

Seguro de ACCIDENTES

Documento de información sobre el producto de seguro

Empresa: Mútua de Terrassa, Mutualitat de Previsió Social

Nº registro DGA: 17



l'Asseguradora
Mútua Terrassa

Producto: ACCIDENTES COLECTIVOS

Este documento contiene una descripción de las principales características del producto. La información precontractual y contractual completa relativa al seguro se facilita en otros documentos, como la solicitud, el documento de asociación y reglamentos del producto, y que regulan la relación entre las partes.

¿En qué consiste este tipo de seguro?

Es un seguro que garantiza un capital asegurado por contingencias a causa de accidente, como la muerte, la incapacidad permanente parcial y así como, la asistencia sanitaria.



¿Qué se asegura?

- ✓ Muerte por accidente con o sin in-itinere.
- ✓ Incapacidad Permanente Parcial por accidente con o sin in-itinere.
- ✓ Asistencia Sanitaria por accidente con o sin in-itinere.
- ✓ Asistencia Sanitaria por accidente con o sin in-itinere, gastos de rescate i traslado*.

* Exclusivamente para Turismo Activo.

El detalle completo de las coberturas incluidas queda especificado en los Reglamentos de los Productos.



¿Qué no está asegurado?

- ✗ Quedan excluidos los siniestros ocurridos durante la práctica de una actividad no incluida en el documento de asociación.
- ✗ Cualquier proceso o alteración del estado de salud en que la única manifestación sea el dolor, y en general cualquier limitación funcional, que no sea clínicamente comprobable por pruebas complementarias, así como las enfermedades reumáticas, las lumbalgias, las cervicalgias, dorsalgias, gonalgias, artritis, artrosis, hernias, varices, callos, resfriados, tendinitis, contracturas, esguinces, sobreesfuerzos, y en general cualquier lesión muscular o articular producida por esfuerzos realizados de forma constante y reiterada o que deriven un proceso degenerativo o que no sean consecuencia directa de un accidente con evidencia de patología traumática aguda.
- ✗ No tendrán derecho a cobertura, los asegurados en situación de baja médica por enfermedad o accidente o en proceso de trámite de cualquier tipo de invalidez.

El detalle completo de las coberturas excluidas queda especificado en los Reglamentos de los Productos.



¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

- ! En caso de siniestro cubierto por el contrato, la Mutualidad asumirá, hasta el límite de indemnización máxima suscrita, establecido en el documento de asociación y por un periodo máximo de 365 días desde la fecha de ocurrencia del mismo.
- ! Para la prestación muerte por accidente, en el caso de menores de 14 años, el capital asegurado se destinará para cubrir los gastos de sepelio y traslado del difunto.
- ! Una vez finalizada la primera urgencia de la asistencia sanitaria y si fuera necesario continuar con el proceso de curación, la Mutualidad se hará cargo de los gastos no urgentes hasta un máximo de 1.000 €. El importe conjunto de los gastos de primera urgencia y los no urgentes no podrá superar el capital indicado en el documento de asociación*.

* Exclusivamente para Turismo Activo.

El detalle completo de las restricciones queda especificado en los Reglamentos de los Productos, el General y el documento de asociación.



¿Dónde estoy cubierto?

- ✓ El ámbito territorial del seguro es en el territorio español.



¿Cuáles son mis obligaciones?

- Devolver firmado el contrato a la Mutualidad y abonar el precio del seguro.
- Facilitar los datos referentes al número de asegurados de forma periódica en función de la duración de la póliza, así como, comunicar cualquier variación de asegurados.
- Comunicar a la Mutualidad cualquier modificación de la actividad que pueda influir con la valoración del riesgo.
- Comunicar a la Mutualidad la ocurrencia del siniestro en el plazo máximo indicado en Reglamento, aportando la documentación que la Mutualidad considere necesaria sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.



¿Cuándo y cómo tengo que efectuar los pagos?

Periodicidad de pago: la cuota es anual, a pesar de que se puede fraccionar de forma semestral, trimestral o mensual. El fraccionamiento no libera de la obligación de abonar la totalidad de la cuota.

Forma de pago: domiciliación bancaria, en la cuenta designada por el solicitante.

El primer pago se realizará en el momento de la contratación y los sucesivos días 1 de cada periodo.

En caso de duración temporal, la cuota es única y el pago se realiza en el momento de la contratación.



¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

Fecha de inicio: una vez pagado el primer recibo y firmado el contrato, empezará en la fecha acordada por las partes, que constará en el contrato.

Fecha de finalización: se indica en el documento de asociación.

Renovación: automática por anualidades. No es de aplicación para las pólizas de duración temporal.



¿Cómo puedo rescindir el contrato?

El mutualista podrá rescindir el contrato, oponiéndose a la prórroga, mediante notificación escrita y firmada a la Mutualidad, con un mínimo de un mes de anticipación a la finalización del periodo del seguro en curso.



Accidentes Colectivos



Reglamento Accidentes Colectivos

CONTINGENCIAS CUBIERTAS

Artículo 1. Objeto

La Mutualidad se obliga a cubrir en caso de **accidentes derivados del riesgo asegurado** y dentro de los límites establecidos y de acuerdo con el Documento de Asociación y de los Reglamentos correspondientes, las siguientes prestaciones

- Muerte
- Invalidez permanente
- Asistencia sanitaria, rescate y traslado

La cobertura es exclusiva para accidentes ocurridos por la práctica efectiva de la actividad declarada en el Documento de Asociación.

Artículo 2. Definiciones

Además de las definiciones incluidas en el Reglamento General son aplicables las siguientes:

Accidentes durante el desplazamiento: Traslado del asegurado desde su domicilio hasta dónde se desarrolla la actividad objeto de seguro, y el retorno a su domicilio.

Artículo 3. Riesgo asegurado

Se entiende como riesgo asegurado la realización de las actividades especificadas en el Documento de Asociación, siempre que se realicen en un entorno de calidad y cumplimiento de la legislación vigente.

La cobertura se inicia en el momento en que el asegurado se encuentra en la zona previa o de preparación a la actividad a realizar y finaliza al concluir dicha actividad. **No quedan cubiertos los accidentes que el participante puede tener en el establecimiento del mutualista antes o después de la propia actividad.** En caso de que se indique expresamente en el Documento de Asociación, tendrán cobertura los accidentes que sufra durante el desplazamiento desde su domicilio hasta dónde se desarrolle la actividad objeto de seguro, y el retorno a su domicilio.

En caso de que con motivo de la realización de las actividades cubiertas los participantes pernocten fuera de su domicilio habitual, estas quedaran cubiertas siempre que la pernocta se realice en edificios, casas o instalaciones habilitadas para esta finalidad, según la normativa vigente y se indique pernocta en el Documento de Asociación.

Artículo 4. Mutualista o Tomador del Seguro

Podrán suscribir el presente seguro las personas físicas o jurídicas que organicen las actividades indicadas en el Documento de Asociación

Artículo 5. Asegurados

Serán asegurados las personas físicas que, indicadas en el Documento de Asociación en el momento de contratar la póliza cumplan con los siguientes requisitos:

1. Ser menor de 65 años de edad.
2. Tener más de 14 años de edad para la cobertura de muerte accidental. En caso de edad inferior a los 14 años, la cobertura consistirá en un capital que se indicará en el Documento de Asociación destinado a cubrir los gastos de sepelio y traslado del fallecido.
3. No sufrir enfermedades del tipo: demencia, ceguera o fuerte miopía (más de 10 dioptrías en cualquiera de los dos ojos), parálisis, alienación mental, sordera, secuelas de lesiones neurológicas, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, SIDA y/o VIH positivo, enfermedades de la médula espinal, sífilis, apnea del sueño, encefalitis letárgica, y en general, de cualquier lesión, enfermedad o minusvalía física o psíquica que según la Mutualidad disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.
4. No estar legalmente incapacitado para la contratación del seguro o para cualquier actividad laboral o profesional.

Si incumple cualquiera de los requisitos anteriores, la cobertura del asegurado se considera nula desde el momento en que se tenga constancia, y la Mutualidad tendrá que restituir la parte de prima no devengada a partir de la fecha en que reciba la notificación de este estado.

No tendrán la condición de asegurados los empleados y personal dependiente del Mutualista.

Los asegurados declarados en póliza estarán cubiertos durante el periodo que se indique en el Documento de Asociación mientras se estén realizando las actividades declaradas en dicho Documento de Asociación.

La identificación de los asegurados en el Documento de Asociación se podrá hacer de forma nominada o innominada.

Administración innominada

Con esta administración no se requerirán los datos personales de los Asegurados al inicio del contrato y se emitirán los suplementos de renovación y regularización, para cada uno de los Grupos de Riesgo de la Póliza en la que se define el vínculo

Se comunicará el número de personas que, de forma inequívoca y comprobable, determinen la condición de pertenecer al colectivo asegurado.

El Mutualista deberá proporcionar los datos relativos al número de asegurados de forma periódica en función de la duración de la póliza. La Mutualidad emitirá el suplemento correspondiente, emitiendo el recibo correspondiente a la proporción de cuota o extorno, según corresponda.

El Mutualista deberá notificar a la Mutualidad las variaciones de asegurados a través de relaciones, boletines de adhesión o archivos informáticos que contengan los datos necesarios para la emisión o modificación del contrato.

La declaración incorrecta o incompleta del número de participantes inscritos y de la actividad cubierta por parte del Tomador del Seguro, en relación con la cobertura otorgada por Mutua Terrassa, podrían causar la nulidad del seguro, con la consiguiente pérdida de indemnización de las lesiones y sus consecuencias, así como los gastos generados en el siniestro. El Mutualista tiene la obligación de llevar el control de los participantes en la actividad asegurada, a través de un Libro de Registro, o cualquier otro método contrastable, en el que se recopilen claramente los datos personales de los asegurados. Este registro estará a disposición de la Mutualidad para cuando ésta lo considere necesario.

Administración nominada

Con esta administración se requerirán los datos personales de cada asegurado incluidos en cada uno de los Grupos de riesgo de la póliza en el que se define el vínculo con anterioridad a la formalización de la póliza y se emitirán los suplementos de renovación y regularización.

La relación nominal de asegurados debe incluir los siguientes detalles:

- Nombre y apellido
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Nif
- Fecha de realización de la actividad
- Actividad

Cualquier fraude, ocultación o falta intencionada en la declaración por parte de un participante de la actividad asegurada, si es desconocida por el Tomador del Seguro, tanto en la solicitud en la que se ha basado este seguro, o en cualquier otro asunto que afecte a este seguro o que esté en conexión con una relación posterior, causará la nulidad del seguro e invalidará la cobertura al asegurado en cuestión.

Artículo 6. Beneficiarios

Serán beneficiarios, las personas practicantes de las actividades incluidas en el riesgo asegurado o sus herederos legales en caso de defunción.

Artículo 7. Cuantía a suscribir

El mutualista podrá suscribir la indemnización por la cuantía que crea conveniente hasta el máximo establecido por los Órganos de Gobierno de la Mutualidad de acuerdo con la legislación vigente en cada momento, que deberá figurar en el Documento de Asociación. Salvo indicación expresa en dicho documento el cúmulo máximo en un mismo siniestro es de 10 asegurados.

Artículo 8. Ámbito territorial

El contrato de seguro tiene validez, tanto para la actividad realizada como la prestación a percibir, exclusivamente dentro los límites del territorio español.

Artículo 9. Condiciones de la actividad

El Mutualista ha de disponer de la autorización necesaria para la realización de las actividades cubiertas, y dar cumplimiento a la normativa vigente en materia de seguridad, personal técnico, equipo, materiales y vigilancia de las condiciones de aptitud de las personas practicantes.

Artículo 10. Coberturas aseguradas

En caso de accidente cubierto por el contrato la Mutualidad asumirá, hasta el límite de la indemnización máxima suscrita, establecido en el certificado de condiciones particulares y por un período máximo de 365 días desde la fecha del accidente, las siguientes prestaciones:

a) Muerte por accidente

En caso de defunción por accidente la Mutualidad abonará la indemnización por la cuantía suscrita. Para los menores de 14 años, en caso de muerte sólo se cubrirán los gastos del sepelio hasta el capital máximo suscrito.

La indemnización prevista para el supuesto de defunción causada por accidente será satisfecha, tanto si la defunción ocurre inmediatamente al accidente como si se produce, por causa de éste, dentro del plazo de un año después de sucedido.

Serán beneficiarios de la indemnización que corresponda satisfacer por defunción, las personas designadas por la persona practicante de la actividad. Si no existiera designación expresa o el beneficiario o los beneficiarios hubieran fallecido previamente, la Mutualidad reconocerá el derecho a percibir la indemnización a la persona o personas que justifiquen ser los herederos legales, testamentarios o intestados, hasta cuarto grado.

Los pagos que se hubieran podido hacer en concepto de invalidez producida por accidente, que después hubiese sido causa de la defunción de la persona practicante de la actividad, se considerarán a cuenta de la indemnización a satisfacer por la defunción y se deducirán de ésta, al practicar la liquidación, hasta donde alcance.

b) Invalidez permanente por accidente

La indemnización prevista para el supuesto de invalidez causada por accidente será satisfecha, tanto si ocurre inmediatamente al accidente como si se produce, por causa de éste, dentro del plazo de un año después de sucedido.

La indemnización a satisfacer en caso de invalidez permanente parcial guardará proporción con la correspondiente a la permanente y absoluta, según el grado de invalidez que padezca el asegurado establecido de acuerdo con las categorías y coeficientes de invalidez que figuren en el Baremo.

La calificación de los grados de invalidez del mencionado Baremo y el derecho a la prestación se atenderá, además a las siguientes normas reglamentarias:

1. La lesión medular como consecuencia de un accidente indemnizable se considera como invalidez y será clasificada por analogía en la categoría que corresponda entre las lesiones enumeradas en el Baremo.
2. La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es equivalente a la pérdida orgánica del mismo.
3. Para las personas que sean zurdas, se considerará modificado el Baremo, estimándose como “izquierdos” los miembros “derechos” y viceversa. Deberá demostrarse fehacientemente dicha situación.
4. Cuando la pérdida o inutilización de un miembro u órgano de los indicados sea tan solo parcial, se fijará el grado de invalidez deduciendo la tasación en igual proporción sobre el porcentaje señalado en la categoría correspondiente.
5. Cuando el asegurado resulte, por un mismo accidente, con diversas pérdidas o inutilizaciones, la indemnización total se calculará por acumulación de los porcentajes establecidos para éstas, sin que el importe conjunto exceda en ningún caso de la garantizada para la primera categoría.
6. Si el asegurado presentaba defectos corporales con anterioridad al accidente, éstos no se tendrán en cuenta para incrementar el grado de invalidez que habría resultado si, antes del accidente, hubiese sido una persona normal desde el punto de vista de la integridad corporal.
7. Las lesiones o dolencias no especificadas en el Baremo no causarán derecho a indemnización.
8. La Mutualidad fijará el grado de invalidez cuando el estado del asegurado sea reconocido como definitivo; pero esta determinación se hará siempre dentro del año a computar desde la fecha del accidente.
9. Una vez fijado el grado de invalidez, la Mutualidad, satisfará la indemnización que corresponda al propio asegurado o a la persona que legalmente le represente.

c) Asistencia médica, rescate y traslado por accidente

La Mutualidad se hará cargo, dentro del plazo de un año desde la fecha de ocurrencia del accidente, de:

1. Gastos de primera urgencia

- 1.1. Comprenderán la asistencia sanitaria recibida en el lugar del accidente y en el centro clínico asistencial próximo al que urgentemente haya sido trasladado el asegurado, en concepto de:
 - 1.1.1. Asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica en régimen hospitalario.
 - 1.1.2. Hospitalización.
 - 1.1.3. Adquisición e implantación de la primera prótesis quirúrgica interna y material de osteosíntesis, en régimen hospitalario.

Estas actuaciones médicas solo pueden darse en caso de necesidad urgente y justificada por razones médicas; en el caso de que la atención a las lesiones producidas no requiera inmediatez, no tendrán derecho a esta cobertura.

- 1.2. Gastos de rescate y traslado en caso de necesidad urgente y justificada por razones médicas, desde el lugar del accidente hasta el centro clínico asistencial más próximo, así como el traslado a otro centro asistencial más adecuado, y hasta el límite máximo de 100 km. y dentro del territorio español.

No quedará cubierto cualquier traslado o desplazamiento diferente al detallado en el apartado anterior, especialmente aquel que sea motivado por la voluntad expresa del asegurado.

Para tener derecho a la prestación, se deberá comunicar el siniestro en el plazo máximo de 8 días desde la fecha de ocurrencia del accidente, y deberá seguirse el procedimiento de actuación en caso de siniestro, así como utilizar los servicios autorizados por la Mutualidad.

La asistencia médica deberá efectuarse por facultativos aceptados expresamente por la Mutualidad.

No obstante, la Mutualidad abonará íntegramente y hasta el máximo suscrito los gastos que deriven de la asistencia de urgencia vital o primeros auxilios, con independencia de quién los preste.

Los gastos de primera urgencia finalizan cuando el asegurado haya sido dado de alta en el centro clínico asistencia en que haya sido atendido y pueda regresar a su residencia habitual o a un centro médico próximo a la misma donde proseguirá el proceso de curación si fuera necesario.

2. Gastos no urgentes

Una vez finalizada la cobertura indicada en el punto anterior y si fuera necesario seguir con el proceso de curación, la Mutualidad se hará cargo exclusivamente de los gastos de asistencia sanitaria, en concepto de:

- 2.1. Asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica en régimen hospitalario.
- 2.2. Hospitalización.
- 2.3. Adquisición e implantación de prótesis quirúrgicas internas y material de osteosíntesis, en régimen hospitalario.
- 2.4. Rehabilitación física (excluida a domicilio), máximo de 20 sesiones.
- 2.5. Gastos odontológicos, con un sublímite máximo de 300 euros. Los actos cubiertos serían curas, extracciones y reimplantación de piezas, excluido prótesis, implantes, tratamientos de odontología conservadora y preventiva, también excluidos tratamientos estéticos y de ortodoncia o de cualquier otra índole.

El importe conjunto de los gastos de primera urgencia y gastos no urgentes no podrá superar en ningún caso el capital indicado en el Documento de Asociación para la prestación de Asistencia Médica, Rescate y Traslado por Accidente.

Queda excluido cualquier material ortopédico, así como alquiler de elementos auxiliares.

Para tener derecho a la prestación, se deberá comunicar el siniestro en el plazo máximo de 8 días desde la fecha de ocurrencia del accidente, y deberá seguirse el procedimiento de actuación en caso de siniestro, así como utilizar los servicios autorizados por la Mutualidad.

La asistencia médica deberá efectuarse por los facultativos que formen parte del Cuadro Médico de la Mutualidad. En caso contrario la Mutualidad sólo se hará cargo en caso de urgencia vital.

Artículo 11. Extinción de la prestación

Quedará extinguida la prestación en los siguientes supuestos:

- a) Por la baja en la prestación.
- b) Por incumplimiento de la normativa vigente para la realización de la actividad.
- c) Cualesquiera de las causas que se establecen en los Estatutos y Reglamentos de la Mutualidad.

Artículo 12. Exclusiones

Además de las exclusiones detalladas en el Reglamento General, en este reglamento son aplicables las siguientes:

En contra de lo indicado en dicho Reglamento, se aceptan los siniestros sobrevenidos como consecuencia de:

- La utilización como conductor (siempre que se disponga de la correspondiente licencia o permiso si fuera necesario) u ocupante de vehículos terrestres a motor, y como pasajero o tripulante de cualquier medio de navegación aérea o marítima no autorizado para el transporte público de viajeros siempre que forme parte de las actividades amparadas por el contrato.
- La práctica, como aficionado y siempre que formen parte de las actividades físico-deportivas en medio natural que sean objeto de cobertura.

En caso de prestación del servicio en situaciones excluidas, aunque sea por urgencia vital o por cualquier otro motivo, la Mutualidad tiene el derecho de recuperar los gastos ocasionados.

Quedan excluidos los siniestros ocurridos en la realización de una actividad determinada cuando el participante se dedique profesionalmente (parcial o totalmente) a dicha actividad, así como los siniestros ocurridos durante la práctica de una actividad no incluida en el Documento de Asociación.

Quedan excluidos los deportistas federados y/o profesionales, árbitros, así como la participación en eventos organizados por Federaciones Deportivas y Organismos similares.

Se hace expresamente constar que no tendrán derecho a cobertura, los asegurados en situación de baja médica por enfermedad o accidente, en proceso de trámite de cualquier tipo de invalidez o con defecto físico, disminución funcional o minusvalía de fecha de inicio u ocurrencia anterior a la fecha de efecto de la póliza, y

que no hayan sido comunicados a la Mutualidad y aceptados expresamente por esta.

Quedan excluidas las patologías degenerativas y las que, aun estando latentes, se manifiesten de forma repentina después de la ocurrencia del accidente.

Cualquier proceso o alteración del estado de salud en que la única manifestación sea el dolor, y en general cualquier limitación funcional, que no sea clínicamente comprobable por pruebas complementarias, así como enfermedades reumáticas, las lumbalgias, las cervicalgias, dorsalgias, gonalgias, artritis, artrosis, hernias, varices, duricias, enfriamientos, tendinitis, contracturas, esguinces, sobreesfuerzos, y en general cualquier lesión muscular o articular producida por esfuerzos realizados de forma constante y reiterada o que deriven en un proceso degenerativo o que no sean consecuencia directa de un accidente con evidencia de patología traumática aguda.

Los gastos de cualquier tipo de prótesis externa, gafas y lentes de contacto. También estarán excluidos los gastos hospitalarios por el uso de servicios ajenos a la atención médica y hospitalaria, como el teléfono, televisión, etc., y los productos farmacéuticos. Así como los gastos de viaje o desplazamientos en general.

La utilización como conductor u ocupante de motocicletas o ciclomotores, y como pasajero o tripulante de cualquier medio de navegación aérea o marítima no autorizado para el transporte público de viajeros.

Las personas mayores de 70 años, excepto que se haya comunicado en tiempo y forma y se haya aceptado por parte de la aseguradora.

Quedan expresamente excluidos los accidentes como consecuencia de la práctica del Heliesquí.

PRESTACIONES

Procedimiento de actuación en caso de siniestro

Artículo 13. Comunicación

Para la prestación de asistencia sanitaria el asegurado o el mutualista comunicarán directamente el siniestro a la Mutualidad a través del número de teléfono indicado en el Documento de Asociación. Aceptado el siniestro, la Mutualidad proporcionará las autorizaciones al prestador del servicio de asistencia sanitaria, rescate o traslado al centro sanitario más adecuado.

En caso de defunción o invalidez, el asegurado o el beneficiario en su caso, deberá comunicar a la Mutualidad el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de siete días, contado a partir de la fecha en que fuese conocido.

Artículo 14. Documentación

El Beneficiario ha tendrá que aportar a su cargo la siguiente documentación:

1. En caso de defunción:
 - a. Certificado literal de defunción expedido por el Registro Civil.
 - b. Informe médico o certificado oficial en el que se precise la naturaleza, causa, circunstancias, lesiones sufridas y las consecuencias tenidas o previsibles.
 - c. NIF de los beneficiarios.
 - d. Si procede, documento acreditativo legal de su identidad de Beneficiario.
 - e. Si procede, certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades; copia del último testamento del asegurado o acta de declaración de herederos abintestato.
 - f. Si procede, información de la autoridad policial o judicial que interviniera en el hecho.
 - g. Si procede, justificación legal conforme se ha hecho el pago del Impuesto de Sucesiones y Donaciones que para el Seguro pueda corresponder, o bien a su exención.
2. En caso de invalidez del asegurado:
 - a. En caso de Incapacidad Permanente, resolución en firme por la Comisión de Evaluación, nacional o autonómica, o por el Organismo Oficial autorizado.
 - b. Informe del centro sanitario donde esté ingresado en el cual se detallen las intervenciones practicadas, las lesiones causadas para el accidente y pronóstico de las mismas.
 - c. N.I.F. del beneficiario.
 - d. Información de la autoridad policial o judicial que interviniera en el hecho.
 - e. El Socio Mutualista tendrá que acreditar la pertinencia del Asegurado al colectivo asegurado, en los casos de que, en el

Documento de Asociación no conste la relación nominal de asegurados.

El facultativo designado por la Mutualidad, en base a la información facilitada y los reconocimientos que consideren oportunos, determinará el grado de incapacidad.

En caso de que no existiera acuerdo sobre el grado de incapacidad, se procederá a solventar las diferencias mediante peritos médicos, según lo establecido en la Ley de Contrato de Seguros.

3. En caso de Asistencia sanitaria, rescate y/o traslado, si estos gastos pudieran incumbir a cualquier tercera persona, organismo de seguros u otros, la Mutualidad sólo tendrá que hacerse cargo, dentro de sus propios límites, a la parte de los gastos que quedaran a cargo del Asegurado. La Mutualidad se reserva el derecho de verificar, la naturaleza y grado de las lesiones sobrevenidas al Asegurado.

En caso de que se haya contratado la aplicación de una franquicia para la cobertura de reembolso de gastos sanitarios, serán a cargo del Asegurado los primeros gastos de curación hasta el importe de ésta.

La Mutualidad podrá solicitar otro tipo de información o pruebas complementarias, que permitan valorar el hecho causante de la prestación. El Asegurado podrá autorizar a sus médicos a facilitar información referente al accidente que haya sido causa directa o indirecta del siniestro.

La comprobación y determinación se efectuará por la Mutualidad una vez recibida la documentación establecida en este reglamento.

Se dará cobertura siempre que la Incapacidad Permanente sea consecuencia directa del accidente, y deberá producirse dentro de los dos años a partir de la fecha en que sufrió la lesión, siempre y cuando el accidente se haya producido durante la vigencia del contrato y la persona incapacitada conste como asegurada en el momento de declaración de incapacidad.

La muerte del Asegurado, causada dolosamente por el Beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, y esta quedará integrada en el Fondo Social de la Mutualidad.

Las prestaciones se pagarán en el domicilio de la Mutualidad al Beneficiario designado, en el plazo máximo de 15 días de que obre en poder de la Mutualidad la documentación completa.

Artículo 15. Liquidación

La comprobación, determinación y liquidación del siniestro se efectuará por la Mutualidad una vez recibidos todos los documentos acreditativos del mismo. La Mutualidad podrá solicitar cuantos documentos, certificados o revisiones médicas crea conveniente para su correcta valoración. Si cualquier persona interesada se opusiera a las revisiones, la Mutualidad queda liberada del pago de la prestación.

Artículo 16. Pago y cese de la prestación

Una vez aceptada la liquidación, la Mutualidad abonará la indemnización en la cuantía y modalidad especificadas o consignará la prestación garantizada y, en cualquier caso, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro. Si la Mutualidad incurriese en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización de daños y perjuicios se ajustará a las reglas legalmente establecidas.

Artículo 17. Baremo de categorías y coeficientes determinantes del grado de invalidez

Primera categoría - Coeficiente 100%

Pérdida de ambos brazos o de ambas manos; de ambas piernas o de los pies; de un brazo y de una pierna; de una mano y de un pie. Ceguera absoluta. Parálisis completa. Alienación mental incurable y absoluta.

Segunda categoría - Coeficiente 75%

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

Tercera categoría - Coeficiente 60%

Amputación o pérdida definitiva del brazo o de la mano derechos.

Cuarta categoría - Coeficiente 50%

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

Quinta categoría - Coeficiente 30%

Pérdida completa de la visión de un ojo, con o sin ablación de este. Reducción de la mitad de la visión binocular. Ablación de la mandíbula inferior. Mutilaciones extensas de ambos maxilares y de la nariz. Pseudoartrosis de húmero, como consecuencia de gran pérdida de sustancia ósea. Codo bailante o luxación irreducible del mismo. Anquilosis del codo en posición

defectuosa. Fractura no consolidada de un brazo. Amputación de cuatro dedos de una mano, salvo el pulgar. Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos. Parálisis extensa de un miembro superior. Rodilla anquilosada en posición defectuosa. Fístula gástrica o estercorácea.

Sexta categoría - Coeficiente 20%

Pérdida del movimiento del hombro o luxación irreducible del mismo. Pérdida completa del movimiento de la cadera. Tobillo o garganta del pie bailante. Pseudoartrosis de los huesos del antebrazo. Anquilosis del codo o de la rodilla en buena posición. Amputación del pulgar derecho.

Séptima categoría - Coeficiente 15%

Amputación total del pulgar izquierdo. Amputación total de uno de los índices o de los otros tres dedos de una mano o del dedo gordo o de los cuatro dedos de un pie. Acortamiento de un miembro inferior. Grandes pérdidas de sustancia ósea en las paredes craneanas. Fístula pleural. Fístula o cualquier otra lesión del aparato urinario. Sordera completa o definitiva de un oído.

Octava categoría - Coeficiente 10%

Amputación o pérdida completa de uno o dos dedos de la mano; o de dos o tres dedos de un pie; o de una falange del pulgar; o de cuatro falanges del resto de los dedos de la mano. Pseudoartrosis completa del movimiento del tobillo o de la garganta del pie. Pseudoartrosis de uno de los huesos del antebrazo. Acortamiento menor de cinco centímetros y superior a un centímetro de cualquiera de los dos miembros inferiores.



Reglamento General



El presente Reglamento contiene las condiciones comunes y aplicables en la relación entre la mutualidad y el mutualista y/o los asegurados adheridos contrato, y complementa a las normas específicas de los Reglamentos de cada prestación o conjunto de coberturas contratadas.

REGULACIÓN LEGAL

El presente Reglamento debe ser interpretado y aplicado de conformidad con los Estatutos sociales de la Mutualidad así como la siguiente normativa:

Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Compañías de Seguros y Reaseguros.
Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación Supervisión y Solvencia de Las Compañías de Seguros y Reaseguros. Y al resto de las disposiciones vigentes y complementarias en materia de organización y supervisión.

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en adelante la Ley, y las disposiciones que la modifican o amplían.

Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por lo que incorpora al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en sectores determinados; seguro privado; planes de pensiones y fondos; asuntos fiscales y litigios fiscales.

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de dichos datos.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Garantía de Derechos Digitales.

Ley 10/2003, de 13 de junio, de la Generalitat de Cataluña, sobre Mutualidades de previsión social.
Reglamento de las Mutualidades de previsión social aprobado por el Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre.

Ley 6/2020, de 11 de noviembre, reguladora de determinados aspectos de los servicios electrónicos de confianza.

Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios al cliente y el defensor del cliente de las instituciones financieras.

El control y supervisión de Mutua Terrassa, MPS corresponde a la Dirección General de Política Financiera, Seguros y Tesorería, del Departamento de la Vicepresidencia y de Economía y Hacienda de la Generalitat de Cataluña.

Artículo 1.- DEFINICIONES

A los efectos de este contrato, el objetivo de este contrato será:

Accidente

Lesión corporal a la deriva de una causa violenta, repentina y externa no relacionada con la intención del Asegurado.

Acto médico

Asistencia sanitaria realizada por médicos legalmente autorizados por el organismo médico competente.

Actividad físico-deportiva en el medio natural

Actividad de carácter deportivo, de aventura o cultural, con fines recreativos y de ocio, que se practica utilizando básicamente los recursos que ofrece la propia naturaleza en el entorno que se desarrolla y al que es inherente al factor de riesgo y a un cierto grado de destreza de aptitud para su práctica.

Ambulancia

Transporte especial de pacientes o personas lesionadas en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Situación de emergencia que implique riesgo vital o daño irreparable a la salud del interesado y, por lo tanto, ordene o determine el médico correspondiente.
- La imposibilidad física del interesado u otras causas médicas que, a juicio del facultativo, le impidan utilizar el transporte ordinario para trasladarse a un centro de salud o a su domicilio después de recibir la atención sanitaria correspondiente.

Asegurado

Persona o personas físicas designadas en el Documento de Asociación que estén expuestas en las contingencias cubiertas.

Asistencia

Prestación de servicios médicos realizados por médicos legalmente autorizados por el organismo médico competente, destinados a atender y/o garantizar la salud del sujeto protegido.

Atención médica extrahospitalaria

Prestación de servicios médicos diagnósticos y/o terapéuticos en régimen ambulatorio que se realice en consultorios médicos, y/o en un hospital o clínica sin pernoctación y que genere una estancia de menos de 24 horas. (por ejemplo, caja de emergencia, hospital de día, etc.)

Baremo

Lista de procedimientos o actos médicos y quirúrgicos con su valoración económica, sólo aplicables para

determinar el importe de la indemnización que puedan derivarse de los mismos.

Beneficiario

Persona física o jurídica que debe recibir la prestación asegurada. En caso de ausencia de designación específica, los herederos legales del Asegurado lo serán.

Anticipo

Pago anticipado por adelantado o antes de la hora establecida.

Carencia

Período de tiempo durante el cual no entran en vigor las garantías especificadas en el Documento de Asociación.

Contrato

Este es el conjunto de los siguientes documentos:

- **Solicitud Cuestionario**
- Es el formulario de preguntas proporcionado por la Mutuality, en el que Mutualista y/o Asegurado proporciona la información para la descripción del riesgo que se desea asegurar y las circunstancias para ellos conocidas que pueden influir en su valoración.
- **Reglamento**
Normas Regulatorias que rigen las contingencias cubiertas y las prestaciones garantizadas.
- **Documento de Asociación**
Documento que recoge los datos que individualizan y personalizan el contrato e incorpora las cláusulas que deseen incluir a las partes contratantes.

Centros concertados o Cuadro Médico

Conjunto de médicos y centros hospitalarios concertados por la Mutuality y detallados en la guía médica del producto.

Centros no concertados

Conjunto de médicos y hospitales no concertados por la Mutuality.

Fecha de efecto

Primer día de cobertura para la contingencia asegurada.

Fecha del siniestro

Aquella en que se ha producido la eventualidad prevista y garantizada en el Documento de Asociación y que necesariamente debe derivarse de un accidente ocurrido o de una enfermedad manifestada estando en vigor el contrato de seguro.

Fecha de vencimiento

El último día de cobertura para la contingencia asegurada.

Hospitalización

Permanencia de la persona asegurada en un hospital o clínica como paciente, pernoctando en el centro.

Franquicia

Importe de cada siniestro que correrá a cargo del Asegurado.

Gran invalidez

Situación de discapacidad permanente y absoluta que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, requiere de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida, como comer, moverse, vestirse, etc.

Hospital o Clínica

Cualquier establecimiento público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades, lesiones o accidentes, que tenga presencia médica permanente y los medios necesarios para llevar a cabo intervenciones quirúrgicas y de diagnóstico.

Incapacidad Permanente Absoluta

Situación física derivada de una contingencia cubierta, que mantiene al Asegurado en condiciones que le inhabilitan totalmente, y de forma permanente y absoluta, para llevar a cabo toda actividad laboral o profesional.

Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual

Situación física derivada de una contingencia cubierta, que mantiene al Asegurado en condiciones que lo inhabilitan totalmente, y permanentemente, para llevar a cabo su actividad laboral o profesional, o una actividad similar propia de su formación y conocimientos profesionales.

Incapacidad permanente parcial por accidente

Pérdida anatómica o funcional que produce consecuencias físicas permanentes e irreversibles en el Asegurado como resultado directo de un accidente y que aparecen en la escala de coeficientes.

Incapacidad temporal

Situación derivada de una contingencia cubierta, que mantiene al Asegurado en condiciones físicas que le inhabilitan totalmente, y temporalmente, para la realización de su trabajo o actividad profesional.

Infarto de miocardio

Ataque cardíaco causado por necrosis de parte del miocardio como resultado de un flujo sanguíneo insuficiente. El diagnóstico debe ser inequívoco y documentado por un informe médico completo o una autopsia. A los efectos de este contrato se considerará un accidente, el infarto se produce en el lugar de trabajo.

Intervención Quirúrgica

Intervención con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada a través de cirugía realizada por un médico especialista competente en un centro autorizado (hospitalario o extra-hospitalario) y generalmente requiere el uso de una sala específica equipada con el equipo necesario.

Lesión

Alteración patológica que ocurre en un tejido u órgano sano e implica daño anatómico o fisiológico, es decir, una alteración de la integridad física o equilibrio funcional.

Enfermedad

Alteración del estado fisiológico de la salud, por razones generalmente conocidas, que se manifiesta por síntomas y signos y que requiere asistencia médica. Su diagnóstico y confirmación deben ser realizados por un médico legalmente reconocido.

Enfermedad, defecto o lesión congénita

Es aquella enfermedad, defecto o lesión que existe en el momento del nacimiento, como resultado de factores o condiciones hereditarias adquiridas durante el embarazo hasta el momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del individuo.

Enfermedad, defecto o lesión preexistente

Es aquella enfermedad, defecto o lesión que puede causar sintomatología obvia o sospecha razonable de la preexistencia de la enfermedad, defecto o lesión, antes de la fecha de constitución del Asegurado a la Mutualidad.

Material de osteosíntesis

Piezas de cualquier naturaleza utilizadas para la unión de los extremos de un hueso fracturado o para soldar extremos articulares.

Material ortopédico

Piezas anatómicas externas de cualquier naturaleza utilizadas para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo.

Médico

Doctor o Licenciado en Medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar enfermedades o lesiones médica y quirúrgicamente.

Mutualidad

Mutua de Terrassa, Mutualidad de Previsión Social, entidad que recibe las cuotas y se hace cargo de las prestaciones.

Prestación

Indemnización o servicio otorgado por la Mutualidad en caso de ocurrencia de la contingencia cubierta.

Prótesis

Cualquier elemento de cualquier naturaleza que reemplace temporal o permanentemente la falta de un órgano, tejido, líquido orgánico, miembro o parte de ellos. Por ejemplo, tienen esta consideración los elementos mecánicos o biológicos como piezas de repuesto valvulares cardíacas; reemplazos conjuntos; piel sintética; lentes intraoculares; materiales biológicos como la córnea, líquidos, geles y líquidos sintéticos o semisintéticos, reservorios de medicamentos, etc.

Cuota

Precio del Seguro, que incluye los recargos e impuestos legalmente exigibles en todo momento.

Rehabilitación

Conjunto de terapias físicas prescritas por un traumatólogo, neurólogo, reumatólogo o rehabilitador, y realizadas por un fisioterapeuta en un centro de rehabilitación específico, destinadas a restituir la funcionalidad de aquellas partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de una enfermedad o accidente causado durante la vigencia del contrato.

Servicios funerarios

Conjunto de elementos y servicios contratados para llevar a cabo el entierro o cremación, de acuerdo con las especificaciones y límites establecidos en el contrato.

Socio Mutualista o Tomador del Seguro

Persona Física o Jurídica que se inscribe en la Mutualidad con todos los derechos y obligaciones establecidos en los Estatutos.

Es la persona que contrata con Mutua de Terrassa Mutualidad de Previsión Social.

Urgencia vital

Situación grave que requiere asistencia inmediata porque el retraso podría causar daños irreparables a la integridad física de la persona protegida.

Valor de rescate

Importe que el Mutualista puede solicitar a la Mutualidad por las prestaciones indicadas en el

reglamento, lo que implicará la extinción de estas coberturas o el contrato.

Artículo 2.- CONTINGENCIAS EXCLUIDAS DE LA COBERTURA

Queda excluido de la cobertura:

- a. Enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerras, terrorismo, movimientos sísmicos, tumultos, riñas (excepto casos probados de defensa legítima), inundaciones, erupciones volcánicas, las causadas por epidemias o pandemias declaradas oficialmente, así como las consecuencias directas e indirectas de reacción a radiación nuclear y cualquier otro fenómeno catastrófico.
- b. Todas las enfermedades, accidentes, lesiones, estados o condiciones de salud, defectos o deformidades congénitas o preexistentes a la inclusión del Asegurado en la póliza (por ejemplo, embarazo o embarazo) incluso si no han sido diagnosticados específicamente y sus consecuencias, a menos que dichas enfermedades hayan sido declaradas por el Asegurado o tomador del seguro a la Mutualidad en la solicitud/cuestionario y hayan sido expresamente aceptadas por esta.
- c. Quedan excluidas las personas aseguradas en situación de baja por enfermedad o accidente, en el proceso de tramitación de cualquier invalidez o defecto físico, disminución funcional o minusvalía con fecha de inicio u ocurrencia previa a la fecha de entrada de la póliza, y que no hayan sido comunicadas a la Mutualidad y hayan sido expresamente aceptadas por esta.
- d. Psicopatías en todas sus características, entendidas como tales desequilibrio psíquico o psicológico, trastorno, de carácter o conductual, incluyendo depresiones de cualquier tipo, grado o condición, endógena, exógena u otra clasificación técnica o médica y, en general, cualquier condición funcional u orgánica de causa psicogénica conocida como enfermedad psicosomática; así como los síntomas, sensaciones de naturaleza imprecisa sin signos de enfermedades.
- e. Enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, deportes federados, participación en apuestas o competiciones, y la práctica como amateur o profesional de actividades de alto riesgo (como la tauromaquia o el cierre de toros bravos) o la práctica de deportes peligrosos, incluyendo entrenamientos (como boxeo, actividades aéreas, navegación o en aguas bravas, puénting, escalada, barranquismo,

espeleología, heli-esquí, esquí y otras actividades de montaña, carreras de vehículos de motor), no consistiendo la enumeración anterior en una lista cerrada, excepto que se acepte expresamente en el Reglamento específico o en el Documento de Adhesión.

- f. Enfermedades o lesiones, así como sus complicaciones y consecuencias del alcoholismo, el tabaquismo, la drogadicción y otras adicciones, los intentos de suicidio, suicidio o mutilación, las autolesiones, los accidentes o enfermedades causados por la mala fe Mutualista, así como también los que pueden considerarse provocados o voluntarios, y los accidentes derivados de actos notoriamente peligrosos no justificados por una necesidad profesional o humanitaria.
- g. Accidentes, enfermedades o estados patológicos causados por la embriaguez, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de características similares, o como resultado de peleas o desafíos, duelo, negligencia o imprudencia del Asegurado. Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación de tráfico, la circulación de vehículos de motor y la seguridad vial, independientemente de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción del vehículo a motor por parte del Asegurado.
- h. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o enfermedades causadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), incluyendo el contagio accidental. Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica.
- i. Visitas médicas, asistencia, pruebas, tratamientos, intervenciones quirúrgicas y hospitalizaciones para la infertilidad, tanto en sexos, (inseminación artificial, fecundación in vitro, impotencia), y la interrupción voluntaria del embarazo, secuelas y pruebas diagnósticas relacionadas con esta interrupción, así como el permiso de paternidad o maternidad.
- j. Los actos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias, a los que el Asegurado es sometido voluntariamente sin la preceptiva indicación médica como los tratamientos exclusivamente estéticos, los implantes dentales para este propósito y tratamientos de esterilidad.
- k. Exámenes médicos, estancias en balnearios, spa y casas de descanso o similares.
- l. Sumisión a tratamientos experimentales o dictados por personas no autorizadas para ejercer la medicina.

- m. Las consecuencias derivadas de los riesgos cubiertos por Consorcio de Compensación de Seguros, tal como se especifica en el artículo 16 de riesgos extraordinarios para las personas.
- n. Conducir vehículos de motor si el Asegurado no tiene el correspondiente permiso de conducir.

Artículo 3. FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO

Para formalizar el contrato, el interesado debe cumplir los siguientes requisitos:

- a) Suscribir la Solicitud de Inscripción.
- b) Rellenar el Cuestionario de Salud. Someterse a los exámenes médicos o cualquier otra medida de selección de riesgos que se considere conveniente. El coste de estos exámenes médicos correrá a cargo de la Mutualidad.
- c) Justificar que cumple con las características que establece el articulado del reglamento de la prestación a suscribir.

Los datos facilitados por el socio Mutualista y el Asegurado han proporcionado en la solicitud y en los cuestionarios, aportan la base de este contrato.

El contrato se perfecciona con el consentimiento, manifestado por la suscripción del Documento de Asociación por ambas partes. La cobertura estipulada y sus modificaciones o adiciones no tienen efecto mientras no se haya realizado el pago del recibo de la cuota, o el primer recibo de cuota fraccionada salvo por acuerdo contrario en el Documento de Asociación, sin perjuicio de los períodos de carencia u otras limitaciones especificadas en los Reglamentos de las previsiones suscritas o en el Documento de Asociación.

En caso de retraso en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones de la Mutualidad comenzarán a las veinticuatro horas del día en que se hayan cumplido.

A partir de la recepción del contrato, y en un plazo de 15 días, el Socio Mutualista tendrá la facultad de rescindirlo, comunicándolo a la Mutualidad por escrito y dentro del plazo establecido. En este caso, finalizará la cobertura del riesgo desde la fecha de comunicación y la Mutualidad procederá a reintegrar la parte de la cuota pagada que exceda de los días en los que efectivamente ha estado en vigor el contrato.

Si el contenido del Documento de Asociación difiere de la solicitud o de las cláusulas acordadas, el Socio Mutualista podrá exigir, en el plazo de un mes a partir

de la entrega del Documento de Asociación, que se subsane la divergencia existente. Una vez transcurrido dicho plazo sin hacer ninguna reclamación, el contrato se considerará totalmente válido.

El contrato se establece por el período de tiempo previsto en el Documento de Asociación.

El contrato puede tener una duración temporal en caso de que la fecha de finalización de la cobertura se establezca en el Documento de Asociación.

El contrato renovable anual se prorrogará automáticamente por períodos anuales en la fecha indicada en el Documento de Asociación. **No obstante, ambas partes contratantes podrán oponerse a la prórroga del contrato, mediante notificación escrita, con un plazo de un mes antes del final del período actual, si es Mutualista quien se opone a la prórroga y dos meses cuando sea la Mutualidad.**

En cualquier caso, de oposición a la prórroga, el Mutualista deberá seguir pagando la cuota a la Mutualidad hasta la expiración del Contrato. La fecha de vencimiento (fin de la anualidad actual o la siguiente) se determinará por el momento de la oposición efectiva en relación con el inevitable período de aviso de un mes.

Artículo 4.- DERECHOS DEL MUTUALISTA O ASEGURADO

1. Los enumerados en los diferentes Reglamentos, el Documento de Asociación y los Estatutos.
2. El Mutualista y/o Asegurado tiene derecho a la confidencialidad de toda la información a la que la Mutualidad pueda tener acceso, relacionada con su estado de salud o enfermedad, y con sus procesos y estancias en centros sanitarios concertados con la Mutualidad.

Artículo 5.- OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL MUTUALISTA O ASEGURADO

1. Pago de la cuota

- a) **Plazo de pago:** El Mutualista está obligado al pago de la cuota en las condiciones establecidas en el Documento de Asociación una vez firmado el documento antes mencionado.
- b) **Lugar de pago:** Si en el Documento de Asociación no se indica ningún lugar para el pago de la cuota, se entenderá que debe hacerse en el domicilio del Mutualista.

- c) **Consecuencia del impago de la primera cuota:** Si por culpa del Mutualista no ha sido pagada la primera cuota, o la cuota única no lo ha sido a su vencimiento, la 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 cualquier caso, si la cuota no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Mutualidad será liberada de su obligación.

- d) **Consecuencias del impago de primas sucesivas:** En caso de falta de pago de la segunda cuota o siguientes, la cobertura de la Mutualidad queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Mutualidad no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la cuota, se entenderá que el contrato queda extinguido. Dicha extinción no impedirá la reclamación de la cuota no pagada en un plazo de cinco años.

Si el Documento de Asociación no ha sido resuelto o extinguido de conformidad con el párrafo anterior, la cobertura vuelve tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Mutualista haya pagado la cuota pendiente. En cualquier caso, la Mutualidad, cuando el Documento de Asociación esté en suspensión, sólo puede exigir el pago de la cuota del período en curso.

- e) **Indivisibilidad de la cuota:** La cuota es única, indivisible y corresponde al total del período de duración de la cobertura. La cuota se devenga íntegramente el primer día de validez del Documento de Asociación.

No obstante, las cuotas podrán establecerse y ser satisfechas mediante recibos semestrales, trimestrales o mensuales. El fraccionamiento no libera al Socio Mutualista de la obligación de abonar la totalidad de la cuota anual.

El impago de cualquiera de las fracciones producirá el vencimiento anticipado del resto de fracciones del período en curso y las mismas consecuencias descritas en los puntos c) y d) anteriores.

Cualquier pago se cargará necesariamente a la fracción de cuota más antigua que esté impagada.

- f) **Recibo de cuota:** La Mutualidad sólo está obligada por los recibos entregados por la Dirección o sus representantes legalmente autorizados.
- g) **Domiciliación de recibos:** Las normas que regirán la domiciliación de recibos serán la siguientes:

La Mutualidad podrá exigir Mutualista la entrega de una autorización expresa de las correspondientes operaciones de pago.

La cuota o las primas fraccionadas se entienden pagadas al vencimiento, a menos que, una vez intentado el cargo dentro del período de gracia de un mes, no pueda ser cargada a la cuenta del Mutualista por cualquier circunstancia imputable o no a éste. En este caso, la Mutualidad debe notificarle que tiene el recibo a su disposición en la dirección de la Mutualidad y que éste está obligado a satisfacer la cuota en esta dirección.

Si la Mutualidad deja transcurrir un período de un mes a partir del día de vencimiento sin presentar el recibo al cobro y, al hacerlo, no es atendido el pago de la cuota por cualquier causa, deberá notificar este hecho a la persona obligada al pago, a través de una carta certificada u otros medios indudables, y conceder un nuevo plazo de un mes para que pueda satisfacer el importe en el domicilio social o sucursal de Mutualidad. Este plazo debe calcularse a partir de la fecha de certificación de dicha carta o notificación a la última dirección postal y/o electrónica comunicada a la Mutualidad.

2. Cuestionario de salud

Declarar a la Mutualidad, de acuerdo con el "Cuestionario de Salud" al que la somete, todas las circunstancias que él sepa que puedan influir en la evaluación del riesgo.

Se exonerará de la obligación de declarar estas circunstancias si la Mutualidad no la somete al "Cuestionario de Salud" o si éstas no constan, aunque puedan influir en la evaluación del riesgo.

3. Variación de las circunstancias declaradas en el Cuestionario de Salud

Comunicar a la Mutualidad durante la vigencia del Contrato y lo antes posible, todas las circunstancias que, de conformidad con el "Cuestionario de Salud" presentado por la Mutualidad antes de la conclusión del Documento de Asociación, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran conocido por la Mutualidad en el momento de la perfección del Documento de Asociación no se habría formalizado o se habría concluido en circunstancias más onerosas.

Se entenderán por variación de circunstancias declaradas, entre otras, el cambio en la actividad declarada ya sea de actividad profesional, de ocio o

deporte, entre otros; o la práctica de deportes de riesgo no declarados en la contratación.

En caso de agravamiento del riesgo, la Mutualidad puede, en el plazo de dos meses a partir del día en que se declara el agravamiento, proponer una modificación de la cuota y de las condiciones particulares, disponiendo el Mutualista de un plazo de quince días para su aceptación o rechazo. En caso de rechazo, o silencio por parte del Mutualista, la Mutualidad podrá, transcurrido este período, rescindir el contrato previa advertencia al Mutualista, dando un nuevo plazo de 15 días para que responda, transcurridos los cuáles y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Mutualista la anulación definitiva.

La Mutualidad podrá rescindir el contrato sin proponer ninguna modificación notificando por escrito al Mutualista en el plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento del agravamiento del riesgo.

Si la modificación del riesgo significara un agravamiento y el Mutualista no hubiera hecho su declaración y se produjera un siniestro, la prestación de la Mutualidad se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la cuota acordada y la que se hubiera tenido que aplicar de conocer la verdadera entidad del riesgo. Si el asociado hubiera procedido de mala fe, la Mutualidad será liberada la prestación correspondiente.

Durante el período en curso, Mutualista, podrá dar a conocer a la Mutualidad todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la Mutualidad en el momento de la perfección del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables.

En este caso, la Mutualidad al finalizar el período en curso cubierto por la cuota tendrá que reducir el importe de las cuotas futuras en la cuantía correspondiente, teniendo el derecho el Mutualista en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la cuota pagada y la que le habría correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

4. Declaración del siniestro

En caso de siniestro cubierto por el contrato, de conformidad con los requisitos establecidos en el Reglamento correspondiente, el Asegurado deberá comunicar a Mutualidad en el plazo máximo de siete días a partir del momento en que tuvo conocimiento, excepto que se establezca un período más largo en el Reglamento o en el Documento de Asociación. Si la comunicación antes mencionada no se realiza dentro de

los plazos establecidos, se producirán los efectos legales y reglamentarios previstos.

El Asegurado deberá ofrecer todo tipo de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. Si, maliciosamente o con culpa grave, se incumple la obligación antes mencionada, se perderá el derecho a la prestación.

5. Obligación de reducir las consecuencias de la pérdida

El Mutualista o el Asegurado deben emplear todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber con la intención manifiesta de perjudicar o engañar a la Mutualidad libera a este de toda prestación derivada del siniestro.

6. Notificación del cambio de domicilio

Comunicar a la Mutualidad, tan pronto como sea posible, el cambio de domicilio. Si el Asegurado cambia su domicilio en el extranjero, quedaran suspendidas las garantías del Seguro en la fecha de vencimiento de la anualidad en que haya efectuado en cambio de domicilio.

7. Subrogación de los derechos del Mutualista y/o Beneficiario

Una vez atendidos los gastos del siniestro, la Mutualidad quedará subrogada, hasta esta cantidad, en los derechos y acciones que debido a ello correspondan al Mutualista y/o Beneficiario ante terceros responsables en los casos en que sea procedente.

El Mutualista y/o Beneficiario no debe perjudicar este derecho de la Mutualidad y es responsable de los daños y perjuicios que, con sus actos u omisiones, puedan causar a la Mutualidad en su derecho a subrogarse.

La Mutualidad no puede ejecutar el derecho de subrogación en perjuicio del Mutualista y/o del Beneficiario.

En caso de concurrencia de Mutualista y/o Beneficiario ante un tercero responsable, el recobro obtenido se distribuirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses.

En el caso de que existan concurrencia de coberturas con otros seguros públicos o privados, se aplicará lo que dispone con esta finalidad la Ley del Contrato de Seguro, en los artículos treinta y uno y treinta y dos.

Artículo 6.- OBLIGACIONES DE LA MUTUALIDAD

1. La Mutualidad se obliga a dar cobertura a los riesgos Asegurados de conformidad con lo establecido en el Documento de Asociación, el Reglamento General, los Estatutos y Reglamentos de los diferentes productos contratados.
2. La Mutualidad tiene que entregar al Mutualista el Documento de Asociación o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que corresponda y otros documentos que haya suscrito el Mutualista.

Artículo 7.- CUOTAS

1. La cuota será la indicada en el Documento de Asociación para el período de cobertura que allí se señale.
2. La Mutualidad podrá modificar las cuotas, sobre la base de los cálculos técnicos y actuariales realizados. La actualización de la cuota incorporará los ajustes necesarios para garantizar que la cuota sea suficiente de acuerdo con hipótesis actuariales razonables, que permitan a la Mutualidad satisfacer el conjunto de obligaciones de los contratos y, en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas de conformidad con lo establecido en el régimen jurídico de ordenación y supervisión de los seguros privados.
3. Las cuotas sucesivas por satisfacer por el socio Mutualista variarán en cada renovación, en aplicación de las cuotas que tenga en vigor la Mutualidad en dicha fecha, atendiendo a la edad del Asegurado en el momento de la renovación, y en su caso, a la modificación de las coberturas, a la modificación del capital o subsidio garantizado (pudiéndose establecer una revalorización de los importes en el documento de asociación), y en la modificación del número de asegurados, este último punto en caso de seguros colectivos.

En caso de revalorización del capital o subsidio garantizado, ésta se ajustará a las siguientes normas:

- El subsidio o capital garantizado asegurado y la prima se incrementarán automáticamente en cada vencimiento anual del contrato según el porcentaje pactado indicado en el Documento de Asociación.

- En caso de siniestro, el subsidio diario a satisfacer por la Mutualidad será el vigente en el momento de inicio del siniestro, sin que, en caso de prolongarse éste, y concurriendo una revalorización del mismo, deba incrementarse por parte de la Mutualidad el subsidio o capital garantizado a partir del vencimiento de la citada revalorización.
- El Tomador del Seguro y la Mutualidad podrán renunciar a la revalorización en cada vencimiento anual del contrato, comunicándolo previamente a la otra parte con dos meses de antelación a dicho vencimiento.

Artículo 8.- NULIDAD Y RESCISIÓN DEL CONTRATO

El contrato será nulo, salvo en los casos previstos en la Ley, si en el momento de su perfección existía el riesgo o había sucedido el siniestro.

El contrato podrá ser resuelto en los términos establecidos en los Estatutos y Reglamentos de la Mutualidad por las siguientes causas:

1. Rescisión por reserva o inexactitud culpable

En caso de reserva o inexactitud en la solicitud-cuestionario, o que durante el proceso de un siniestro quede evidenciado un fraude manifiesto por parte del Socio Mutualista o del asegurado, la Mutualidad podrá rescindir el contrato mediante comunicación dirigida al Socio Mutualista en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento tanto de la reserva o inexactitud de la solicitud-cuestionario como el fraude durante el proceso de un siniestro.

Las primas relativas al período en curso corresponden a la Mutualidad, salvo dolo o culpa grave por su parte, desde el momento de la declaración de rescisión al Mutualista.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Mutualidad haga la declaración de rescisión, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la cuota convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Mutualista o Asegurado, la Mutualidad quedará liberada del pago de la prestación.

2. Debido al impago de la primera cuota

La Mutualidad puede resolver el Documento de Asociación en caso de que el primer recibo de la cuota fraccionada no haya sido atendido a su vencimiento. En

este caso, si se produce un siniestro, la Mutualidad será liberada de su obligación.

3. Por no reclamar una cuota impagada

En caso de falta de pago de cualquier fracción de cuota distinta de la primera, el contrato se extinguirá seis meses después del vencimiento de la cuota si la Mutualidad no reclama el pago.

4. Por oposición a la prórroga

El Contrato se extingue en la fecha de vencimiento del Documento de Asociación en los supuestos de oposición a la prórroga, por parte de cualquiera de las partes, detallados en el artículo 4.

5. Por finalización o resolución de la cobertura

El Contrato se extingue en la fecha en que la cobertura indicada en el Documento de Asociación ha llegado a su fin de acuerdo con los criterios establecidos en el Reglamento de la Prestación.

6. La falta de pago de las derramas pasivas o de las aportaciones obligatorias.

Es causa de baja del socio Mutualista, una vez transcurridos sesenta días desde el requerimiento de pago. **Sin embargo, la relación con la Mutualidad permanece vigente hasta el vencimiento siguiente del periodo de cobertura en curso, momento en el que queda extinguida, con subsistencia de la responsabilidad del socio por sus deudas pendientes.**

Artículo 9. PÉRDIDA DE DERECHOS

El Mutualista y/o el Asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada:

- a) En caso de reserva o inexactitud al completar el "Cuestionario de Salud", si ha habido dolo o culpa grave por parte del Mutualista y/o Asegurado.
- b) En caso de agravamiento del riesgo, Mutualista y/o Asegurado no lo comunica a la Mutualidad y actúa de mala fe.
- c) Si la pérdida se produce antes de que se haya pagado la primera cuota, excepto por un pacto en contra.
- d) Si, el siniestro, se produce mientras el Contrato está en suspensión debido a la falta de pago de primas sucesivas.

- e) Si el Mutualista y/o Asegurado no proporcionan a la Mutualidad la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro y concurre dolo o culpa grave.
- f) Si el Mutualista y/o Beneficiario incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro y lo hacen con la intención manifiesta de engañar o dañar la Mutualidad.
- g) Cuando el siniestro haya sido causado por la mala fe del Asegurado.
- h) El Contrato será nulo, salvo en los casos previstos por la ley, si en el momento de su conclusión ya se ha producido el siniestro.

Artículo 10. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato de seguro prescribirán a los cinco años a contar desde la fecha en que se pudieron ejercer.

Artículo 11. COMUNICACIONES

A los efectos del contrato, se entiende comunicado el siniestro cuando el beneficiario solicita la prestación del servicio.

En caso de incumplimiento, la Mutualidad puede reclamar daños y perjuicios por la falta de declaración, salvo que haya tenido conocimiento del siniestro a través de otra vía.

Las comunicaciones a la Mutualidad realizadas por el Mutualista se realizarán en el domicilio social indicado en el Documento de Asociación.

Las comunicaciones realizadas por un Corredor de Seguros de la Mutualidad en nombre del Mutualista y/o Asegurado tendrán los mismos efectos que si hubieran realizado por Mutualista y/o el propio Asegurado.

Las comunicaciones del Mutualista y/o Asegurado al agente de seguros tendrán el mismo efecto que si se hubieran realizado directamente a la Mutualidad.

Las comunicaciones de la Mutualidad al Mutualista y/o Asegurado se realizarán en el domicilio de éste, que aparece en el Documento de Asociación o suplemento.

El Documento de Asociación y el Reglamento, así como sus modificaciones, deben formalizarse por escrito, en papel o en otro soporte duradero.

Artículo 12. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN Y JURISDICCIÓN

Para resolver las reclamaciones que puedan surgir entre la Mutualidad y mutualistas, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o los que se deriven, los derechos de cualquiera de ellos, se podrá optar por las siguientes vías:

- La Mutualidad dispone de un Servicio interno de Atención al Mutualista, donde se podrán presentar las reclamaciones mediante escrito en la calle Sant Antoni 32, 08221 de Terrassa, o por correo electrónico a assegurances@mutuaterrassa.es. La Mutualidad tiene la obligación de resolverla en el plazo de dos meses a partir de su presentación.
- En caso de no estar conforme con la resolución adoptada por el Servicio de Atención al Mutualista, el reclamante podrá dirigirse al Defensor del Mutualista, órgano externo e independiente, donde podrá presentar la reclamación en cualquier oficina abierta al público de la Mutualidad, en soporte papel, o por medios electrónicos.

Los Reglamentos de estos servicios están disponibles en las oficinas de la Mutualidad.

- Una vez agotadas estas vías, podrán trasladar su reclamación a la Dirección General de Política Financiera, Seguros y Tesorería de la Generalitat de Cataluña.

Existe la posibilidad de someter la reclamación, en cualquier momento, al Organismo de Conciliación y Arbitraje Mutual de la Federación de Mutualidades de Cataluña.

En cualquier caso, el reclamante podrá acudir a los juzgados y tribunales competentes.

Este contrato queda sometido a la jurisdicción española y del juez competente para tratar las acciones derivadas del mismo, será el del domicilio del asegurado que tendrá que residir en el territorio del Estado Español.

ARTICULO 13. IMPUESTOS Y RECARGOS

Los Impuestos y Recargos que legalmente tengan que ser repercutidos correrán serán a cargo del Mutualista o Asegurado. Los aplicables a las prestaciones, de conformidad con la legislación vigente en el momento de la recepción, serán por cuenta del beneficiario.

ARTICULO 14. RESPONSABILIDAD DE LOS MUTUALISTAS

La responsabilidad de los Mutualistas debido a las deudas sociales se limitará a un tercio de la suma de las cuotas que hayan pagado en los últimos tres años, independientemente de la cuota para el año en curso.

ARTICULO 15. PROTECCIÓN DE DATOS

Tanto la privacidad de los datos como la confidencialidad de la información son aspectos importantes para la MUTUALIDAD. A continuación, se describe la manera en que se tratan los datos de carácter personal que la Mutua obtiene de sus Mutualistas y Asegurados:

1.- Identificación del titular responsable del tratamiento

El titular responsable del tratamiento de los datos:

MÚTUA DE TERRASSA Mutualidad de Previsión Social, (de ahora en adelante, la MUTUALIDAD), con NIF núm. V08413460 y domicilio social en Terrassa, calle Sant Antoni 32.

DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS:
dpd@mutuaterrassa.cat

2.- Finalidad del tratamiento, base legal y plazos de conservación

Gestionamos los datos con las siguientes finalidades:

2.1.- Gestionar los servicios contratados, así como su gestión administrativa, económica y contable. La MUTUALIDAD podrá solicitar de profesionales sanitarios, centros médicos o a los propios Asegurados, información referente a su salud con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar las coberturas aseguradas, así como para la investigación y la prevención del fraude. Los datos serán adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad utilizada, pudiendo incluir datos anteriores a la fecha de alta del Asegurado, que estén relacionadas con el siniestro o proceso asistencial.

- La base legal para el tratamiento es la existencia de una relación contractual para la prestación de los servicios solicitados.
- Plazo de conservación: los datos se conservarán en todo caso durante el tiempo que dure la relación contractual y posteriormente durante los plazos legales establecidos en la legislación civil para la prescripción de las obligaciones contractuales, en la legislación contable y fiscal y en los períodos de

prescripción de responsabilidad penalmente establecidos.

2.2.- Llevar a cabo análisis estadísticos actuariales, mediciones y estudios de mercado sobre los productos y servicios ofrecidos por la MUTUALIDAD, los usuarios y sus necesidades, tendencias, intereses y preferencias.

- Bases legales para el tratamiento: El interés legítimo de la MUTUALIDAD para la elaboración de estudios de mercado y actuariales.
- Plazo de conservación: Los datos se conservarán indefinidamente mientras no se nos solicite su supresión.

2.3.- Remitir comunicados sobre productos de la MUTUALIDAD.

- Bases legales para el tratamiento: El interés legítimo de la MUTUALIDAD para el envío de información comercial y la elaboración de estudios de mercado y actuariales.
- Plazo de conservación: Los datos se conservarán indefinidamente mientras no nos solicite su supresión.

3.- Destinatarios de los datos personales

- Por obligación legal: a la administración tributaria para pago de impuestos, a jueces, tribunales que lo soliciten por vía judicial.
- Cesión necesaria para la realización de los servicios contratados: entidades financieras para efectuar los cobros y pagos oportunos, compañías de seguros para la gestión de seguros, entidades de recobro para la correspondiente reclamación de deudas pendientes de pago.
- La MUTUALIDAD podrá comunicar los datos tratados, a otras entidades u organismos públicos relacionados con el sector Asegurador con fines estadísticos o de lucha contra el fraude, así como por razones de reaseguro o coaseguro, según establece la ley 30/1995 de ordenación de los seguros privados.

4.- Derechos de los titulares de los datos

Cualquier persona tiene derecho a obtener información sobre qué datos está tratando. A continuación, le indicamos sus derechos:

- Los interesados tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para las finalidades para las cuales fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus

datos, en este caso únicamente se conservarán para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.

- En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. La MUTUALIDAD dejará de tratar los datos, excepto por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- Portabilidad: El interesado tendrá derecho a recibir los datos personales que le incumban, que haya facilitado a la MUTUALIDAD, en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica cuando: a) el tratamiento esté basado en el consentimiento o en un contrato, y b) el tratamiento se efectúe por medios automatizados.

Le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la autoridad de control (AEPD.- www.agpd.es) en caso de que no haya visto satisfechos el ejercicio de sus derechos aquí indicados.

Para ejercer los citados derechos puede ponerse en contacto con nosotros a través de correo postal o electrónico a las direcciones indicadas en el apartado 1, identificando a su petición la siguiente información:

- 1.- Datos del solicitante (Nombre y apellidos)
- 2.- Dirección de contacto
- 3.- Derecho que quiere ejercer
- 4.- Sobre qué datos concretos formula su petición

En el plazo máximo de un mes resolveremos su petición a través del mismo medio que haya utilizado inicialmente.

5.- Seguridad en el tratamiento

Teniendo en cuenta el estado de la técnica, los costes de aplicación, y la naturaleza, el alcance, el contexto y las finalidades del tratamiento, así como los riesgos de probabilidad y gravedad variables para los derechos y libertades de las personas físicas, la MUTUALIDAD aplicará medidas técnicas y organizativas apropiadas para garantizar un nivel de seguridad adecuado al riesgo, que eviten la destrucción, pérdida o alteración accidental o ilícita de datos personales transmitidos, conservados o tratados de otra forma, o la comunicación o acceso no autorizados a estos datos.

ARTICULO 16. RIESGOS EXTRAORDINARIOS PARA 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.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos.

- c) 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.
- d) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- e) 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 radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que 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, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del Asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura.

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas 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 de 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 la entidad Aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad Aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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.

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 (900 222 665 o 952 367 042).
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

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.

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