por tanto, estén incluidos en el TC-2.

Para los casos en que al ocurrir un siniestro, el trabajador afectado no figurase aun incluido en el boletín de cotización (Mod. TC2) del mes anterior, por llevar menos de un mes en la empresa, la citada empresa tomadora del seguro, deberá demostrar mediante los oportunos documentos oficiales (parte de alta y mod. TC2) Anexo al modelo TC1 que el aludido trabajador había sido ya inscrito en el régimen de la Seguridad Social, surtiendo efecto el seguro desde el mismo día de su alta.

Llegado el vencimiento del periodo inicial, y asimismo en los sucesivos que presente el contrato, la prima se regularizará anualmente en base a las variaciones que experimente la plantilla del tomador del seguro y que deberán ser comunicadas por éste a la Mutualidad.

La regularización anual de la prima se calculará conforme a las estipulaciones siguientes:

- a) El Tomador del seguro o el Asegurado, en el plazo de sesenta días a partir del día anterior al término de cada periodo objeto de regularización, deberá facilitar a la Mutualidad los datos y documentos necesarios para proceder a la regularización de la prima, conforme a las variaciones que experimente la plantilla del tomador del seguro. La Mutualidad establecerá la prima neta definitiva para el periodo en cuestión, en base al promedio mensual de trabajadores resultante, sea cual fuere el número de días efectivamente trabajados por cada uno de ellos.
- b) Con esta información, la Mutualidad procederá a la regularización de la prima del periodo vencido, mediante la siguiente fórmula:
 - Sumatorio de los doce meses, calculando mes a mes el número de asegurados *prima neta de cada asegurado / 12
 - Del total del sumatorio se deducirá la prima neta de la anualidad.
 - Del resultado total, si la diferencia es positiva se emitirá el oportuno recibo de prima a favor de la Mutualidad y si es negativa un recibo de extorno a favor del Tomador del Seguro, previo requerimiento de la documentación necesaria para la acreditación del mismo.
- c) La prima resultante de la regularización no podrá ser inferior a la prima mínima establecida en la póliza.
- d) El Tomador del Seguro o el Asegurado deberán facilitar a la Mutualidad todas las informaciones, aclaraciones y pruebas necesarias para el conocimiento y comprobación de los referidos datos. La Mutualidad tendrá, en cualquier momento, el derecho de practicar inspecciones para la verificación y averiguación de los datos referentes a los elementos y magnitudes sobre los que la prima está calculada, especialmente en los casos en que el Tomador del seguro no facilitase la información relativa al promedio de sus asegurados (TC2, Vida Laboral de la empresa, etc.). Si las inspecciones han sido motivadas por el incumplimiento del deber establecido en el apartado primero, la Mutualidad podrá exigir el pago de los gastos causados por dichas inspecciones. Asimismo la Mutualidad podrá solicitar cuanta información sea necesaria en aras a comprobar el riesgo dimanante de la regularización de la plantilla, en este sentido, podrá solicitar anualmente la Vida Laboral de la empresa tomadora del contrato.
- e) Si se produce un siniestro habiéndose incumplido el apartado primero por omisión o inexactitud de la declaración del Tomador o el Asegurado, se aplicarán las siguientes reglas:
 - **Si dicha omisión o inexactitud es motivada por mala fe del Tomador o del Asegurado, la Mutualidad quedará liberada de su prestación por los siniestros ocurridos en el periodo al que se refiere la regularización no efectuada o que se halla pendiente de pago.**
 - Cuando la inexactitud u omisión sea motivada por cualesquiera otras causas distintas a la Mala fe del tomador o del asegurado, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre el importe de la prima calculada y la prima que realmente hubiera correspondido aplicar en función de las magnitudes que sirven de base para su cálculo.
- f) **Estando la presente póliza sujeta al convenio que se indica, se hace constar que en caso de modificación de capitales y de las coberturas de incapacidad y muerte del mismo, la Mutualidad emitirá un suplemento para adecuar la póliza, aceptando expresamente el tomador del seguro el recibo que se genere.**

El tomador del seguro declara que, en el momento de formalizar la póliza, no se encuentra ninguna persona asegurada en situación de incapacidad temporal (incapacidad laboral transitoria, o invalidez provisional), derivada de accidente o enfermedad común o profesional.

Salvo lo indicado anteriormente o en otras exclusiones, tendrán la consideración de asegurados, todas las personas que en cada momento estén dados de alta como empleados del tomador en la seguridad social.

En este sentido, Tomador del Seguro declarará expresamente aquellos asegurados que se encuentren en situación de incapacidad temporal, y la Mutualidad valorará si acepta o no la cobertura de éstos; en caso que la Mutualidad acepte la cobertura de asegurados en situación de incapacidad temporal, se aceptará en todo caso y de forma explícita en las Condiciones Particulares del contrato de seguro.

El tomador del seguro acepta expresamente que en los supuestos en que dentro del grupo asegurado se encuentre uno o más beneficiarios en situación de incapacidad temporal que no hayan sido declarados de forma expresa por el tomador del seguro, la

Mutualidad no cubrirá ningún riesgo sobre los mismos, procediendo al extorno de la parte de prima correspondiente a favor del Tomador del seguro.

Asimismo, el tomador del seguro acepta expresamente que la Mutualidad no se hará cargo de ningún siniestro que se derive de accidente o enfermedad cuya fecha de ocurrencia sea anterior a la fecha de efecto del presente contrato. Si el Tomador del seguro ha obrado de mala fe, la Mutualidad quedará liberada de la prestación correspondiente.

Artículo 10. DE LA PRIMA DEL SEGURO

Pago de la prima

El Tomador del seguro o el Asegurado, en su caso, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en sus correspondientes vencimientos.

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

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, o el impago de cualquiera de los fraccionamientos de la misma, la cobertura quedará suspendida a partir del transcurso de 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 prima, se entenderá que el contrato queda extinguido *ex lege*.

Si la póliza se anulase por causas ajenas a la Mutualidad, antes de terminar cualquier anualidad de seguro, el tomador del seguro o el Asegurado deberá satisfacer las fracciones de prima que falten para completar el importe de la prima anual.

Podrá convenirse el cobro de los recibos de prima mediante domiciliación bancaria, en cuyo supuesto el tomador del seguro entregará a la Mutualidad una carta dirigida al establecimiento bancario dando la orden oportuna al efecto, obligándose a notificar a la Mutualidad las modificaciones de la domiciliación. El impago derivado del incumplimiento de dicha obligación no perjudicará a la Mutualidad, estándose en cuanto a sus consecuencias a lo establecido para el impago de primas.

En caso de que el asegurado contribuya al coste de la relación de protección, el asociado se obliga al pago total del recibo, sin que pueda oponer a la Mutualidad excepción alguna por la falta de aquella contribución.

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima inicial y, las regularizaciones de la misma que en su caso procedan, en la forma y plazos estipulados en las condiciones particulares o especiales de la póliza.

El asegurador, de acuerdo con sus bases técnicas, podrá actualizar anualmente la prima, en función de criterios estadísticos y financieros, estableciéndose la equivalencia actuarial para fijar la prima. En cualquier caso se tendrán en cuenta los principios de indivisibilidad, invariabilidad, suficiencia y equidad.

Con independencia de las mencionadas actualizaciones, la prima o cuota anual se establece en cada renovación teniendo en cuenta la edad alcanzada por el asegurado, aplicándose la tarifa de primas o cuotas que la Mutualidad tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El mutualista presta conformidad expresa a las variaciones que, por este motivo, se produzcan en el importe de las primas o cuotas.

El pago de los tributos legalmente repercutibles de cualquier naturaleza, creados o por crear, que se devenguen por razón de este seguro o en relación con el mismo, serán satisfechos por el tomador o, en su caso, por el asegurado.

Artículo 11. CAPITAL ASEGURADOS

El capital en caso de siniestro será el estipulado en la póliza. En caso de solicitar reducciones o aumentos de capital, estos entrarán en vigor en el próximo vencimiento de prima o facturación o en la fecha que se estipule por las partes.

En caso de que en un mismo siniestro resulten afectados dos o más asegurados, el total de las indemnizaciones abonadas a todos los afectados no podrá superar en ningún caso la cantidad tres millones (3.000.000.-) de euros. En dicho supuesto, la citada cifra máxima se distribuirá proporcionalmente entre los asegurados y/o los beneficiarios.

Artículo 12. LIMITACIONES A LA COBERTURA DE INCAPACIDAD TEMPORAL

a) Las indemnizaciones diarias se denegarán en las siguientes circunstancias:

a.1) Cuando, aún estando en situación de baja, el accidentado ejerza una actividad que le proporcione ingresos económicos, o bien cuando la Junta Directiva, previo informe médico, considere que puede ejercerla.

a.2) Cuando el accidentado no facilite las inspecciones médicas que considere oportunas la Mutualidad o no aporte los certificados médicos solicitados por la misma, así como los correspondientes partes de confirmación.

a.3) Cuando la situación de baja sea consecuencia de un accidente originado con anterioridad a la entrada en vigor de esta prestación.

a.4) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de salud que acompaña a la solicitud de ingreso, si medió dolo o culpa grave.

a.5) Cuando los partes de baja y alta sean entregados a la Mutualidad en el mismo momento, es decir, una vez finalizada la situación de baja.

a.6) Cuando, en el momento del accidente, el asegurado no se halle totalmente al corriente de primas. El hecho de ponerse al corriente de pago con posterioridad a la denegación del subsidio por ésta causa, no dará derecho al cobro del mismo.

b) Las indemnizaciones diarias finalizarán en las siguientes circunstancias:

b.1) Cuando el accidentado sea dado de alta por el facultativo responsable de su tratamiento o por el Médico Inspector de la Mutualidad.

b.2) Cuando la patología se mantenga porque el asegurado no se someta a intervención quirúrgica o porque no siga el tratamiento prescrito por el médico responsable de su tratamiento.

b.3) En el supuesto de hallarse ausente el accidentado en el momento de personarse en su domicilio el Médico Inspector de la Mutualidad, éste le dejará notificación de su visita, disponiendo el accidentado de un plazo de 24 horas, salvo causa justificada, para informar a la Mutualidad sobre su situación, en orden al seguimiento de su siniestro. En caso de no recibir noticias suyas en el plazo previsto, se presumirá la finalización de su baja laboral, poniéndose fin al devengo del subsidio que venía percibiendo.

c) Las indemnizaciones diarias se suspenderán en las siguientes circunstancias: Cuando el asegurado se halle en lista de espera para intervención, pruebas, tratamiento, etc. tal como se indica en el Anexo II a de esta póliza.

Artículo 13. PAGO DE INDEMNIZACIONES

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de incapacidad permanente en cualquiera de sus grados. Si una vez liquidada la indemnización por incapacidad temporal, sobreviene incapacidad permanente en cualquiera de sus grados o muerte, las cantidades percibidas en concepto de incapacidad temporal se considerarán a cuenta de la cobertura para caso de incapacidad permanente o muerte.

Asimismo, si después de fijada la incapacidad permanente en cualquiera de sus grados, sobreviene la muerte del asegurado, las cantidades satisfechas por la Mutualidad por tal concepto se considerarán a cuenta de la cobertura para caso de muerte.

A la solicitud de indemnización, se acompañarán los documentos justificativos que, según corresponda, se indican a continuación:

a) Muerte:

a.1) Certificado del médico que haya asistido al asegurado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento, así como en su caso autopsia, informe de atestados, etc.

a.2) Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.

a.3) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario (D.N.I., etc.).

a.4) Certificado Oficial de Últimas Voluntades y último testamento, o en su defecto declaración ab intestato de herederos, con el fin de acreditar la condición de beneficiario.

a.5) Carta de exención del Impuesto de Sucesiones o de la liquidación, si procede, debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda.

b) Incapacidad Permanente en cualquiera de sus grados:

- b.1) Certificado médico de la Seguridad Social en el que se determine la fecha de acaecimiento del accidente, y se evidencie el tipo de incapacidad resultante.
- b.2) Resolución del I.N.S.S. en la que se declare la situación de Incapacidad y el grado de la misma; así como dictamen/propuesta del organismo público competente, y, en su caso, sentencia judicial firme.

c) Incapacidad Temporal: Los partes de baja y alta laboral, dónde conste el diagnóstico, expedidos por la Seguridad Social, o bien por el médico que asista al paciente en caso de hallarse incluido en un sistema alternativo a la Seguridad Social, que determinen esta incapacidad.

d) Asistencia Sanitaria: La Asistencia sanitaria garantizada en la póliza será prestada por el cuadro médico concertado por la Mutualidad, cuyo acceso se explicará en el parte de accidentes vigente.

Artículo 14. DOCUMENTOS INDIVIDUALES DE INSCRIPCIÓN

La Mutualidad emitirá para cada asegurado, previa petición del tomador, el correspondiente documento individual de inscripción, en el que se harán constar inicialmente los capitales asegurados, designación de beneficiarios y particularidades de las modalidades del seguro contratado.

Artículo 15. DECLARACIÓN, DISMINUCIÓN Y AGRAVACIÓN DEL RIESGO

15.1 Valoración del riesgo.-

Antes de la suscripción del Contrato, el Tomador del seguro tiene el deber de declarar a la Mutualidad, de acuerdo con el cuestionario a que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que influyan en la valoración del riesgo, y que queden comprendidas en él. La Mutualidad podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del Seguro.

El Tomador del Seguro declarará expresamente aquellos asegurados que se encuentren en situación de incapacidad temporal, y la Mutualidad valorará si acepta o no la cobertura de éstos; en caso que la Mutualidad acepte la cobertura de asegurados en situación de incapacidad temporal, se aceptará en todo caso y de forma explícita en las Condiciones Particulares del contrato de seguro.

En los supuestos en que dentro del grupo asegurado se encuentre uno o más beneficiarios en situación de incapacidad temporal que no hayan sido declarados de forma expresa por el tomador del seguro, la Mutualidad no cubrirá ningún riesgo sobre los mismos, procediendo al extorno de la parte de prima correspondiente a favor del Tomador del seguro.

Si el siniestro sobreviene antes de la declaración a la Mutualidad, ésta quedará exenta del pago de la prestación. Asimismo, si el Tomador del seguro ha obrado de mala fe, la Mutualidad quedará liberada de la prestación correspondiente.

15.2 Agravación del riesgo.-

Durante la vigencia del Contrato, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberá declarar las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haberlas conocido la Mutualidad antes de la perfección del contrato, no hubiese aceptado la cobertura del riesgo o, en su caso, lo hubiese hecho en condiciones más gravosas para el tomador del seguro. En este caso la Mutualidad podrá proponer al Tomador del seguro una modificación del contrato en un plazo de dos meses a contar desde la declaración de la agravación por parte de éste. El tomador del seguro tiene un plazo de quince días para aceptar o rechazar dichas propuestas; en caso de rechazo o de silencio por parte del tomador del seguro, la Mutualidad podrá, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato, previa advertencia al tomador, concediendo al tomador del seguro un nuevo plazo de quince días, transcurrido el cual y dentro de los ocho días siguientes deberá la Mutualidad comunicar al Tomador del seguro la rescisión definitiva. La Mutualidad podrá igualmente rescindir el Contrato comunicándolo por escrito al tomador del seguro dentro de un mes a partir del día que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

En el caso que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya declarado a la Mutualidad la agravación del riesgo, y sobreviniere un siniestro, la prestación de la Mutualidad se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de conocer la verdadera entidad del riesgo. Si el Tomador del seguro ha obrado de mala fe, la Mutualidad quedará liberada de la prestación correspondiente.

15.3 Disminución del riesgo.-

Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán declarar durante la vigencia del Contrato aquellas circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por la Mutualidad en el momento de la perfección del contrato, lo habría celebrado en condiciones más favorables para aquéllos. En este supuesto, al finalizar el periodo en curso del seguro, la Mutualidad deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del seguro, en caso contrario, a la

resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiese correspondido pagar, desde el momento que haya puesto en conocimiento de la Mutualidad la disminución del riesgo.

Artículo 16. INDISPUTABILIDAD

El presente título es indisputable a partir de un año contado desde su toma de efecto. Igualmente, cada una de las modificaciones de capital o prestaciones del contrato, son indisputables transcurrido un año desde su toma de efecto.

El Mutualista deberá comunicar cualquier cambio de domicilio, con el fin de que la Mutualidad, de mutuo acuerdo con aquél, pueda adecuar el servicio (con la prima o cuota consiguiente) a la localidad de su nueva residencia, así como para facilitar, si procede, el cambio de domicilio de cobro. En caso contrario, no podrá imputarse a la Mutualidad, el incumplimiento de estas obligaciones, pudiendo el mutualista incurrir, por dicha causa, en el impago de primas o cuotas. No obstante, la falta de comunicación no impedirá que, de conformidad con el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, en todo caso sea juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del nuevo domicilio.

El presente título está basado en las declaraciones del Mutualista, en consecuencia:

Toda falsedad relativa al estado de salud de los asegurados, da derecho a la Mutualidad para poder rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Mutualista en el plazo de un mes, a contar desde su conocimiento.

Si el contenido del título difiere de la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el Mutualista podrá reclamar a la Mutualidad, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en el título.

Con el fin de comprobar el adecuado cumplimiento de las condiciones anteriores, la Mutualidad se reserva la facultad de exigir la demostración documental de las edades de los asegurados y de las circunstancias de los óbitos.

Artículo 17. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS. Resolución de la DGS de 31 de mayo de 2016. BOE 4 de Junio de 2016.

ANEXO II. B

Daños en las 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, 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 o 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, aun 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 en las disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- 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 aseguradas 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 radioactivos.
- 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 estos 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, 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 de "catástrofe o calamidad nacional".

3. Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura 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 Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que a entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la 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 quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado 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 las valoraciones 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.

III. PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales deberán comunicar, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la Delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro, bien directamente o bien a través de la entidad aseguradora con la que se contrató el seguro ordinario o del mediador de seguros que interviniera en el mismo. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que estará disponible en la página "web" del Consorcio (www.conorseguros.es) o en las oficinas de éste o de la Entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la siguiente documentación:

a) Lesiones que generen invalidez permanente parcial, total o absoluta:

Fotocopia del D.N.I./N.I.F. del lesionado y del perceptor de la indemnización si no coincidiera con el lesionado.

Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.

Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.

Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.

Documentación de la que, en su caso, pudiera disponer el lesionado acreditativa de la causa del siniestro y de las lesiones producidas por éste.

b) Muerte:

Certificado de defunción.

Fotocopia del D.N.I./N.I.F. del posible beneficiario de la indemnización.

Fotocopia de las condiciones generales y particulares de la póliza (individual o colectiva) y de todos sus apéndices o suplementos.

Fotocopia del recibo de pago de prima vigente en la fecha de ocurrencia del siniestro, donde se especifiquen claramente los importes correspondientes a la prima comercial y al recargo pagado al Consorcio de Compensación de Seguros.

Datos relativos a la entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta (Código Cuenta Cliente, 20 dígitos), así como del domicilio de dicha entidad.

Documentación de la que, en su caso, se pudiera disponer sobre la causa del siniestro.

En caso de que no se hubiera designado beneficiario en la póliza de seguro, libro de familia y testamento o, en defecto de este último, declaración de herederos o acta de notoriedad.

Liquidación del Impuesto de Sucesiones.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

Artículo 18. NORMATIVA APLICABLE

El presente contrato se registrará, en general, por las normas de todo tipo vigentes en cada momento, de ámbito comunitario, estatal o autonómico.

En particular, serán de aplicación la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras, el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Real Decreto Legislativo 6/2004 que aprueba Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 2486/1998 que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 1430/2002 que aprueba el Reglamento Mutualidades de Previsión Social, el Real Decreto 303/2004 que aprueba el Reglamento de los comisionados par la defensa del cliente de servicios financieros y la Orden ECO 734/2004 Departamento y Servicios de Atención y Defensor del Cliente y por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos.

En cuanto al régimen fiscal resulta de aplicación Real Decreto Legislativo 3/2004 que aprueba la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y el Real Decreto 1775/2004 que aprueba su Reglamento, así como en su caso, por la Ley 29/1987 del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, o, por las normas tributarias que las modifiquen o puedan sustituirlas.

El presente Condicionado, contiene las condiciones aplicables a la relación de protección entre la Mutualidad y el Asociado/Tomador, el Asegurado y, en su caso el Beneficiario. Dichas normas han de ser interpretadas y aplicadas de acuerdo con las disposiciones legales y reglamentarias de la actividad de Previsión Social

Artículo 19. MULTIPLICIDAD DE CONTRATOS DE SEGURO

Cuando en dos o más contratos estipulados por el mismo tomador con distintos aseguradores se cubran los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés y durante idéntico período de tiempo el tomador del seguro o el asegurado deberán, salvo pacto en contrario, comunicar a cada asegurador los demás seguros que estipule. Si por dolo se omitiera esta comunicación, y en caso de sobreseguro se produjera el siniestro, los aseguradores no están obligados a pagar la indemnización.

Una vez producido el siniestro, el tomador del seguro o el asegurado deberá comunicarlo en el plazo de siete días conforme a lo previsto en el artículo 16 de la Ley del Contrato de Seguro 50/80, a cada asegurador, con indicación del nombre de los demás.

Los aseguradores contribuirán al abono de la indemnización en proporción a la propia suma asegurada, sin que pueda superarse la cuantía del daño. Dentro de este límite el asegurado puede pedir a cada asegurador la indemnización debida, según el respectivo contrato. El asegurador que ha pagado una cantidad superior a la que proporcionalmente le corresponda podrá repetir contra el resto de los aseguradores.

Si el importe total de las sumas aseguradas superase notablemente el valor del interés, será de aplicación lo previsto en el artículo 31.

Artículo 20. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. La entrega de todos los datos personales facilitados a la Aseguradora en la solicitud es totalmente voluntaria, pero necesaria para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual.

2. En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Aseguradora informa al Tomador del seguro de que los datos suministrados se incluirán en ficheros automatizados de su propiedad, siendo ésta la responsable de los mismos. Los datos serán tratados de forma automatizada tanto por la Aseguradora como por aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de coaseguro y reaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, al exclusivo efecto del correcto cumplimiento de las obligaciones pactadas.

Dicho fichero contendrá, además, las informaciones que comuniquen sus colaboradores, como médicos o personal sanitarios, mediadores y otros, y tendrá por finalidad la prestación aseguradora suscrita en este contrato. No obstante se advierte que dichas personas o entidades colaboradoras serán los responsables de los datos de su exclusiva responsabilidad, debiendo Usted dirigirse a las mismas para cuestiones relativas al tratamiento de sus datos, declinando Previsora General cualquier responsabilidad al respecto.

3. El Tomador y los Asegurados autorizan a la entidad aseguradora al tratamiento mecanizado de los referidos datos, comprendiendo los que afecten al estado de salud, incluso en el caso de que ello requiera la cesión a que se acaba de hacer referencia, a los exclusivos efectos de que la aseguradora pueda cumplir adecuadamente con su prestación.

El consentimiento del Tomador y de cada Asegurado se expresa al firmar la solicitud de aseguramiento. Si un Asegurado concreto manifestara su oposición a la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento informático, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto respecto del mismo.

4. El Tomador y el Asegurado podrán ejercer respecto de los ficheros automatizados los derechos reconocidos por la ley. Posteriormente, gozarán, entre otros, de los derechos de acceso, modificación y cancelación de los datos contenidos en el referido fichero informático. A tal efecto se dirigirá por escrito a Previsora General, C. Balmes 28 de Barcelona (C. P. 08007), indicando en el asunto del mensaje "Protección de Datos – Ejercicio de Derechos".

5.- Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados, que usted se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos su consentimiento para utilizarlos para las finalidades mencionadas.

6. Conforme al artículo 24 LOSSP la Aseguradora informa que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro, serán cedidos a entidades públicas relacionadas con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

7. Así mismo, tenemos su consentimiento para ceder sus datos a las empresas pertenecientes del grupo. En virtud de lo que dispone el artículo 21 de la Ley 34/2002 de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico, solicitamos su consentimiento para poderle enviar información relacionada con nuestros productos o servicios que consideremos pueda ser de su interés, ya sea por correo postal o electrónico, por parte de PREVISORA GENERAL y/o de empresas del grupo con la finalidad de facilitar la comercialización de otros productos.

- He leído y acepto recibir publicidad de PREVISORA GENERAL y empresas del grupo.
- He leído y no acepto recibir publicidad de PREVISORA GENERAL y empresas del grupo.

Podrá revocar su consentimiento, en cualquier momento, dirigiéndose al siguiente correo electrónico:
lopd@previsorageneral.com.

Artículo 21. PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

El asegurado, en caso de disconformidad con la Mutualidad, o con algún Agente de ésta, podrá exponer sus quejas o reclamaciones, según proceda, ante el Servicio de Atención al Cliente o ante el Defensor del Cliente, los cuales deberán emitir la resolución correspondiente a la queja o reclamación planteada en el plazo máximo de dos meses desde su presentación.

A tal efecto la Mutualidad tiene en todas sus oficinas abiertas al público, así como en su página web, el reglamento de funcionamiento de dichos servicios, así como la dirección postal y electrónica de contacto.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, o desestimada, total o parcialmente, su petición o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación sin que haya sido resuelta, el interesado podrá presentar la reclamación ante la Administración supervisora de la Mutualidad.

Artículo 22. JURISDICCIÓN

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado.

Artículo 23. ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

El tomador declara:

- Haber recibido los Estatutos y la Póliza de Seguro, con las condiciones generales, particulares y los suplementos que le pudieran corresponder, y haber sido adecuadamente informado sobre los mismos, aceptando íntegramente su contenido.
- Haber sido informado y aceptar expresamente las cláusulas limitativas que pudieran existir, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 3 de la ley 50/1980, de 8 de octubre, del contrato de seguro.
- Haber recibido toda la información requerida para la formalización de éste contrato relativa a la identidad de la Mutualidad, la garantía ofrecida, la duración del contrato y condiciones para su rescisión, las condiciones relativas a la prima y al capital indemnizatorio o prestación asistencial, y el régimen fiscal aplicable.
- En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 106 del Real Decreto 2486/1998 que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Tomador asume el compromiso y la obligación de suministrar a los Asegurados, antes de

la adhesión a la póliza y durante la vigencia de la misma, toda la información que afecte a los derechos y obligaciones de aquellos.

ANEXO I

LIMITACIÓN A LAS INDEMNIZACIONES EN CASO DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

En caso de que el accidente fuese producido por una de las patologías previstas en el presente anexo, las indemnizaciones se limitarán a los periodos indicados a continuación

Patología	Número de días
- Artritis traumática:	20 días.
- Avulsión ungueal:	15 días.
- Capsulitis traumática:	20 días.
- Conjuntivitis:	10 días.
- Contusiones:	10 días.
- Cuerpo extraño corneal:	7 días.
- Derrames - Hemartrosis articulares:	30 días.
- Desgarros musculares:	30 días.
- Erosiones corneales:	7 días.
- Erosiones piel:	5 días.
- Esquinces (sin intervención quirúrgica):	30 días.
- Fisura de falange:	30 días.
- Fisura costal:	30 días.
- Fisura metacarpiano:	30 días.
- Fisura metatarsiano:	30 días.
- Fisura peroné:	30 días.
- Gonalgias	20 días.
- Hematomas:	15 días.
- Herida incisa:	10 días.
- Meniscopatías (sin cirugía)	20 días.
- Neuritis traumática:	20 días.
- Tendinitis:	20 días.
- Quemaduras de 1º y 2º grado que afecten a menos del 9% de la superficie corporal:	15 días.

ANEXO II

LIMITACIÓN A LAS INDEMNIZACIONES DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN CASO DE LISTA DE ESPERA

Las limitaciones en situaciones de lista de espera se aplicarán cuando la patología no esté limitada en el Anexo I.

- Por lista de espera para intervención quirúrgica y/o tratamientos, 30 días.
- Por lista de espera para pruebas diagnósticas, 15 días.



Artículo 1. DEFINICIONES

Mutualidad

PREVISORA GENERAL, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, CIF V-58782145, con domicilio social en Barcelona, en Calle Balmes, 28 y titular del dominio de Internet "www.previsorageneral.com".

La Mutualidad está inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, al Folio 39, Volumen 24.055, Hoja B-63.429, y su actividad está sometida al control administrativo de la autoridad gubernativa competente de conformidad con la legislación vigente.

La Mutualidad es la entidad aseguradora que asume las coberturas del riesgo objeto de este condicionado y garantiza el pago de la indemnización correspondiente.

Asegurado

Cada una de las personas físicas sobre las que se estipula la cobertura de los riesgos objeto de esta póliza.

En las pólizas de salud, se entenderá por Asegurado las personas físicas que se relacionen en la póliza de salud.

En lo que se refiere a las pólizas de Accidentes, Enfermedad, Vida y Decesos, se entenderá por Asegurado el tomador de la póliza si es persona física o el administrador si es persona jurídica, excluyéndose los empleados y familiares de estos.

Si hubiere más de un administrador, la Mutualidad considera Asegurado al administrador de menor edad.

Asociado

Es el tomador de la póliza, persona física o jurídica que suscribe la póliza y forma parte de la Mutualidad.

Beneficiario

La persona física o jurídica designada por el Tomador y/o Asegurado, que es titular del derecho a percibir un capital o renta, u otras prestaciones garantizadas, para el caso de muerte o de supervivencia del asegurado, o de ambos eventos conjuntamente, según las garantías contratadas.

Fecha de efecto

Esta cobertura se incorporará a las pólizas de Previsora General en la anualidad 2017, a partir de la renovación en 2017 para las pólizas en cartera y a partir de la fecha de efecto para las pólizas de nueva emisión.

Fecha efecto es la fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada en el título. En ningún caso la cobertura entrará en vigor con anterioridad al momento en que el mutualista haya satisfecho la primera prima o cuota, debiéndose cumplir por ambas partes los plazos y condiciones establecidos en la Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro.

Salvo pacto en expreso en contra, la cobertura entrará en vigor a las cero horas de la fecha de efecto y terminará en el momento de producirse el siniestro o a las cero horas de la fecha de vencimiento.

Póliza

Es el contrato de seguro en el que se regulan los derechos y deberes de las partes intervinientes. La misma está compuesta por las presentes Condiciones Generales, que contienen el conjunto de las condiciones reguladoras del seguro, de las Condiciones Particulares, dónde se individualizan las coberturas para cada tomador y asegurado, y por Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prima

El precio de la cobertura cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente póliza.

Siniestro

A los efectos del presente seguro, se entiende por siniestro todo hecho o acontecimiento imprevisto que cause lesión en los intereses del asegurado o modifique su situación jurídica, producido estando en vigor la cobertura de Defensa Jurídica. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de un acaecimiento originado en un mismo lugar y tiempo.

En las infracciones penales y administrativas, se considerará producido el siniestro asegurado, en el momento en que se haya realizado o se pretenda que se ha realizado el hecho punible o sancionable.

En los supuestos de reclamación por culpa no contractual, se producirá el siniestro, en el momento en que el mismo daño se haya causado.

En los litigios sobre materia contractual se considerará producido el siniestro en el momento en que el asegurado, el contrario o tercero, iniciaron o se pretende que iniciaron, la infracción de las normas contractuales.

Tomador

Es la persona física o jurídica que contrata la cobertura del riesgo objeto de esta póliza para el asegurado. El tomador puede contratar por cuenta propia o ajena, si bien en caso de duda, se presumirá que ha contratado por cuenta propia. Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al tomador.

Condiciones de adhesión

Las condiciones de adhesión serán las que figuran en el documento de inscripción suscrito por la Mutualidad y aceptadas por el mutualista.

Artículo 2. OBJETO

El objeto de este contrato es la cobertura del riesgo de Defensa Jurídica, Protección Jurídica Familiar como complemento de las pólizas contratadas.

La Mutualidad se obliga, dentro de los límites establecidos en la Ley y, en el propio contrato, a prestar a los Mutualistas, los servicios de asistencia extrajudicial y a hacerse cargo de los gastos en que puedan incurrir los mismos, como consecuencia de su intervención en un procedimiento judicial, administrativo o arbitral, derivados de la cobertura del seguro.

Se garantiza la Defensa Jurídica de los intereses del tomador de una póliza de Salud, Accidentes, Enfermedad, Vida o Decesos de PREVISORA GENERAL, en el ámbito de su **vida particular** y en relación con el ejercicio de los derechos que se indican seguidamente y con el contenido que se concreta en la descripción de cada uno de los riesgos asegurados. En las pólizas de Salud también se garantiza la Defensa Jurídica de los Asegurados de las mismas

Artículo 3. DURACION

El contrato entra en vigor en la fecha y hora señaladas en el contrato de seguro y una vez satisfecho al Asegurador el pago del primer recibo de prima.

La cobertura pactada tendrá una duración de un año, entendiéndose prorrogada por periodos anuales, salvo que alguna de las partes notifique por escrito a la otra parte, la oposición a la prórroga del contrato con un mes de antelación 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.

Artículo 4. ALCANCE DEL SEGURO

El asegurador asumirá los gastos derivados de la defensa jurídica de los intereses del asegurado.

Son gastos garantizados:

1. Las tasas, derechos y costas judiciales derivadas de la tramitación de los procedimientos cubiertos.
2. Los honorarios y gastos del abogado.
3. Los derechos y suplidos de procurador, cuando su intervención sea preceptiva.
4. Los gastos notariales y de otorgamiento de poderes para pleitos, así como las actas, requerimientos y demás actos necesarios para la defensa de los intereses del asegurado.
5. Los honorarios y gastos de peritos necesarios.
6. La constitución, en procesos penales, de las fianzas exigidas para conseguir la libertad provisional del asegurado, así como para responder del pago de costas judiciales, con exclusión de indemnizaciones y multas.

Artículo 5. LIMITES

El asegurador asumirá los gastos reseñados, dentro de los límites establecidos y hasta la cantidad máxima de 3.000 euros para el conjunto de las prestaciones.

Tratándose de hechos que tengan una misma causa, serán considerados a los efectos del seguro como un siniestro único.

El asegurador estará obligado al pago de la prestación, salvo en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del asegurado.

Artículo 6. EXTENSIÓN TERRITORIAL

Para todos los riesgos cubiertos por esta póliza se garantizan los siniestros asegurados producidos en territorio español que sean competencia de juzgados y tribunales españoles.

Artículo 7. PAGOS EXCLUIDOS

En ningún caso estarán cubiertos por el seguro:

1. Las indemnizaciones, y sus intereses, así como las multas o sanciones que pudieran imponerse.
2. Los impuestos u otros pagos de carácter fiscal dimanantes de la prestación de documentos públicos o privados ante los Organismos Oficiales.
3. Los gastos que procedan de una acumulación o reconversión judicial, cuando se refieran a materias no comprendidas en las coberturas garantizadas.

Artículo 8. EXCLUSIONES

No quedan cubiertos, en ningún caso, los siniestros siguientes:

1. Cualquier clase de actuaciones que deriven, en forma directa o indirecta, de hechos producidos por energía nuclear, alteraciones genéticas, radiaciones radiactivas, catástrofes naturales, acciones bélicas, disturbios y actos terroristas.
2. Los hechos voluntariamente causados por el tomador, asegurado o beneficiario, o aquellos en que concurra dolo o culpa grave por parte de éstos, según sentencia judicial firme.
3. Los que tengan su origen o estén relacionados con el proyecto, construcción, transformación o derribo del inmueble o instalaciones donde se halle ubicado el riesgo y los originados por canteras, explotaciones mineras e instalaciones fabriles.

4. Los relacionados con vehículos a motor y sus remolques que sean propiedad del Asegurado o estén bajo su responsabilidad, aunque sea ocasionalmente.
5. Los que se produzcan en el ejercicio liberal del asegurado o deriven de cualquier actividad ajena al ámbito de su vida particular.
6. Las reclamaciones que puedan formularse entre sí los asegurados en esta póliza o por cualquiera de éstos contra el asegurador de la misma.
7. Litigios sobre cuestiones de propiedad intelectual e industrial, de sociedades, así como los procedimientos judiciales en materia de urbanismo, concentración parcelaria y expropiación o que dimanen de contratos sobre cesión de derechos a favor del asegurado.
8. Los litigios que se deriven o tengan su origen en huelgas, cierres patronales, conflictos colectivos de trabajo o regulaciones de empleo.
9. Los casos asegurados que se declaren después de transcurrir dos años desde la fecha de rescisión o anulación de este contrato.
10. Los hechos cuyo origen o primera manifestación se haya producido antes de la entrada en vigor de las garantías de Defensa Jurídica de esta póliza.

Artículo 9. TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO

El Asegurador confía la gestión de los siniestros del Seguro de Defensa Jurídica, a la entidad DEFENSA JURÍDICA 2012, S.L. empresa jurídicamente distinta al asegurador.

El asegurado comunicará el siniestro a través del número de teléfono 902283032 cualquier día laborable de lunes a jueves de 9 a 18 horas y los viernes de 8 a 15 horas.

Una vez declarado y aceptado el siniestro, el asegurador prestará las garantías y asumirá los gastos correspondientes, de acuerdo con la naturaleza y circunstancias del siniestro.

En cumplimiento de las coberturas contratadas en la póliza, siempre que fuera posible, el asegurador llevará a cabo la gestión de un arreglo transaccional en vía amistosa o extrajudicial que reconozca las pretensiones o derechos del asegurado.

La reclamación por dicha vía amistosa o extrajudicial corresponderá exclusivamente al asegurador.

Si la vía amistosa o extrajudicial no ofreciese resultado positivo aceptable por el asegurado, de conformidad con las expresas coberturas contratadas, se procederá a la tramitación por vía judicial, siempre que lo solicite el interesado y no sea temeraria su pretensión, de una de las dos formas siguientes:

- A) A partir del momento en que el asegurado se vea afectado por cualquier procedimiento judicial, administrativo o arbitral, podrá ejercitar el derecho a la libre elección de profesionales que le representen y defiendan en el correspondiente litigio, acordando con los mismos las circunstancias de su actuación profesional e informando de todo ello a l asegurador.
- B) En el supuesto que el asegurado no ejercitase su derecho a la libre elección de profesionales y el trámite del procedimiento exigiera su intervención, el Asegurador los designará en su lugar, siempre de conformidad con el asegurado.

El Asegurador se hará cargo de todos los gastos y honorarios debidamente acreditados que deriven de la prestación de las coberturas contratadas, **hasta el límite cuantitativo establecido en las Condiciones Particulares del Seguro, con sujeción en todo caso, a los límites previstos en el artículo 5 y el artículo 12 para el pago de honorarios profesionales.**

Artículo 10. DISCONFORMIDAD EN LA TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO

Cuando el Asegurador, por considerar que no existen posibilidades razonables de éxito, estime que no procede la iniciación de un pleito o la tramitación de un recurso, deberá comunicarlo al asegurado.

Las diferencias que pudieran surgir entre el Asegurado y el Asegurador sobre la interpretación del contrato, podrán ser sometidas a arbitraje.

El Asegurado tendrá derecho, dentro de los límites de la cobertura concertada, al reembolso de los gastos habidos en los pleitos y recursos tramitados en discrepancia con el asegurador, o incluso con el arbitraje, cuando por su propia cuenta, haya obtenido un resultado más beneficioso.

La designación de árbitros no podrá hacerse antes de que surja la cuestión disputada.

Artículo 11. ELECCIÓN DE ABOGADO Y PROCURADOR

El asegurado tendrá derecho a elegir libremente el procurador y abogado que hayan de representarle y defenderle, a partir del momento en que se vea afectado por cualquier procedimiento judicial, administrativo o arbitral amparado por la cobertura del seguro.

Antes de proceder a su nombramiento, el asegurado comunicará al asegurador el nombre del abogado y procurador elegidos. El asegurador podrá recusar justificadamente al profesional designado, y de subsistir la controversia, se someterá al arbitraje previsto en el artículo anterior de estas Condiciones Generales.

Si abogado o procurador elegido por el asegurado no reside en el partido judicial donde haya de sustanciarse el procedimiento, serán a cargo del asegurado los gastos y honorarios por los desplazamientos que el profesional incluya en su minuta.

El abogado y procurador designado por el asegurado, gozarán de la más amplia libertad en la dirección técnica de los asuntos encomendados, sin estar sujetos, en ningún caso, a las instrucciones del asegurador, el cual no responde de la actuación de tales profesionales ni del resultado del asunto o procedimiento.

Cuando deban intervenir con carácter urgente abogado o procurador antes de la comunicación del siniestro, el asegurador satisfará igualmente los honorarios y gastos derivados de su actuación.

En caso de conflicto de intereses entre las partes del contrato, el asegurador informará inmediatamente al asegurado, a fin de que éste pueda decidir sobre la designación de abogado y procurador que estime conveniente para la defensa de sus intereses, conforme a la libertad de elección reconocida en este artículo. No obstante, se hace constar que la defensa en el ámbito civil viene automáticamente garantizada en los seguros de Responsabilidad Civil, en base al Artículo 74 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro.

Artículo 12. PAGO DE HONORARIOS PROFESIONALES

Sin perjuicio del límite cuantitativo de la póliza que se establece en el artículo 3 de estas Condiciones Generales, el asegurador satisfará los honorarios del abogado que haya intervenido en un procedimiento judicial, administrativo o arbitral en el que se haya visto afectado el asegurado, con sujeción a las normas fijadas a tal efecto por el Consejo General de la Abogacía Española, y de no existir estas normas se estará a lo dispuesto por las de los respectivos colegios. Las normas orientativas de honorarios serán consideradas como límite máximo de la obligación del asegurador, siempre y cuando no excedan de los límites del artículo 5. Las discrepancias sobre la interpretación de dichas normas serán sometidas a la comisión competente del Colegio de Abogados correspondiente.

En el supuesto de que, por elección de asegurado, interviniera en el siniestro más de un abogado, el asegurador satisfará como máximo los honorarios equivalentes a la intervención de uno solo de ellos, para la completa defensa de los intereses del asegurado, y ello sujeto siempre a las normas de honorarios citadas anteriormente.

Los derechos del procurador, cuando su intervención sea preceptiva, serán abonados conforme arancel o baremo.

Artículo 13. TRANSACCIONES

El Asegurado puede transigir los asuntos a trámite, pero si por ello produce obligaciones o pagos a cargo del asegurador, ambos deberán actuar siempre y previamente de común acuerdo.

Artículo 14. PLAZO DE CARENIA Y MÍNIMO LITIGIOSO

El plazo de carencia es el tiempo en que, con posterioridad a la fecha de efecto del seguro, si se produce un siniestro no está garantizado.

En los derechos relativos a materia contractual y administrativa, el plazo de carencia será de tres meses a contar de la fecha en que entró en vigor el seguro.

El mínimo litigioso es la cuantía mínima objeto de litigio en este seguro, por debajo de la cual no se garantiza el trámite judicial de un siniestro. En este caso, el mínimo litigioso será de 1.000.-euros.

Artículo 15. GARANTÍAS DE ESTE SEGURO

1- Asistencia Jurídica Telefónica

El Asegurador pondrá a disposición del Asegurado un abogado, para que le informe telefónicamente, en prevención de cualquier litigio, sobre el alcance de los derechos que, con carácter general, le asistan en el ámbito de su vida particular, así como de la forma en que mejor puedan defenderse.

Esta información jurídica se prestará a través del número de teléfono que, a tal efecto, se facilitará al Asegurado.

2 - Defensa Penal

El Asegurador garantiza la defensa del Asegurado, tanto por vía amistosa como judicial, de exigirsele responsabilidades en el ámbito de la vida particular, ya sean de orden:

2. 1. Penal: en los procesos que se le sigan por hechos de los que presuntamente se derive su responsabilidad penal. Comprende, entre otros supuestos, la defensa penal del Asegurado en relación con:

- la vivienda en que resida,
- sus animales domésticos,
- la circulación como peatón,
- la conducción de vehículos sin motor y de uso particular,
- la navegación con embarcaciones o aeronaves, sin motor y de uso particular,
- el desplazamiento como pasajero de cualquier medio de transporte,
- la práctica de deportes de forma no profesional, siempre que no tengan relación con vehículos a motor, incluyendo expresamente la caza.

No comprende esta cobertura los hechos voluntariamente causados por el Asegurado o aquellos en que concurra dolo o culpa grave por parte de éste, según sentencia judicial firme.

2.2 Asistencia al detenido y constitución de fianzas:

- a) Si se produjera la detención del Asegurado por cualquier hecho garantizado en el anterior apartado 2.1, el Asegurador pondrá a su disposición un abogado a fin de que le asista e informe de sus derechos.
- b) Constituirá, en los mismos supuestos y hasta el límite de 3.000€, la fianza que en el procedimiento penal se exija al Asegurado, para:
 - obtener su libertad provisional.
 - avalar su presentación al acto del juicio.
 - responder del pago de las costas judiciales, con exclusión de indemnizaciones y multas.

3 - Reclamación de daños

3.1. El Asegurador garantiza la reclamación al tercero responsable identificable, tanto por vía amistosa como judicial, de las indemnizaciones correspondientes a los Asegurados por los daños y perjuicios causados, por imprudencia o dolosamente, que a continuación se relacionan:

- daños corporales a su persona;
- daños materiales a los bienes muebles de su propiedad;
- perjuicios patrimoniales derivados de los daños corporales o materiales antes indicados.

Los animales de compañía quedan asimilados a los bienes muebles.

3.2. Comprende la reclamación de los daños y perjuicios que puedan sufrir los Asegurados como peatones, conductores de vehículos terrestres sin motor, ocupantes de vehículos y embarcaciones de uso particular, pasajeros de cualquier medio de transporte y en la práctica no profesional de deportes, no relacionados con vehículos a motor.

3.3. También comprende la reclamación de los daños causados a los vehículos terrestres sin motor propiedad de los Asegurados, que estén amparados por la póliza.

No incluye esta garantía la reclamación de los daños que sean consecuencia del incumplimiento de una relación contractual específica entre el Asegurado y el responsable de los mismos, sin perjuicio de otras expresas garantías contractuales.

En caso de fallecimiento del Asegurado, podrán ejercitar la reclamación sus familiares, herederos o beneficiarios.

4 - Asistencia Jurídica Presencial

El Asegurado podrá solicitar al Asegurador la concertación de una entrevista personal con uno de sus abogados para que le asesore verbalmente, en prevención de cualquier litigio, sobre el alcance de los derechos que, con carácter general, le asistan en el ámbito de su vida particular, así como de la forma en que mejor puedan defenderse.

No queda incluida en la presente garantía la emisión de dictámenes por escrito, ni la revisión o redacción de documentos y contratos, ni la negociación con terceros.

Esta modalidad de asesoramiento queda expresamente limitada a 3 entrevistas por anualidad de seguro.

5 - Conexión de Profesionales en siniestros sin cobertura

El asegurado tendrá derecho a una primera consulta gratuita en el despacho colaborador del Asegurador, más cercano a su domicilio y en caso de requerir los servicios de un letrado, se le aplicarán unos honorarios bonificados, siempre y cuando éste último acepte el encargo y el cliente el presupuesto.

6 - Revisión y Redacción de documentos y contratos

El Asegurador prestará también al Asegurado el mismo servicio del artículo anterior, siempre que solicite telefónicamente la asistencia de un abogado para la revisión y redacción de determinados escritos y contratos, de los que puedan derivarse para aquél consecuencias legales, sobre las materias siguientes:

- Compraventa y alquiler de vivienda;
- Reclamaciones a la Comunidad de Propietarios;
- Reclamaciones de consumo;
- Reclamaciones o recursos por sanciones administrativas, con excepción de la gestión de sanciones de tráfico viario o navegación de embarcaciones y aeronaves;
- Servicio doméstico.

Una vez el contrato o documento haya sido convenientemente revisado o redactado, el Asegurador hará entrega del mismo al Asegurado para que proceda a su presentación ante el destinatario.

Los documentos y contratos objeto de esta cobertura tienen el carácter de "numerus clausus", por lo que vienen expresamente relacionados a continuación:

Materias abordadas en la redacción y revisión de documentos

El servicio incluye la redacción o revisión de los documentos que se enumeran, que tienen carácter de números cláusus. Queda expresamente excluida la gestión de sanciones de tráfico.

Una vez el documento haya sido redactado, se entregará al solicitante del servicio para que cuide de su presentación ante el destinatario del mismo.

Compraventa de vivienda

Contratos de señal y compraventa.

Cartas de reclamación por retrasos en la entrega de la vivienda o por defectos o vicios ocultos en la vivienda entregada.

Examen de las notas simples del Registro de la Propiedad y otra documentación facilitada por el cliente a fin de verificar el estado de cargas y embargos del inmueble y el dueño del mismo.

Revisión de la minuta preparatoria de la Escritura de Compraventa con carácter previo a su otorgamiento ante Notario.

Revisión de la minuta preparatoria de la Escritura de Constitución de Hipoteca, subrogación, cancelación, con carácter previo a su otorgamiento ante Notario.

Defectos constructivos: Plazos de garantía. Plazos de prescripción. Responsabilidades de los diversos intervinientes en la obra. Seguro decenal.

Procedimientos de reclamación. Documentación de la obra nueva. Libro del Edificio.

Alquiler de vivienda

Contrato de arrendamiento. Cartas de reclamación del arrendador al arrendatario por realización de obras in-consentidas, falta de pago de la renta, subarriendo in-consentido.

Cartas de reclamación del arrendatario al arrendador para que realice obras necesarias en la vivienda.

Cartas de comunicación del arrendador de actualización de la renta, de prórroga, y del arrendatario de oposición a la actualización, de prórroga.

Comunidad de propietarios

Cartas de reclamación a la comunidad o a otros propietarios por la realización de actividades molestas, insalubres o peligrosas (ruidos, humos).

Carta al Presidente de la Comunidad solicitando la inclusión de un determinado punto en el orden del día de una Junta.

Carta al Presidente de la Comunidad manifestando su oposición a un acuerdo tomado en Junta de Propietarios.

Carta al Secretario de la Comunidad solicitando documentación de la comunidad (estatutos, normas de régimen interno, acta de alguna Junta)

Reclamaciones de consumo

Cartas de reclamación por cobros indebidos o por incumplimiento de contrato o de los periodos de garantía a: Empresa constructora o promotora. Empresas de reformas. Empresas de reparación de electrodomésticos o de otros bienes. Canales de televisión de pago. Empresas de telefonía. Tintorerías. Talleres de reparación de vehículos. Concesionarios de vehículos.
Cartas de reclamación a bancos por cobro de comisiones indebidas, por incumplimiento de contrato, cláusulas abusivas, ...
Cartas de reclamación por adquisición de bienes por telecompra (a través del teléfono o de Internet) por cobros indebidos, devolución del producto, falta de entrega del producto, defectos del producto adquirido.

Recursos y otros escritos frente a la Administración Pública relacionados con la vivienda

Escrito de alegaciones frente a una sanción administrativa por no tener licencia para el cerramiento de una terraza o por la realización de obra mayor en la vivienda.
Actos comunicados al Ayuntamiento por realización de obra menor en la vivienda.

Recursos por sanciones administrativas. Reclamaciones a la Administración

Escrito de reclamación a la Administración, para solicitar indemnizaciones cuando la Administración causa daños en bienes y derechos de los particulares (lesión que el ciudadano no tiene el deber jurídico de soportar).
Recurso contra la notificación de embargo en los bienes o cuentas bancarias.
Recurso contra procedimiento de apremio por una deuda impagada.
Recursos frente a una sanción administrativa (reposición y alzada)
Reclamación económico-administrativa de una deuda tributaria.

Servicio doméstico no perteneciente a la Unión Europea

Carta de invitación, oferta de trabajo, contrato de trabajo.

Artículo 16. INDISPUTABILIDAD

El presente título es indisputable a partir de un año contado desde su toma de efecto. Igualmente, cada una de las modificaciones de capital o prestaciones del contrato, son indisputables transcurrido un año desde su toma de efecto.

El Mutualista deberá comunicar cualquier cambio de domicilio, con el fin de que la Mutualidad, de mutuo acuerdo con aquél, pueda adecuar el servicio (con la prima o cuota consiguiente) a la localidad de su nueva residencia, así como para facilitar, si procede, el cambio de domicilio de cobro. En caso contrario, no podrá imputarse a la Mutualidad, el incumplimiento de estas obligaciones, pudiendo el mutualista incurrir, por dicha causa, en el impago de primas o cuotas. No obstante, la falta de comunicación no impedirá que, de conformidad con el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, en todo caso sea juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del nuevo domicilio.

El presente título está basado en las declaraciones del Mutualista, en consecuencia:

Toda falsedad relativa al estado de salud de los asegurados, da derecho a la Mutualidad para poder rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Mutualista en el plazo de un mes, a contar desde su conocimiento.

Si el contenido del título difiere de la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el Mutualista podrá reclamar a la Mutualidad, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en el título.

Con el fin de comprobar el adecuado cumplimiento de las condiciones anteriores, la Mutualidad se reserva la facultad de exigir la demostración documental de las edades de los asegurados y de las circunstancias de los óbitos.

Artículo 17. DE LA PRIMA DEL SEGURO

El Tomador del seguro o el Asegurado, en su caso, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en sus correspondientes vencimientos.

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

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, o el impago de cualquiera de los fraccionamientos de la misma, la cobertura quedará suspendida a partir del transcurso de 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 prima, se entenderá que el contrato queda extinguido *ex lege*.

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 prima.

Si la póliza se anulase por causas ajenas a la Mutualidad, antes de terminar cualquier anualidad de seguro, el tomador del seguro o el Asegurado deberá satisfacer las fracciones de prima que falten para completar el importe de la prima anual.

Podrá convenirse el cobro de los recibos de prima mediante domiciliación bancaria, en cuyo supuesto el tomador del seguro entregará a la Mutualidad una carta dirigida al establecimiento bancario dando la orden oportuna al efecto, obligándose a notificar a la Mutualidad las modificaciones de la domiciliación. El impago derivado del incumplimiento de dicha obligación no perjudicará a la Mutualidad, estándose en cuanto a sus consecuencias a lo establecido para el impago de primas.

El pago de los tributos legalmente repercutibles de cualquier naturaleza, creados o por crear, que se devenguen por razón de este seguro o en relación con el mismo, serán satisfechos por el tomador o, en su caso, por el asegurado.

Artículo 18. NORMATIVA APLICABLE

El presente contrato se registrará, en general, por las normas de todo tipo vigentes en cada momento, de ámbito comunitario, estatal o autonómico.

En particular, serán de aplicación la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras, el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Real Decreto Legislativo 6/2004 que aprueba Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 2486/1998 que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 1430/2002 que aprueba el Reglamento Mutualidades de Previsión Social, el Real Decreto 303/2004 que aprueba el Reglamento de los comisionados par la defensa del cliente de servicios financieros y la Orden ECO 734/2004 Departamento y Servicios de Atención y Defensor del Cliente y por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos.

En cuanto al régimen fiscal resulta de aplicación la Ley 35/2006 de 28 de Noviembre del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y el Real Decreto 1775/2004 que aprueba su Reglamento, así como en su caso, por la Ley 29/1987 del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, o, por las normas tributarias que las modifiquen o puedan sustituirlas.

El presente reglamento de prestaciones, contiene las condiciones aplicables a la relación de protección entre la Mutualidad y el mutualista, el asegurado y, en su caso el beneficiario. Dichas normas han de ser interpretadas y aplicadas de acuerdo con las disposiciones legales y reglamentarias de la actividad de Previsión Social.

Artículo 19. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. La entrega de todos los datos personales facilitados a la Aseguradora en la solicitud es totalmente voluntaria, pero necesaria para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual.

2. En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Aseguradora informa al Tomador del seguro de que los datos suministrados se incluirán en ficheros automatizados de su propiedad, siendo ésta la responsable de los mismos. Los datos serán tratados de forma automatizada tanto por la Aseguradora como por aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de coaseguro y reaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, al exclusivo efecto del correcto cumplimiento de las obligaciones pactadas.

Dicho fichero contendrá, además, las informaciones que comuniquen sus colaboradores, como médicos o personal sanitarios, mediadores y otros, y tendrá por finalidad la prestación aseguradora suscrita en este contrato. No obstante, se advierte que dichas personas o entidades colaboradoras serán los responsables de los datos de su exclusiva responsabilidad, debiendo Usted dirigirse a las mismas para cuestiones relativas al tratamiento de sus datos, declinando Previsora General cualquier responsabilidad al respecto.

3.- El Tomador y los Asegurados autorizan a la entidad aseguradora al tratamiento mecanizado de los referidos datos, comprendiendo los que afecten al estado de salud, incluso en el caso de que ello requiera la cesión a que se acaba de hacer referencia, a los exclusivos efectos de que la aseguradora pueda cumplir adecuadamente con su prestación.

El consentimiento del Tomador y de cada Asegurado se expresa al firmar la solicitud de aseguramiento. Si un Asegurado concreto manifestara su oposición a la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento informático, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto respecto del mismo.

4. El Tomador y el Asegurado podrán ejercer respecto de los ficheros automatizados los derechos reconocidos por la ley. Posteriormente, gozarán, entre otros, de los derechos de acceso, modificación y cancelación de los datos contenidos en el referido fichero informático. A tal efecto se dirigirá por escrito a Previsora General, C. Balmes 28 de Barcelona (C. P. 08007), indicando en el asunto del mensaje "Protección de Datos – Ejercicio de Derechos".

5.- Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados, que usted se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos su consentimiento para utilizarlos para las finalidades mencionadas.

6.- Conforme al artículo 24 LOSSP la Aseguradora informa que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro, serán cedidos a entidades públicas relacionadas con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

7. Así mismo, tenemos su consentimiento para ceder sus datos a las empresas pertenecientes del grupo. En virtud de lo que dispone el artículo 21 de la Ley 34/2002 de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico, solicitamos su consentimiento para poderle enviar información relacionada con nuestros productos o servicios que consideremos pueda ser de su interés, ya sea por correo postal o electrónico, por parte de PREVISORA GENERAL y/o de empresas del grupo con la finalidad de facilitar la comercialización de otros productos.

He leído y acepto recibir publicidad de PREVISORA GENERAL y empresas del grupo.

He leído y no acepto recibir publicidad de PREVISORA GENERAL y empresas del grupo.

Podrá revocar su consentimiento, en cualquier momento, dirigiéndose al siguiente correo electrónico: lopd@previsorageneral.com.

Artículo 20. PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

El asegurado, en caso de disconformidad con la Mutualidad, o con algún Agente de ésta, podrá exponer sus quejas o reclamaciones, según proceda, ante el Servicio de Atención al Cliente o ante el Defensor del Cliente, los cuales deberán emitir la resolución correspondiente a la queja o reclamación planteada en el plazo máximo de dos meses desde su presentación.

A tal efecto la Mutualidad tiene en todas sus oficinas abiertas al público, así como en su página web, el reglamento de funcionamiento de dichos servicios, así como la dirección postal y electrónica de contacto.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, o desestimada, total o parcialmente, su petición o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación sin que haya sido resuelta, el interesado podrá presentarla ante la Administración supervisora de la Mutualidad.

Artículo 21. JURISDICCIÓN

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado.

Artículo 22. COMUNICACIONES

El mutualista y la Mutualidad aceptan expresamente la posibilidad de que las comunicaciones que el mutualista deba realizar a la Mutualidad, ya sea a efectos de variación del grupo asegurado o cualquier otro dato que afecte al seguro suscrito, se realicen vía electrónica. A tal fin, el mutualista, ya sea directamente o bien a través de su mediador o de mandatario verbal, utilizará las claves y elementos de identificación y autenticación que requiera el uso de la misma, responsabilizándose en todo momento de la custodia y del uso que haga de los mismos.

El mutualista y la Mutualidad reconocen efectos jurídicos a las órdenes cursadas por el mutualista, su mediador o un mandatario verbal, mediante el uso de las claves y elementos de identificación y autenticación anteriormente mencionados, por lo que se reconocen efectos vinculantes a las actualizaciones del seguro suscrito que se realicen por vía electrónica mediante el uso de los mismos.

Artículo 23. TRASPASO ENTRE PRODUCTOS DE LA MUTUALIDAD

En caso de que un mutualista solicite un traspaso a otro producto comercializado por la Mutualidad, ya sea mediante reglamento de prestaciones o condicionado, deberá cumplir, en el momento en que solicite dicho traspaso, la totalidad de los requisitos establecidos en el Reglamento de prestaciones o condicionado del producto al que quiera adherirse.

En cualquier caso, será necesario el consentimiento expreso de la Mutualidad para que tenga efecto dicho traspaso.

Artículo 24. ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

El mutualista declara:

- Disponer de los Estatutos, del Reglamento de prestaciones y del Título, en los que se regulan las condiciones generales y particulares de la cobertura suscrita, y haber sido adecuadamente informado sobre los mismos, aceptando íntegramente su contenido.
- Que, con el pago de la prima o cuota correspondiente al título suscrito, se entenderá debidamente formalizado el seguro y aceptadas las condiciones del mismo previstas en el reglamento de prestaciones que lo regula.
- Haber recibido toda la información requerida para la formalización de éste seguro relativa a la identidad de la Mutualidad, la garantía ofrecida, la duración del seguro y condiciones para su rescisión, las condiciones relativas a la prima o cuota y al capital indemnizatorio o prestación asistencial, y el régimen fiscal aplicable.
- En cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 106 del Real Decreto 2486/1998 que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el mutualista asume el compromiso y la obligación de suministrar a los asegurados, antes de la adhesión al título y durante la vigencia del mismo, toda la información que afecte a los derechos y obligaciones de aquellos.

Artículo 1. DEFINICIONES

Mutualidad

PREVISORA GENERAL, Mutualidad DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA, CIF V-58782145, con domicilio social en Barcelona, en Calle Balmes, 28 y titular del dominio de Internet "www.previsorageneral.com".

La Mutualidad está inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, al Folio 39, Volumen 24.055, Hoja B-63.429, y su actividad está sometida al control administrativo de la autoridad gubernativa competente de conformidad con la legislación vigente.

La Mutualidad es la entidad aseguradora que asume las coberturas del riesgo objeto de este condicionado y garantiza el pago de la indemnización correspondiente.

Accidente

Todo evento acaecido durante la vigencia de esta póliza derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Asegurado

Cada una de las personas físicas sobre las que se estipula la cobertura de los riesgos o Asistencia.

Edad

Es la del cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la póliza. Si en la determinación de la edad existiera un error, se estará a lo dispuesto en el artículo 90 de la Ley de Contrato de Seguro.

La Mutualidad solo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad de cualquiera de los asegurados, en el momento de la entrada en vigor de aquel, excede de los límites de admisión establecidos por la Mutualidad en el cuestionario.

Enfermedad

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que sea diagnosticada por un médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad congénita

Toda enfermedad con la que nace el Asegurado, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del Asegurado.

Enfermedad preexistente

Toda enfermedad del Asegurado padecida con anterioridad a la contratación de este seguro, diagnosticada o no por un médico.

Fecha de efecto

Es la fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada para cada uno de los Asegurados. En ningún caso la cobertura entrará en vigor con anterioridad al momento en que el Tomador haya satisfecho la primera prima correspondiente a dicho Asegurado.

Tomador

Es la persona física o jurídica que contrata la cobertura del riesgo objeto de esta póliza para el asegurado. El tomador puede contratar por cuenta propia o ajena, si bien en caso de duda, se presumirá que ha contratado por cuenta propia. Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al mutualista.

Prima

El precio de la cobertura cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente póliza.

Siniestro

Todo hecho cuyas consecuencias están garantizadas por alguna de las modalidades objeto de la relación de protección.

Póliza

El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: estas Condiciones Generales y las Particulares, así como los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Artículo 2. OBJETO

La prestación de Protección de Pagos consiste en reembolsar el importe de los recibos como máximo durante 6 meses consecutivos, a aquel Tomador que entre en situación de Desempleo, si es trabajador por cuenta ajena, o en situación laboral de Incapacidad Temporal si es profesional autónomo. A partir de la renovación de la anualidad 2017 la prestación se extiende al Tomador, persona jurídica, a la que se le reconozca una situación de concurso de acreedores.

Para tener derecho a esta prestación se deben cumplir las condiciones siguientes:

- Ha de ser tomador de una póliza de seguro de salud, enfermedad (subsídios en caso de baja laboral, intervención y hospitalización), accidentes individuales o vida de Previsora General,
- Ha de ser tomador de una póliza de seguro de convenio colectivo o accidentes y vida colectivo. **Todo ello para las pólizas de nueva emisión con efecto a partir de 1 de enero de 2017 y a partir de la renovación para las pólizas emitidas con anterioridad a esta fecha.**
- Mayor de 18 años y menor de 70 años, y no ser persona incapacitada o estar tramitando expediente de invalidez ante los organismos oficiales competentes y ser residente en España.
- El tomador debe estar al corriente de pago de todos los recibos.

Artículo 3. DURACION DEL CONTRATO Y RESCISIÓN

El contrato entra en vigor en la fecha y hora señaladas en el contrato de seguro y una vez satisfecho al Asegurador el pago del primer recibo de prima.

La cobertura pactada tendrá una duración de un año, entendiéndose prorrogada por periodos anuales, salvo que alguna de las partes notifique por escrito a la otra parte, la oposición a la prórroga del contrato con un mes de antelación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

Artículo 4. CONDICIONES DE ADHESION

Las condiciones de adhesión serán las que figuran en el documento de inscripción suscrito por la Mutualidad y aceptadas por el tomador de la póliza.

Esta prestación va dirigida a todo aquel mutualista, tomador de una póliza de seguro de salud, enfermedad (subsídios en caso de baja laboral, intervención y hospitalización), accidentes individuales y vida de Previsora General, con edad mayor de 18 y menor de 70 años, y no ser persona incapacitada o estar tramitando expediente de invalidez ante los organismos oficiales competentes y ser residente en España.

Esta prestación se dará a todo aquel mutualista, tomador de una póliza de seguro de convenio colectivo o accidentes y vida colectivo, **para las pólizas de nueva emisión con efecto a partir de 1 de enero de 2017 y a partir de la renovación para las pólizas emitidas con anterioridad a esta fecha.**

Artículo 5. DE LA PRIMA DEL SEGURO**Pago de la prima**

El Tomador del seguro o el Asegurado, en su caso, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en sus correspondientes vencimientos.

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

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, o el impago de cualquiera de los fraccionamientos de la misma, la cobertura quedará suspendida a partir del transcurso de 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 prima, se entenderá que el contrato queda extinguido *ex lege*.

Si la póliza se anulase por causas ajenas a la Mutualidad, antes de terminar cualquier anualidad de seguro, el tomador del seguro o el Asegurado deberá satisfacer las fracciones de prima que falten para completar el importe de la prima anual.

Podrá convenirse el cobro de los recibos de prima mediante domiciliación bancaria, en cuyo supuesto el tomador del seguro entregará a la Mutualidad una carta dirigida al establecimiento bancario dando la orden oportuna al efecto, obligándose a notificar a la Mutualidad las modificaciones de la domiciliación. El impago derivado del incumplimiento de dicha obligación no perjudicará a la Mutualidad, estándose en cuanto a sus consecuencias a lo establecido para el impago de primas.

El asegurador, de acuerdo con sus bases técnicas, podrá actualizar anualmente la prima, en función de criterios estadísticos y financieros, estableciéndose la equivalencia actuarial para fijar la prima. Esta actualización se fundamentará en el aumento de la frecuencia de las prestaciones, la incorporación de nuevas coberturas o cualquier otro parámetro de consecuencias similares. En cualquier caso se tendrán en cuenta los principios de indivisibilidad, invariabilidad, suficiencia y equidad.

Con independencia de las mencionadas actualizaciones, la prima o cuota anual se establece en cada renovación teniendo en cuenta la edad alcanzada por el asegurado, aplicándose la tarifa de primas o cuotas que la Mutualidad tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El mutualista presta conformidad expresa a las variaciones que, por este motivo, se produzcan en el importe de las primas o cuotas.

El pago de los tributos legalmente repercutibles de cualquier naturaleza, creados o por crear, que se devenguen por razón de este seguro o en relación con el mismo, serán satisfechos por el tomador o, en su caso, por el asegurado.

Artículo 6. COBERTURAS

6.1 Incapacidad Temporal

A efectos de esta cobertura, se entiende por Incapacidad Temporal la situación física reversible, originada independientemente de la voluntad del Asegurado, siendo éste trabajador por cuenta propia, determinante de la total ineptitud de éste para realizar su profesión, trabajo, ocupación o actividad remuneradora habitual.

Exclusiones

1. **Accidentes ocurridos o enfermedades contraídas o iniciadas antes de la fecha de alta en este Seguro o no estando el mismo al corriente de pago de las primas.**
2. **Intento de suicidio**, tanto si el Asegurado estuviese o no en pleno uso de sus facultades.
3. **Participación activa del Asegurado en acciones delictivas o como consecuencia de su resistencia a ser arrestado o detenido.**
4. **Aviación:** Será cubierto este riesgo siempre que el Asegurado viaje como pasajero. En un avión dependiente de un servicio comercial o del servicio militar de transporte aéreo de cualquier país con gobierno reconocido, que sea operado por un piloto con licencia en regla y en vuelos regulares o irregulares entre aeropuertos o aeródromos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros.
5. Los riesgos que sean consecuencia directa o indirecta de la reacción nuclear o contaminación radioactiva.
6. **Terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas o huracanes.**
7. Los riesgos que sean consecuencia de guerra y demás extraordinarios.
8. **Casos o accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado o por tratamientos, o prescritos por un Médico, o las consecuencias de operaciones quirúrgicas o de tratamientos que no sean estrictamente necesarios para la curación de una enfermedad o accidente de los descritos en la Póliza.**
9. **La práctica como profesional de cualquier deporte, así como en cualquier caso, la práctica de la escalada, boxeo, polo a caballo y concursos hípicos, ascensiones a alta montaña, caza mayor, deportes subacuáticos o cualquier práctica deportiva que implique riesgos aéreos.**
10. Las consecuencias de participación del Asegurado en carreras, concursos, rallyes o apuestas con vehículos de motor.
11. **Anomalías congénitas o condiciones que surjan o resulten de las mismas.**
12. Cualquier accidente o enfermedad sufridos por el Asegurado por efecto del alcohol o de cualquier droga, que no hubiera sido prescrita o administrada por un médico.
13. **Infracciones, imprudencias o negligencias graves del Asegurado.**
14. Queda expresamente excluida la **Incapacidad derivada de enfermedades psiquiátras, mentales o desórdenes nerviosos.**
15. Queda expresamente excluida la **Incapacidad derivada de hernias o lumbagos.**
16. **Maternidad biológica, adopción y acogimiento familiar dentro del periodo de descanso legalmente establecido.**

La garantía cesará en la fecha del primer vencimiento de la póliza suscrita por el asegurado, una vez haya alcanzado la edad de 65 años.

6.2 Desempleo

La cobertura tendrá efecto una vez transcurrido el periodo de carencia, siendo objeto de dicha cobertura aquella situación en la que el Asegurado quede en situación de desempleo, siendo éste trabajador por cuenta ajena con contrato indefinido de al menos 12 meses de antigüedad en la misma empresa en que cause baja, con una jornada mínima de treinta horas semanales.

Exclusiones

1. Despido procedente.
2. Despido improcedente notificado al asegurado durante el periodo de carencia de la cobertura.
3. Desempleo por el cual no se recibe prestación del Servicio Público de Empleo Estatal (SPEE). El pago de la indemnización cesará en el momento que cese el cobro de dicha prestación.
4. La resolución o natural vencimiento de un contrato de trabajo a término fijo o de un contrato interino.
5. Jubilación anticipada, incluso si se percibe prestación del Servicio Público de Empleo Estatal (SPEE).
6. Dimisión o Despido voluntario.
7. Despido o cualquier expediente administrativo o proceso para la reducción de plantilla en la empresa para la que preste sus servicios el asegurado cuando el empresario es un pariente próximo del cliente asegurado, sea cónyuge del asegurado o pariente por consanguinidad hasta el primer grado en línea recta o en segundo grado colateral o el asegurado es socio o accionista de la compañía o miembro del comité de dirección.
8. Huelgas o actos ilegales.
9. El desempleo de personas que trabajan por cuenta propia (autónomos) así como los funcionarios.
10. Desempleo después de un empleo ocasional, parcial o temporal.
11. Los despidos comunicados al asegurado con anterioridad a la fecha de efecto del seguro, aun cuando la fecha de efectividad del despido sea posterior.
12. Los despidos contra los que se hayan iniciado acciones legales con anterioridad a la fecha de efecto del seguro aun cuando no exista acuerdo o resolución firme.
13. Los despidos consecuencia de un expediente de regulación de empleo cuya presentación a la autoridad laboral competente esté dentro del periodo de carencia o con anterioridad a la fecha de efecto del seguro.
14. Los despidos consecuencia de un expediente de regulación de empleo cuando su existencia hubiera sido conocida por el asegurado con anterioridad a la fecha de efecto del seguro.

La garantía cesará en la fecha del primer vencimiento de la póliza suscrita por el asegurado, una vez haya alcanzado la edad de 65 años.

Disfrutarán de la cobertura de desempleo, las personas que en la fecha de siniestro cumplan los requisitos de elegibilidad de dicha cobertura.

6.3 Concurso de Acreedores

A efectos de esta cobertura, se entiende por Concurso de Acreedores al procedimiento legal que se origina cuando una persona física o jurídica deviene en una situación de insolvencia en la que no puede hacer frente a la totalidad de los pagos que adeuda.

Exclusiones

1. Si la declaración de concurso de acreedores no se ha publicado en los Boletines Oficiales (BOE, BORM) y se ha inscrito en el Registro Mercantil, de la Propiedad y de Resoluciones Concursales.

2. Que la declaración de concurso sea anterior al 1 de enero de 2017.

Artículo 7. INDEMNIZACIONES.

7.1 Incapacidad Temporal

La indemnización comprenderá un importe igual a 1/12 parte de la prima anual de la póliza de que el asegurado es tomador, por cada periodo de 30 días de probada Incapacidad. Se establece un periodo máximo de indemnización de seis meses continuos dentro del periodo de cobertura.

En el caso de Incapacidad Temporal del tomador, se establece un **importe máximo de indemnización mensual de 250€/mes**, cúmulos incluidos. Se establece un periodo de franquicia de carácter retroactivo equivalente a 30 días naturales, para que nazca el derecho a cobro de la indemnización correspondiente en aquellos casos en que el Tomador sufra Incapacidad Temporal. Una vez transcurrido este periodo de 30 días, el cliente tendrá derecho a la indemnización desde el primer día de Incapacidad Temporal. En los meses siguientes al de la primera notificación de baja temporal, y una vez transcurrido el periodo de franquicia, será necesario que el asegurado se encuentre incapacitado durante un periodo completo de treinta días para que surja el derecho al cobro. De acuerdo con ello, el tomador tendrá derecho a percibir el importe correspondiente a tantas cuotas mensuales como periodos completos de 30 días haya estado en situación de probada Incapacidad a partir de la finalización del periodo de carencia y del cumplimiento del periodo de franquicia retroactiva establecidos en las Condiciones Especiales reguladoras de la cobertura y durante los cuales no existe derecho a indemnización alguna.

Documentación requerida en caso de siniestro de Incapacidad Temporal:

- a) Copia DNI/NIE del Tomador de la póliza.
- b) Certificado médico amplio y detallado, que indique motivos y causas, con fecha de inicio y procesos de la enfermedad o accidente que hayan causado la prestación correspondiente.
- c) Parte de baja, continuidad y alta de la incapacidad temporal, bien de la Seguridad Social o bien del sistema sustitutorio al que se halle adscrito el Asegurado expedido por el facultativo perteneciente a estos organismos que realice el seguimiento, indicando expresamente en el mismo el diagnóstico correspondiente.
- d) Mensualmente, justificante bancario que acredite estar al corriente de pago del seguro.
- e) En caso de accidente: Documentos que acrediten el accidente.

7.2 Desempleo

Para esta modalidad dentro de la Cobertura de Protección de Pagos se garantiza al Beneficiario el pago de un importe igual a 1/12 parte de la prima anual de la póliza del que el asegurado es tomador, una vez transcurridos los periodos de franquicia retroactivo equivalente a 30 días naturales y 60 días de carencia. Este periodo de carencia sólo se aplicará en el primer año de vigencia de la póliza cuya fecha de alta sea posterior al 1 de enero de 2011, quedando sin efecto para todas aquellas que su fecha de alta sea anterior a la fecha mencionada.

Se establece un periodo máximo de indemnización de seis meses continuos dentro del periodo de cobertura. En el caso de Desempleo del tomador, **se establece un importe máximo de indemnización mensual de 250€/mes**, cúmulos incluidos

Junto a ello, se establece un periodo de recalificación entre siniestros de seis meses. De acuerdo con ello, debe existir, al menos, un periodo de seis meses de empleo continuado (con una jornada laboral de, al menos, treinta horas semanales) después de la finalización de un primer siniestro para poder recalificar uno nuevo.

Documentación requerida en caso de siniestro de Desempleo:

- a) Copia DNI/NIE del Tomador de la póliza.
- b) Contrato de Trabajo en vigor en el momento del despido.
- c) Notificación de despido de la empresa y/o documentación que acredite el tipo de despido.
- d) Resolución de aprobación de las prestaciones por desempleo emitido por el Servicio Público de Empleo Estatal (SPEE).
- e) Mensualmente, justificantes de Pago de la prestación de desempleo.
- f) Mensualmente, justificante bancario que acredite estar al corriente de pago del seguro.

7.3 Concurso de Acreedores

La indemnización comprenderá un importe igual a 1/12 parte de la prima anual de la póliza de que el asegurado es tomador, por cada periodo de 30 días de probada continuidad del concurso. Se establece un periodo máximo de indemnización de seis meses continuos dentro del periodo de cobertura, y un **importe máximo de indemnización mensual de 250€/mes**, cúmulos incluidos.

Documentación requerida en caso de siniestro de Concurso de Acreedores:

- a) Copia de la declaración de concurso de acreedores en Boletines Oficiales (BOE, BORM) .
- b) Inscripción de la declaración de concurso de acreedores en el Registro Mercantil, de la Propiedad y de Resoluciones Concursales.
- c) Nombramiento del administrador concursal

Artículo 8. NORMATIVA APLICABLE

El presente contrato se registrará, en general, por las normas de todo tipo vigentes en cada momento, de ámbito comunitario, estatal o autonómico.

En particular, serán de aplicación la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras, el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Real Decreto Legislativo 6/2004 que aprueba Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 2486/1998 que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 1430/2002 que aprueba el Reglamento Mutualidades de Previsión Social, el Real Decreto 303/2004 que aprueba el Reglamento de los comisionados par la defensa del cliente de servicios financieros y la Orden ECO 734/2004 Departamento y Servicios de Atención y Defensor del Cliente y por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos.

En cuanto al régimen fiscal resulta de aplicación Real Decreto Legislativo 3/2004 que aprueba la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y el Real Decreto 1775/2004 que aprueba su Reglamento, así como en su caso, por la Ley 29/1987 del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, o, por las normas tributarias que las modifiquen o puedan sustituirlas.

El presente Condicionado, contiene las condiciones aplicables a la relación de protección entre la Mutualidad y el Asociado/Tomador, el Asegurado y, en su caso el Beneficiario. Dichas normas han de ser interpretadas y aplicadas de acuerdo con las disposiciones legales y reglamentarias de la actividad de Previsión Social

La Mutualidad ha celebrado el contrato y elaborado la póliza de acuerdo con la Solicitud del Tomador del Seguro y en base a sus respuestas al Cuestionario previo correspondiente, así como en base a las declaraciones que sobre su estado de salud formule el Asegurado en el Cuestionario o reconocimiento médico oportuno, únicos datos conocidos por la Mutualidad y de ahí la importancia de una exacta y correcta declaración.

Artículo 9. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. La entrega de todos los datos personales facilitados a la Aseguradora en la solicitud es totalmente voluntaria, pero necesaria para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual.

2. En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Aseguradora informa al Tomador del seguro de que los datos suministrados se incluirán en ficheros automatizados de su propiedad, siendo ésta la responsable de los mismos. Los datos serán tratados de forma automatizada tanto por la Aseguradora como por aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de coaseguro y reaseguro, intervengan en la gestión de la póliza, al exclusivo efecto del correcto cumplimiento de las obligaciones pactadas.

Dicho fichero contendrá, además, las informaciones que comuniquen sus colaboradores, como médicos o personal sanitarios, mediadores y otros, y tendrá por finalidad la prestación aseguradora suscrita en este contrato. No obstante se advierte que dichas personas o entidades colaboradoras serán los responsables de los datos de su exclusiva responsabilidad, debiendo Usted dirigirse a las mismas para cuestiones relativas al tratamiento de sus datos, declinando Previsora General cualquier responsabilidad al respecto.

3.- El Tomador y los Asegurados autorizan a la entidad aseguradora al tratamiento mecanizado de los referidos datos, comprendiendo los que afecten al estado de salud, incluso en el caso de que ello requiera la cesión a que se acaba de hacer referencia, a los exclusivos efectos de que la aseguradora pueda cumplir adecuadamente con su prestación.

El consentimiento del Tomador y de cada Asegurado se expresa al firmar la solicitud de aseguramiento. Si un Asegurado concreto manifestara su oposición a la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento informático, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto respecto del mismo.

4. El Tomador y el Asegurado podrán ejercer respecto de los ficheros automatizados los derechos reconocidos por la ley. Posteriormente, gozarán, entre otros, de los derechos de acceso, modificación y cancelación de los datos contenidos en el referido fichero informático. A tal efecto se dirigirá por escrito a Previsora General, C. Balmes 28 de Barcelona (C. P. 08007), indicando en el asunto del mensaje "Protección de Datos – Ejercicio de Derechos".

5.- Mientras no nos comunique lo contrario, entenderemos que sus datos no han sido modificados, que usted se compromete a notificarnos cualquier variación y que tenemos su consentimiento para utilizarlos para las finalidades mencionadas.

6.- Conforme al Artículo 24 LOSSP la Aseguradora informa que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro, serán cedidos a entidades públicas relacionadas con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

7. Así mismo, tenemos su consentimiento para ceder sus datos a las empresas pertenecientes del grupo. En virtud de lo que dispone el artículo 21 de la Ley 34/2002 de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico, solicitamos su consentimiento para poderle enviar información relacionada con nuestros productos o servicios que consideremos pueda ser de su interés, ya sea por correo postal o electrónico, por parte de PREVISORA GENERAL y/o de empresas del grupo con la finalidad de facilitar la comercialización de otros productos.

- He leído y acepto recibir publicidad de PREVISORA GENERAL y empresas del grupo.
- He leído y no acepto recibir publicidad de PREVISORA GENERAL y empresas del grupo.

Podrá revocar su consentimiento, en cualquier momento, dirigiéndose al siguiente correo electrónico:
lopd@previsorageneral.com.

Artículo 10. PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

El asegurado, en caso de disconformidad con la Mutualidad, o con algún Agente de ésta, podrá exponer sus quejas o reclamaciones, según proceda, ante el Servicio de Atención al Cliente o ante el Defensor del Cliente, los cuales deberán emitir la resolución correspondiente a la queja o reclamación planteada en el plazo máximo de dos meses desde su presentación.

A tal efecto la Mutualidad tiene en todas sus oficinas abiertas al público, así como en su página web, el reglamento de funcionamiento de dichos servicios, así como la dirección postal y electrónica de contacto.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, o desestimada, total o parcialmente, su petición o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación sin que haya sido resuelta, el interesado podrá presentarla ante la Administración supervisora de la Mutualidad.

Artículo 11. JURISDICCIÓN

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado.

Artículo 12. COMUNICACIONES

1. Todas las comunicaciones derivadas de la presente póliza deberán hacerse por escrito.
2. Las comunicaciones al Asegurador se dirigirán al domicilio de éste o a sus oficinas que aparezcan recogidas en las Condiciones Particulares.
3. Las comunicaciones al Tomador y al Asegurado se dirigirán al domicilio recogido en las Condiciones Particulares, salvo que se haya notificado su cambio de forma fehaciente.

Artículo 13. ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

El tomador declara:

- Haber recibido los Estatutos y la Póliza de Seguro, con las condiciones generales, particulares y los suplementos que le pudieran corresponder, y haber sido adecuadamente informado sobre los mismos, aceptando íntegramente su contenido.
- Haber sido informado y aceptar expresamente las cláusulas limitativas que pudieran existir, en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 3 de la ley 50/1980, de 8 de octubre, del contrato de seguro.
- Haber recibido toda la información requerida para la formalización de éste contrato relativa a la identidad de la Mutualidad, la garantía ofrecida, la duración del contrato y condiciones para su rescisión, las condiciones relativas a la prima y a la prestación asistencial.



De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de PREVISORA GENERAL MPS con CIF V58782145 y domicilio social sito en CALLE BALMES, 28, CP 08007 de BARCELONA , con la finalidad de gestionar y tramitar aquella póliza de seguro contratada por el cliente. En cumplimiento con la normativa vigente, PREVISORA GENERAL informa que los datos serán conservados durante el periodo legalmente establecido.

Asimismo, informamos que la base legítima que autoriza el tratamiento de los datos de carácter personal prestados, será el consentimiento prestado por el cliente.

Adicionalmente, PREVISORA GENERAL informa que, en función de las coberturas que usted haya contratado, para la prestación del servicio será necesario el tratamiento de sus datos de salud.

Con la presente cláusula queda informado de que sus datos serán comunicados en caso de ser necesario a la entidad aseguradora que lo solicite, bancos y cajas, administraciones públicas y a todas aquellas entidades con las que sea necesaria la comunicación, con la finalidad de cumplir con la prestación del servicio anteriormente mencionado.

El hecho de no facilitar los datos a las entidades mencionadas implica que no se pueda cumplir con la prestación de los servicios objeto del presente contrato.

A su vez, le informamos que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de PREVISORA GENERAL dirigiéndose por escrito a la dirección de correo lopd@previsorageneral.com. o al teléfono 933041600.

PREVISORA GENERAL informa que procederá a tratar los datos de manera lícita, leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta y actualizada. Es por ello que PREVISORA GENERAL se compromete a adoptar todas las medidas razonables para que estos se supriman o rectifiquen sin dilación cuando sean inexactos.

De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico lopd@previsorageneral.com.

Asimismo, y de acuerdo con lo establecido en la Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico, en su artículo 21, solicitamos también su consentimiento expreso para enviarle información por correo electrónico o por cualquier otro medio de comunicación electrónica equivalente, que consideremos puedan ser de su interés.

He leído y acepto recibir publicidad o información promocional de PREVISORA GENERAL

He leído y no acepto recibir publicidad o información promocional de PREVISORA GENERAL

Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna.

Finalmente, PREVISORA GENERAL informa que con la firma del presente documento otorga el consentimiento explícito para el tratamiento de los datos mencionados anteriormente.

Fdo. El Tomador



previsora
general

Seguros Colectivos Condiciones Generales y Particulares

Nº Póliza: 1/4/134486

Esta es la copia de su póliza que debe devolvernos debidamente firmada. Si tiene cualquier duda puede contactar con su mediador de seguros o llamar a nuestro Departamento de Atención al Cliente a través del teléfono 902 28 30 32.

Previsora General, Mutualidad de Previsión Social a prima fija

Nº PÓLIZA 1/4/134486



Tomador del Seguro

CEAPA
N.I.F. G28848505
PLAZA PUERTA DEL SOL, 4, 6ªA
28013-MADRID

Mediador

ARÇ CORRED. D'ASSEG., SCCL
CIF. F58302001 CÓDIGO: 0803046
Corredor/Correduría
CASP, 43, ENTR 1ª
08010-BARCELONA
Teléfono: 934250688

Entidad Aseguradora

PREVISORA GENERAL, Mutualidad de Previsión Social a prima fija

Duración de la póliza

Fecha Alta Póliza: 28/12/2018

Fecha Vencimiento: 01/01/2019

Duración de la póliza: ANUAL PRORROGABLE

Importe de la Prima y Domicilio de Pago

Prima anual: 958,30 euros
Consortio: 37,10 euros
F. Mutual: 23,96 euros
IPS: 57,40 euros

Forma de Pago: ANUAL

Prima total: 1.076,76 euros

Domicilio de Pago:
ARÇ CORRED. D'ASSEG., SCCL

Póliza Contratada

Descripción: Seguros Colectivos
Número Total Asegurados: 700,00

Fdo. El Tomador

CAPITALES

SEGURO COLECTIVO VOLUNTARIO

GARANTIAS:

Accidentes Colectivo
ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTE. (24 HORAS)
MUERTE POR ACCIDENTE. (24 HORAS)
INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE. (24 HORAS)

PROTECCION DE PAGOS
DEFENSA JURÍDICA

Nº ASEGURADOS:

700,00

7.500,00
15.000,00

Incluida
Incluida



2

Fdo. El Tomador

Condiciones particulares

SON ASEGURADOS DE ESTA PÓLIZA LOS MIEMBROS DE LAS JUNTAS DIRECTIVAS DE LAS AMPAS RELACIONADAS EN LA PÓLIZA Y PERTENECIENTES A LA FEDERACIÓN PROVINCIAL DE FAMPA BURGOS CON CIF: G09273277 DE BURGOS. .

PÓLIZA INNOMINADA, PERO EN CASO DE SINIESTRO SE DEBERÁ ACREDITAR QUE EL ACCIDENTADO PERTENECE A LA JUNTA DIRECTIVA DE UNA DE LAS AMPAS RELACIONADAS EN LA PÓLIZA.

ÚNICAMENTE SE CUBRIRÁN LOS ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE LA REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES COMO REPRESENTANTES DE LAS AMPAS RELACIONADAS EN LA PÓLIZA.

PARTICIPACION EN BENEFICIOS.

AL FINAL DE CADA ANUALIDAD, SE REALIZARA EL SIGUIENTE CALCULO:

RESULTADO= 50% DE PRIMAS EMITIDAS DURANTE LA ANUALIDAD, NETAS DE LAS ANULACIONES - SINIESTROS DECLARADOS EN LA ANUALIDAD - EVENTUAL RESULTADO NEGATIVO DEL AÑO ANTERIOR

PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS = 50% RESULTADO

EL IMPORTE RESULTANTE DEL CÁLCULO DE PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS, SE DESCONTARÁ DE LA PRIMA DE LA SIGUIENTE ANUALIDAD.

PG

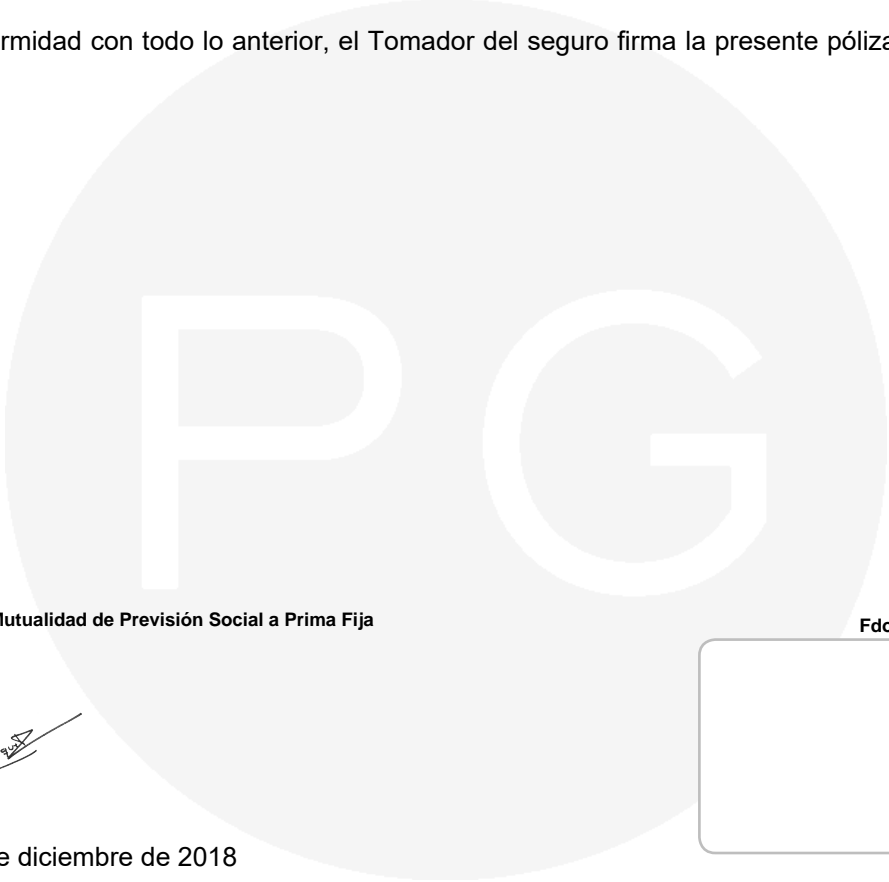
Fdo. El Tomador

El Tomador declara haber recibido un ejemplar de la presente póliza y reconoce expresamente mediante su firma haber leído y entendido estas condiciones particulares y las condiciones generales que se adjuntan, aceptando las mismas, y en especial las cláusulas limitativas (Arts. 3, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 y Anexos del Condicionado ACCIDENTES COLECTIVO; Arts. 5, 7, 8 y 9 del Condicionado DEFENSA JURIDICA; Arts. 2, 4, 6 y 7 del Condicionado PROTECCIÓN DE PAGOS)

El Tomador del seguro reconoce haber recibido toda la información exigida en los Art. 122 a 127 del Reglamento de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras. (RD 1060/2015)

Asimismo declara haber leído y aceptado el contenido de la cláusula relativa al Tratamiento de Datos Personales en cumplimiento de la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre.

Como prueba de conformidad con todo lo anterior, el Tomador del seguro firma la presente póliza en la fecha del día de hoy.



Fdo. Previsora General Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija

Fdo. El Tomador

Barcelona , a 17 de diciembre de 2018



De conformidad con lo establecido en la normativa vigente en Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que sus datos serán incorporados al sistema de tratamiento titularidad de PREVISORA GENERAL MPS con CIF V58782145 y domicilio social sito en CALLE BALMES, 28, CP 08007 de BARCELONA , con la finalidad de gestionar y tramitar aquella póliza de seguro contratada por el cliente. En cumplimiento con la normativa vigente, PREVISORA GENERAL informa que los datos serán conservados durante el periodo legalmente establecido.

Asimismo, informamos que la base legítima que autoriza el tratamiento de los datos de carácter personal prestados, será el consentimiento prestado por el cliente.

Adicionalmente, PREVISORA GENERAL informa que, en función de las coberturas que usted haya contratado, para la prestación del servicio será necesario el tratamiento de sus datos de salud.

Con la presente cláusula queda informado de que sus datos serán comunicados en caso de ser necesario a la entidad aseguradora que lo solicite, bancos y cajas, administraciones públicas y a todas aquellas entidades con las que sea necesaria la comunicación, con la finalidad de cumplir con la prestación del servicio anteriormente mencionado.

El hecho de no facilitar los datos a las entidades mencionadas implica que no se pueda cumplir con la prestación de los servicios objeto del presente contrato.

A su vez, le informamos que puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de PREVISORA GENERAL dirigiéndose por escrito a la dirección de correo lopd@previsorageneral.com. o al teléfono 933041600.

PREVISORA GENERAL informa que procederá a tratar los datos de manera lícita, leal, transparente, adecuada, pertinente, limitada, exacta y actualizada. Es por ello que PREVISORA GENERAL se compromete a adoptar todas las medidas razonables para que estos se supriman o rectifiquen sin dilación cuando sean inexactos.

De acuerdo con los derechos que le confiere la normativa vigente en protección de datos podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación de tratamiento, supresión, portabilidad y oposición al tratamiento de sus datos de carácter personal así como del consentimiento prestado para el tratamiento de los mismos, dirigiendo su petición a la dirección postal indicada más arriba o al correo electrónico lopd@previsorageneral.com.

Asimismo, y de acuerdo con lo establecido en la Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico, en su artículo 21, solicitamos también su consentimiento expreso para enviarle información por correo electrónico o por cualquier otro medio de comunicación electrónica equivalente, que consideremos puedan ser de su interés.

He leído y acepto recibir publicidad o información promocional de PREVISORA GENERAL

He leído y no acepto recibir publicidad o información promocional de PREVISORA GENERAL

Podrá dirigirse a la Autoridad de Control competente para presentar la reclamación que considere oportuna.

Finalmente, PREVISORA GENERAL informa que con la firma del presente documento otorga el consentimiento explícito para el tratamiento de los datos mencionados anteriormente.

Fdo. El Tomador