

CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO PSN ACCIDENTES COLECTIVO

Cláusula Preliminar:

El presente Contrato de Seguro se rige por lo convenido en estas Condiciones Generales, en las Condiciones Particulares y, en su caso, por lo establecido en las Condiciones Especiales y Suplementos de la Póliza de este Seguro, sometiéndose a la Ley 50/80, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, a la Ley 20/2015, de 14 de Julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, al Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre y a las normas que complementen o sustituyan las citadas.

Las Condiciones Particulares y, en su caso, las Condiciones Especiales y Suplementos de Póliza, necesariamente firmados por las partes, se referirán expresamente al presente Contrato, constituyendo junto con la Solicitud del Seguro y las presentes Condiciones Generales así como los Anexos, si los hubiere, en su conjunto, la Póliza de Seguro "PSN ACCIDENTES COLECTIVO".

Siempre que no se trate de disposiciones imperativas, prevalecerá lo pactado por las partes sobre las normas dispositivas. En caso de conflicto entre lo pactado por las partes, prevalecerán siempre las Condiciones Particulares sobre las Generales y, en su caso, sobre las Especiales.

Artículo 1º. Definiciones

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

- Mutua o Entidad Aseguradora: Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, con domicilio social en Madrid, calle Villanueva 11, código postal, 28001, entidad emisora de esta Póliza, que mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos con arreglo a las condiciones de la Póliza.
- Tomador del Seguro: Persona física o jurídica que reuniendo los requisitos establecidos en los Estatutos de la Mutua para adquirir la condición de mutualista, suscribe con ésta el Contrato del seguro del que forma parte este Condicionado General, correspondiéndole los derechos y las obligaciones derivadas del mismo, salvo los que, por su naturaleza, corresponden al Asegurado.
- Grupo asegurable: Conjunto de personas físicas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la adhesión al seguro pero diferente a éste, que cumple las condiciones precisas para ser Asegurado-Adherido.
- Asegurado-Adherido o Asegurado: Persona física que, perteneciendo al grupo asegurable, cumple las condiciones de adhesión, figura en la relación de personas incluidas en el seguro colectivo, es titular del correspondiente Certificado Individual y de las garantías amparadas por el mismo y asume las obligaciones que para ella derivan del Contrato, aunque no adquiere la condición de mutualista pues la misma corresponde al Tomador.
- Grupo o Colectivo Asegurado: Conjunto de Asegurados-Adheridos al mismo Seguro Colectivo.
- Beneficiario: Persona titular del derecho a percibir, en su caso, la prestación garantizada por la Póliza cuando tal derecho no corresponda al Asegurado.
- Contrato de Seguro o Póliza: Está integrado por los documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro concertado, es decir: las Condiciones Generales, las Particulares y, en su caso, las Especiales que individualizan el riesgo, así como los suplementos o anexos que pudieran emitirse para completarlo o modificarlo. También forman parte de dicho Contrato la Solicitud de Seguro, las Declaraciones de Salud que preceden a la contratación del seguro, cuestionarios así como las pruebas médicas practicadas, en su caso, a tal fin.
- Certificado Individual del Seguro: Documento emitido por la Mutua que recoge las condiciones y coberturas específicas que corresponden a cada Asegurado-Adherido al seguro.
- Boletín de adhesión: Impreso o impresos facilitados por la Entidad Aseguradora y suscritos conjuntamente por el Tomador y el Asegurado-Adherido, en los que éste solicita su incorporación al Grupo Asegurado, describe el riesgo que desea asegurar y declara los datos y circunstancias, especialmente las de su estado de salud, que pueden influir en la valoración del riesgo.
- Prestación: Obligación económica asumida por la Entidad Aseguradora frente al Asegurado o Beneficiario al ocurrir el siniestro durante la vigencia del seguro. El importe de las sumas aseguradas para cada garantía contratada figurará en el Certificado Individual de Seguro.
- Prima: Precio del seguro incrementado con los recargos e impuestos de legal aplicación.
- Desglose de primas: En Condiciones Particulares y siempre que proceda por tal concepto de acuerdo con las garantías contratadas, se indicará el desglose numérico de las primas.
- Baremo: Tablas recogidas en las presentes Condiciones Generales, que establecen los supuestos de Incapacidad Permanente y el porcentaje de la suma asegurada que corresponde a cada caso.
- Franquicia: Número de días consecutivos, contados desde el inicio de siniestro, durante los cuales no se abonará indemnización alguna de acuerdo con lo pactado en Condiciones Particulares.
- Período de Carencia: Espacio de tiempo que transcurre entre la fecha de efecto del Contrato de Seguro y la entrada en vigor de la garantía contratada. Durante dicho espacio de tiempo no entra en vigor tal garantía.
- Siniestro: Hecho cuyas consecuencias están cubiertas por alguna de las garantías de la Póliza. Se considerará que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños, secuelas y consecuencias derivadas de un mismo hecho.
- Accidente: Sin perjuicio de la delimitación del riesgo que se establezca en el presente Contrato, se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad

del Asegurado que produzca la Incapacidad o fallecimiento de éste.

- Accidente profesional: Todo aquel accidente que ocurra en el recinto habitual de trabajo, en el camino de ida y vuelta al trabajo ("in itinere") o en cualquier lugar con ocasión de la realización de actividades inherentes a la ocupación profesional declarada en solicitud y/o recogida en las condiciones particulares.
- Edad actuarial: es la edad del Asegurado, calculada desde el cumpleaños más próximo aunque éste aún no se haya producido.

Artículo 2º. Bases del Contrato

- 1.- El presente Contrato de Seguro se establece con base en los datos facilitados en la Solicitud del Seguro por el Tomador del Seguro y, necesariamente, por el Asegurado-Adherido en la declaración sobre su estado de salud, sobre la actividad profesional y/o laboral declarada y sobre los ingresos económicos anuales obtenidos por el ejercicio de ésta, conforme al cuestionario presentado por la Mutua.
Estos documentos junto con informes y/o reconocimientos médicos que la Mutua considere necesarios para la correcta estimación del riesgo a cubrir, y junto con la Póliza, constituyen un todo unitario, base del Seguro. La declaración del estado de salud ha de dar respuesta de la manera más extensa y completa posible, declarando toda circunstancia que pueda influir, de cualquier forma, en la valoración del riesgo.
- 2.- Una vez recibida la Solicitud de Seguro, la Aseguradora se reserva el derecho de denegar la emisión de la Póliza notificando al solicitante tal decisión.
- 3.- El Contrato será nulo, salvo en los casos previstos en la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.
- 4.- Si el Tomador y/o el Asegurado actúan con dolo o culpa grave en la cumplimentación de las declaraciones, que influyan en la valoración del riesgo, la Entidad Aseguradora podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud, quedando liberada del pago de la prestación y haciendo suyas, si no existe dolo o culpa grave por su parte, las primas del año en curso.
- 5.- Si el contenido de la Póliza o del Certificado Individual difieren de la proposición de seguro, del Boletín de Adhesión o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro o el Asegurado-Adherido podrán reclamar a la Entidad Aseguradora, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la Póliza o del certificado individual, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza o en el Certificado Individual del Seguro.
- 6.- El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado/Adherido, podrá mediante carta certificada remitida dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en que la Mutua le entregue la Póliza o un documento de cobertura provisional, resolver unilateralmente el Contrato de Seguro. A partir de la fecha de expedición de dicho escrito, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Entidad Aseguradora y el Tomador del Seguro o en su caso, el Asegurado-Adherido, tendrá derecho a la devolución de la Prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.
- 7.- El Contrato de Seguro y sus ampliaciones son indisputables a partir de un año, contando desde la fecha de su conclusión o desde la toma de efecto de cada una de las ampliaciones, salvo que el Tomador o el Asegurado hayan actuado con dolo.
- 8.- En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, la Entidad Aseguradora sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede los límites de admisión establecida por aquella.
- 9.- En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Entidad Aseguradora se reducirá en proporción a la prima percibida. Si por el contrario, la prima pagada es superior a la que deberá haberse abonado, la Entidad Aseguradora está obligada a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.
- 10.- En caso de extravío, robo o destrucción de la Póliza, el Tomador comunicará por carta certificada al Asegurador quien, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado de la misma.

Artículo 3º. Límites a la contratación

Por la edad: Con carácter general no podrán incorporarse a este seguro, como Asegurados, las personas menores de 14 años, legalmente incapacitadas y las mayores de 65 años. Si el Asegurado es menor de edad, será necesaria, además la autorización por escrito de sus representantes legales.

En la cobertura de fallecimiento por infarto de miocardio no podrán incorporarse los mayores de 55 años. En la cobertura de Fallecimiento por Accidente de Circulación y de Incapacidad Permanente y Absoluta por Accidente de Circulación no podrán incorporarse los menores de 25 años. En las coberturas de Incapacidad Permanente y Absoluta Baremada por Accidente, Incapacidad Temporal por Accidente, Hospitalización por Accidente e Incapacidad Profesional Permanente por Accidente no podrán incorporarse los menores de 16 años.

A estos efectos se entenderá edad del Asegurado la edad actuarial definida en el artículo 1 de las presentes Condiciones Generales.

Por el estado de salud: Tampoco podrán asegurarse y en cualquier caso el seguro será nulo de pleno derecho para ellas, las personas afectadas, con carácter previo a la contratación del seguro, por cualquier enfermedad, lesión, secuela o minusvalía física o psíquica que no sea declarada a la hora de cumplimentar el cuestionario de salud por el Tomador

o Asegurado, ni conocida ni aceptada expresamente por la Entidad Aseguradora.

Tampoco podrán asegurarse y en cualquier caso el seguro será nulo de pleno derecho para ellas, las personas afectadas de ceguera total, miopía de más de doce dioptrías, glaucoma, sordera total, enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), enfermedades de la médula espinal, sífilis, encefalitis letárgica, arteriosclerosis grave, alcoholismo, toxicomanía, las que hayan sufrido ataques de apoplejía o de delirium tremens y, en general, cualquier lesión, secuela, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica que disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

De presentarse durante la vigencia del Contrato alguna de estas dolencias, el seguro quedará extinguido y sin eficacia posterior alguna, en el mismo momento en que se produzca la primera manifestación de cualquiera de ellas, quedando obligada la Entidad Aseguradora a devolver la parte de prima no consumida desde la fecha en que se consumique tal hecho.

Por el lugar de residencia: Tampoco podrán asegurarse las personas que tengan su residencia y domicilio habitual fuera de España.

Artículo 4º. Condiciones de adhesión

Las condiciones de adhesión a este seguro colectivo serán las que figuren en la proposición suscrita por la Entidad Aseguradora y aceptada por el Tomador y que se recogerán en las Condiciones Particulares pactadas.

Las Condiciones Particulares podrán establecer la división del colectivo o grupo asegurable en subgrupos diferenciados en razón a uno o varios criterios, tales como condiciones personales, hábitos de vida o costumbres, determinación de módulos de variación de primas o prestaciones garantizadas, etc...

El cumplimiento de las condiciones de adhesión y de los límites a la contratación se verificará con los datos en el Boletín de Adhesión y de la declaración sobre el estado de salud, sin perjuicio de los reconocimientos médicos o cualquier otra comprobación que pudiera exigir la Mutua.

Artículo 5º. Variaciones en la composición del grupo asegurado

En las Condiciones Particulares se establecerán los requisitos para las altas y bajas en el Grupo Asegurado, así como un sistema de comunicaciones entre la Entidad Aseguradora y el Tomador respecto a las variaciones en el Grupo Asegurado y a otras circunstancias e incidencias del seguro.

En todo caso, el Tomador del Seguro está obligado a notificar a la Entidad Aseguradora las variaciones que se produzcan en la composición del Grupo Asegurado cuando éste se establezca con carácter cerrado y, en su caso, de cada uno de los subgrupos que se hubieran establecido. Aparte de las que específicamente se determinen en las Condiciones Particulares, queda obligado a notificar las siguientes variaciones:

- Altas: Originadas por las inclusiones en la relación de Asegurados de aquellas personas que perteneciendo al Grupo Asegurable, reúnan las condiciones de adhesión en un momento posterior al de la entrada en vigor del seguro.
- Bajas: Dejando a salvo lo que se establezca en las Condiciones Particulares y en el Certificado Individual, tendrán lugar por alguna de las siguientes causas:
 - Salida del Grupo Asegurable o Asegurado.
 - Pago del capital de la cobertura principal, y en su caso, de las complementarias.
 - Al llegar la fecha de terminación del seguro.

Salvo que se establezca otra cosa en las Condiciones Particulares, la fecha de efecto del seguro para cada Asegurado-Adherido figurará en el Certificado Individual del seguro y será determinada por la Entidad Aseguradora, una vez comprobados los límites a la contratación, satisfecas las condiciones de adhesión y verificados los datos del boletín de adhesión y de la declaración sobre el estado de salud.

Artículo 6º. Objeto y extensión del seguro

6.1.- Cobertura Básica:

1.- Fallecimiento por accidente: Mediante la presente cobertura, de contratación obligatoria, la Entidad Aseguradora garantiza al Beneficiario, el pago del capital establecido en el Certificado Individual del Seguro, en caso de fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de un accidente cubierto por la Póliza, bien inmediatamente o bien en el transcurso de los 365 días siguientes al acaecimiento de dicho accidente.

El Beneficiario podrá disponer de un anticipo de hasta 3.000 euros, a cuenta del pago del capital asegurado, para atender los gastos justificados urgentes derivados del fallecimiento accidental del Asegurado, previa justificación documental del acaecimiento del suceso.

Del capital a percibir por el Beneficiario, se deducirán, en su caso, los pagos efectuados por la Entidad Aseguradora por indemnización en virtud de todas las coberturas complementarias que supongan Incapacidad Permanente. La cobertura de fallecimiento quedará anulada cuando el Asegurado, en concepto de indemnizaciones por Incapacidad Permanente (absoluta o baremada) por accidente haya percibido un importe equivalente al 100% del capital Asegurado por fallecimiento en accidente.

Las discrepancias respecto a la relación causal directa entre el accidente y la muerte se dirimirán en dictamen de peritos médicos, conforme al procedimiento previsto en los artículos 104 y 38 de la Ley de Contrato de Seguros.

La cobertura terminará, en todo caso, al final de la anualidad en que el Asegurado cumpla 65 años de edad.

La Póliza quedará anulada desde la fecha de fallecimiento del Asegurado sin que corresponda al Tomador o Beneficiario extorno de la parte de la prima no consumida.

Exclusiones de esta cobertura:

- Las establecidas con carácter general en el artículo 7º de estas

Condiciones Generales.

- Los accidentes sufridos por el Asegurado menor de 25 años con ocasión de circular en motocicletas con independencia de su cilindrada.
- Los accidentes sufridos por el Asegurado mayor de 25 años con ocasión de circular en motocicletas de cilindrada superior a 250 centímetros cúbicos.

6.2.- Coberturas Complementarias:

Las siguientes coberturas complementarias están supeditadas a la contratación de la cobertura principal del Seguro y se regulan por las siguientes Condiciones específicas y, en lo no previsto en ellas, por las Condiciones Generales, en cuanto les sean de aplicación.

Es necesario que la contratación de estas coberturas complementarias esté expresamente recogida en las Condiciones Particulares para considerarse realizada.

1.- Fallecimiento por accidente de circulación: Mediante la presente cobertura, la Entidad Aseguradora garantiza al Beneficiario, el pago del capital establecido en el Certificado Individual del Seguro, en caso de fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de un accidente de circulación, bien inmediatamente o bien en el transcurso de los 365 días siguientes al mismo.

A los efectos de esta Póliza se entiende por accidente de circulación el ocurrido en una vía pública en alguna de las siguientes circunstancias:

- Ser atropellado como peatón por un vehículo.
- Circular en un vehículo terrestre, bien como pasajero, bien como conductor no profesional del mismo reglamentariamente habilitado para ello.
- Circular como pasajero de transportes públicos terrestres, marítimos o aéreos de líneas regulares. El Beneficiario podrá disponer de un anticipo de hasta 3.000 euros, a cuenta del pago del capital Asegurado, para atender los gastos justificados urgentes derivados del fallecimiento accidental del Asegurado, previa justificación documental del acaecimiento del suceso.

Exclusiones de esta cobertura:

- Las establecidas con carácter general en el artículo 7º de estas Condiciones Generales.
- Los accidentes sufridos por el Asegurado mayor de 25 años con ocasión de circular en motocicletas de cilindrada superior a 250 centímetros cúbicos.

2.- Fallecimiento accidental por infarto de miocardio: Mediante la presente cobertura, la Entidad Aseguradora garantiza al Beneficiario, el pago del capital establecido en el Certificado Individual del Seguro, en caso de fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de un infarto de miocardio. Se considera infarto de miocardio la muerte o necrosis de una parte del tejido muscular del corazón a consecuencia de un abastecimiento sanguíneo inadecuado.

La contratación de esta cobertura supone el cobro del capital pactado para la misma y excluye expresamente, en caso de siniestro, el cobro de la cobertura de fallecimiento por accidente definida en el punto 1 del presente artículo. El Beneficiario podrá disponer de un anticipo de hasta 3.000 euros, a cuenta del pago del capital Asegurado, para atender los gastos justificados urgentes derivados del fallecimiento accidental del Asegurado, previa justificación documental del acaecimiento del suceso.

Exclusiones de esta cobertura:

- Las genéricas del artículo 7º de estas Condiciones Generales.
- Encontrarse el Asegurado bajo los efectos de cualquier droga que no le hubiera sido prescrita o administrada por un médico.
- Encontrarse el Asegurado en estado de embriaguez.
- Estar el Asegurado afectado por lesiones o enfermedades cardiovasculares o haber sufrido intervenciones, por esta causa, con anterioridad a la fecha de contratación de esta garantía.

3.- Fallecimiento accidental por infarto de miocardio o accidente cerebrovascular: Mediante la presente cobertura, la Entidad Aseguradora garantiza al Beneficiario, el pago del capital establecido en el Certificado Individual del Seguro, en caso de fallecimiento del Asegurado como consecuencia directa de un infarto de miocardio o de accidente cerebrovascular. Se considera infarto de miocardio la muerte o necrosis de una parte del tejido muscular del corazón a consecuencia de un abastecimiento sanguíneo inadecuado.

La contratación de esta cobertura supone el cobro del capital pactado para la misma y excluye expresamente en caso de siniestro el cobro de la cobertura de fallecimiento por accidente definida en el punto 1 del presente artículo.

El Beneficiario podrá disponer de un anticipo de hasta 3.000 euros, a cuenta del pago del capital Asegurado, para atender los gastos justificados urgentes derivados del fallecimiento accidental del Asegurado, previa justificación documental del acaecimiento del suceso.

Exclusiones de esta cobertura: Las genéricas del artículo 7º de estas Condiciones Generales y las recogidas en el punto 2 anterior de este artículo.

4.- Incapacidad Permanente y Absoluta baremada por accidente:

Mediante la presente cobertura, la Entidad Aseguradora garantiza al Beneficiario, el pago del capital establecido en el Certificado Individual del Seguro, en caso de que el Asegurado, como consecuencia directa de un accidente cubierto por la Póliza, bien inmediatamente o bien en el transcurso de los 365 días siguientes al acaecimiento de dicho accidente, quede con alguna de las pérdidas anatómicas o funcionales que se recogen en el baremo que figura en este Condicionado General. Se establecen dos posibilidades sobre el baremo, excluyentes entre sí: uno establecido al 100% y otro al 225%.

No se considerará Incapacidad, a efectos de esta cobertura, la incapacidad cuyas consecuencias no hayan sido suficientemente consolidadas por el transcurso de al menos diez meses desde la ocurrencia del accidente, salvo pérdida irreparable de miembros u órganos que dé lugar por sí misma, y según el baremo, a prestación por Incapacidad Permanente.

Para la evaluación de la Incapacidad Permanente serán vinculantes las resoluciones de la Seguridad Social o cualesquiera otros organismos que

asuman sus competencias, así como las sentencias judiciales dictadas en Ordenes Jurisdiccionales distintos del civil.

Las discrepancias respecto a la relación causal directa entre el accidente y las lesiones invalidantes se dirimirán en dictamen de peritos médicos, conforme al procedimiento previsto en los artículos 104 y 38 de la Ley de Contrato de Seguros.

Cuando las lesiones padecidas den lugar a que la prestación abonada por la Aseguradora sea igual a la totalidad del capital pactado, se producirá la extinción del Contrato.

Exclusiones de esta cobertura:

- a) Las establecidas con carácter general en el artículo 7º de estas Condiciones Generales.
- b) Los accidentes sufridos por el Asegurado menor de 25 años con ocasión de circular en motocicletas con independencia de su cilindrada.
- c) Los accidentes sufridos por el Asegurado mayor de 25 años con ocasión de circular en motocicletas de cilindrada superior a 250 centímetros cúbicos.

5.- Incapacidad Permanente y Absoluta no baremada por accidente:

Mediante la presente cobertura, la Entidad Aseguradora garantiza al Beneficiario, el pago del capital establecido en el Certificado Individual de Seguro, en caso de que el Asegurado como consecuencia directa de un accidente cubierto por la Póliza, bien inmediatamente o bien en el transcurso de los 365 días siguientes al mismo quede irreversible situación física o mental que inhabilita por completo al Asegurado para el mantenimiento de cualquier trabajo, profesión u oficio.

Exclusiones de esta cobertura:

- a) Las establecidas con carácter general en el artículo 7º de estas Condiciones Generales.
- b) Los accidentes sufridos por el Asegurado menor de 25 años con ocasión de circular en motocicletas con independencia de su cilindrada.
- c) Los accidentes sufridos por el Asegurado mayor de 25 años con ocasión de circular en motocicletas de cilindrada superior a 250 centímetros cúbicos.

6.- Incapacidad Permanente y Absoluta por accidente de circulación:

Mediante la presente cobertura, la Entidad Aseguradora garantiza al Beneficiario, el pago del capital establecido en el Certificado Individual del Seguro, en caso de que el Asegurado como consecuencia directa de un accidente de circulación, bien inmediatamente o bien en el transcurso de los 365 días siguientes al mismo quede irreversible situación física o mental que inhabilita por completo al Asegurado para el mantenimiento de cualquier trabajo, profesión u oficio. Se entiende que se ha producido un accidente de circulación en los casos expresados para la cobertura complementaria de fallecimiento por accidente de circulación.

Exclusiones de esta cobertura:

- a) Las establecidas con carácter general en el artículo 7º de estas Condiciones Generales.
- b) Los accidentes sufridos por el Asegurado mayor de 25 años con ocasión de circular en motocicletas de cilindrada superior a 250 centímetros cúbicos.

7.- Incapacidad Permanente Total por accidente para la profesión declarada: Mediante la presente cobertura la Entidad Aseguradora garantiza al Beneficiario el pago del capital establecido en el Certificado Individual del Seguro en caso de que el Asegurado, como consecuencia directa de un accidente cubierto por la Póliza, bien inmediatamente o bien en el transcurso de los 365 días siguientes al mismo quede con pérdida anatómica o funcional que le impida el ejercicio de la profesión habitual u ocupación declarada y recogida en las condiciones particulares y/o en el Certificado Individual del Seguro según su especialidad.

Será incompatible por un mismo accidente la percepción del capital por esta cobertura de Incapacidad Permanente Total por accidente y las prestaciones por Incapacidad Permanente y Absoluta, reguladas en los puntos 4 a 6, ambos incluidos, de este artículo de Condiciones Generales.

Exclusiones de esta cobertura: Las establecidas con carácter general en el artículo 7º de estas Condiciones Generales.

8.- Incapacidad Laboral Total Temporal por Accidente: Mediante la presente cobertura, la Entidad Aseguradora garantiza al Beneficiario, el pago de la cantidad diaria establecida en el Certificado Individual del Seguro que, en ningún caso, podrá ser superior a la pérdida económica derivada de la incapacidad, para el caso de que el Asegurado, como consecuencia directa de un accidente cubierto por la Póliza, padezca una lesión susceptible de determinación objetiva que le imposibilite temporalmente para la profesión o actividad declarada y recogida en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual del Seguro, siempre y cuando precise de tratamiento médico o quirúrgico para la curación o mejora de la lesión.

Asimismo, en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual del Seguro se establecerá la franquicia y la duración máxima del pago de la prestación.

La prestación de esta cobertura quedará determinada por el contenido de los informes médicos que establezca el facultativo designado por la Mutua. Todo ello sin perjuicio del derecho del Asegurado a nombrar su propio perito de acuerdo con el artículo 104 y 38 de la Ley de Contrato de Seguro. **A estos efectos no serán vinculantes los partes de baja emitidos por los facultativos de los distintos servicios de salud estatales o de las Comunidades Autónomas.**

El Asegurado para tener derecho a esta prestación se obliga a permitir que la Mutua pueda realizar los reconocimientos médicos que estime necesario en él, mediante el perito médico nombrado por la Mutua, así como facilitarle toda la información referida al accidente.

Cuando las consecuencias de un accidente sean agravadas por la acción de una enfermedad o de un defecto físico preexistente, no expresamente aceptado por la Mutua, cualquiera que sea la naturaleza u origen, se calculará la prestación, no por la duración real que haya tenido la incapacidad, sino por la duración que hubiera debido tener en una persona completamente sana.

La prestación diaria comenzará a devengarse una vez transcurrido el periodo de franquicia fijado en las Condiciones Particulares, siempre que el Tomador y/o Asegurado notifiquen el siniestro a la Mutua dentro de los siete días siguientes al inicio de la incapacidad total temporal.

Transcurrido dicho plazo sin que la Mutua tenga conocimiento del siniestro, se considerará como fecha de inicio de la incapacidad el día de la notificación por escrito del mismo y/o presentación de la solicitud de prestación, de forma que a partir de dicha fecha se iniciará el periodo de franquicia y sólo pasado éste, empezará el devengo de la prestación.

Exclusiones específicas para la cobertura por Incapacidad Laboral Total Temporal:

- a) Las establecidas con carácter general en el artículo 7º de estas Condiciones Generales.
- b) Infertilidad, embarazo, aborto, sea natural o provocado, y parto, así como cualquier tratamiento o consecuencia de tales eventos.
- c) Cualquier enfermedad derivada o relacionada con el VIH (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA, incluidos los cuadros derivados de mutaciones o variantes) y con la Hepatitis C, sea cual fuere, en todos los casos, su mecanismo de transmisión.
- d) Todas la enfermedades mentales, síndrome orgánico cerebral y/o trastorno mental orgánico, esquizofrenias y psicosis no esquizofrénicas, trastornos de la personalidad, ansiedad y estrés, además de todas las enfermedades descritas en los manuales de diagnóstico la OMS y de la Asociación Americana de Psiquiatría: CIE-9 del 290 al 319, CIE-10 del F-00 al F-99 y, por último, el DSM-III-R del 290.00 al 319.00, más los 799.90, los 780.50 y los códigos V, con sus futuras revisiones.
- e) Cirugía plástica y reparadora con intención estética, salvo que sea consecuencia de enfermedad o accidente sobrevenidos durante la vigencia del seguro.
- f) Cualquier tratamiento odontológico, con intención estética, rehabilitadora o con otro fin, salvo que sean consecuencia de accidente sobrevenido durante la vigencia de la Póliza. No quedarán excluidos los procesos agudos por accidente sobrevenido durante la vigencia de la Póliza cuando requieran ingreso hospitalario y durante el tiempo que éste dure.
- g) Síndromes y manifestaciones clínicas derivadas de patologías crónicas y/o degenerativas del aparato locomotor, especialmente aquellos cuyo tratamiento sea sólo paliativo.
- h) Hernias discales de cualquier etiología y localización, y sus consecuencias.
- i) Síndromes dolorosos inespecíficos sin diagnóstico etiológico.
- j) Fibromialgia y síndrome de fatiga crónica.
- k) Tratamientos y/o agravamientos o reagudizaciones de enfermedades o procesos patológicos preexistentes que no hayan sido aceptados expresamente por la Mutua.
- l) Cualquier tratamiento médico o proceso quirúrgico que tenga lugar fuera de España salvo cuadros agudos sobrevenidos durante la estancia, justificados suficientemente, o salvo autorización expresa de la Mutua.

En todo caso la cobertura quedará extinguida cuando el Asegurado:

- Traslade su domicilio fuera de España, salvo que la Entidad Aseguradora acepte expresamente la continuidad del seguro dentro de los 15 días siguientes a recibir la notificación de dicho traslado.
- Cese en su actividad profesional.
- Perciba una prestación o subsidio de desempleo.
- Perciba una pensión de jubilación o Incapacidad Permanente.

Cesará la prestación en el momento en que el Asegurado pueda reanudar sus ocupaciones profesionales, aunque sea parcialmente y aunque no haya recibido el alta de la Seguridad Social, y en todo caso, cuando se haya agotado el período máximo de prestación pactada en Condiciones Particulares o se dé cualquiera de los supuestos de extinción de la cobertura establecida en el párrafo anterior.

9.- Hospitalización por accidente: Mediante la presente cobertura, la Entidad Aseguradora garantiza al Beneficiario, el pago de la cantidad diaria establecida en el Certificado Individual del Seguro, por cada día de hospitalización si como consecuencia de un accidente cubierto por la Póliza, el Asegurado es ingresado en un hospital, durante un plazo mínimo de veinticuatro horas y máximo de seis meses.

No se considerarán hospitales, a efectos del seguro, las residencias, asilos, balnearios, casas o clínicas de convalecencia, instalaciones especialmente dedicadas al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos, o a la aplicación de métodos de adelgazamiento, reposo, rejuvenecimiento o similares.

Exclusiones de esta cobertura:

- a) Las establecidas con carácter general en el artículo 7º de estas Condiciones Generales.
- b) Los internamientos en balnearios, centros sociosanitarios y similares aunque sea con fines terapéuticos.
- c) La hospitalización a consecuencia de cirugía plástica reparadora o estética. Se entiende por cirugía reparadora la que va dirigida a corregir deformaciones o cicatrices en la superficie corporal de la persona, derivadas de un accidente y tendentes a restituir el aspecto que tenía antes de producirse el accidente. Se entiende por cirugía estética la que tiene por objetivo modificar el aspecto corporal del Asegurado no alterado como consecuencia de un accidente.

10.- Contagio de VIH y/o hepatitis por accidente profesional: Mediante la presente cobertura, la Entidad Aseguradora se obliga al pago del capital pactado en el Certificado Individual del Seguro como consecuencia de contagio accidental, contraído durante el ejercicio de la profesión declarada y recogida en Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual del Seguro del VIH o de la hepatitis, en los términos y condiciones que se estipulan a continuación.

El pago del capital garantizado por la presente garantía excluye expresamente

las indemnizaciones por otras garantías que puedan figurar contratadas en la misma Póliza, en las que no queda cubierto el contagio de VIH o hepatitis.

A) Definiciones específicas de la cobertura por contagio de VIH:

- * VIH: Virus de inmunodeficiencia humana, tanto VIH-1 como VIH-2.
- * VIH Seropositivo: desarrollo por el Asegurado de los anticuerpos necesarios para poder diagnosticar la seropositividad al VIH, según los criterios generalmente admitidos en España en la práctica médica (pruebas de laboratorio: ELISA, Western Blot u otras pruebas diagnósticas específicas que pudieran existir).
- * Exposición ocupacional: cualquier contacto subcutáneo o de las membranas mucosas del Asegurado, siempre y cuando sea accidental y ocurra en el desarrollo de su actividad profesional.

Cobertura:

Tendrán la consideración de infecciones accidentales aquellas en las que concurran las siguientes circunstancias:

- a) **Herida provocada por agujas u otros objetos punzantes.**
 - b) **Exposición a la sangre, otros fluidos corporales o piel no intacta.**
- 2.- Que la infección tenga lugar dentro de los siguientes plazos:**
- a) **Durante la vigencia del seguro.**
 - b) **Transcurridos seis meses desde la contratación de la presente garantía complementaria (periodo de carencia).**
- 3.- Que la infección se diagnostique en un plazo máximo de 12 meses siguientes a la ocurrencia de una exposición ocupacional sufrida de forma accidental durante el periodo de vigencia de esta cobertura.**
- 4.- Que el accidente haya sido comunicado de acuerdo con los procedimientos profesionales habituales establecidos para este tipo de accidentes.**
- 5.- Que el Asegurado sea sometido, tras el accidente, a análisis sanguíneos en cada uno de los siguientes plazos:**

- a) **Inmediatamente después del accidente, y siempre en un plazo no superior a los 7 días siguientes al de la exposición ocupacional.**
- b) **Durante el transcurso de la sexta semana.**
- c) **En las 48 semanas siguientes a las 6 primeras desde el accidente, en las fechas desde el contagio: semana 18, semana 30, semana 42 y semana 54.**

En el plazo a) deberá ser confirmada la ausencia del VIH o anticuerpos a este virus, tanto en el b) como en el c) deberá, por el contrario, ser confirmada la presencia del VIH o anticuerpos a este virus.

Si el resultado de este segundo y tercer análisis fuera nuevamente negativo, el Asegurado sería considerado no contagiado, por lo que no tendría derecho a indemnización alguna.

El incumplimiento de estos plazos impediría la verificación de la infección de VIH por actividad laboral en el ámbito de la profesión declarada y, por lo tanto, no procedería ningún tipo de indemnización.

Las pruebas y los análisis a efectuar inmediatamente después del accidente, dentro de los 7 días siguientes al mismo (apartado 5 a), deberán ser realizados en el centro designado por la Mutua.

Para las pruebas a efectuar posteriormente (apartados 5 b y 5 c), se admitirán las pruebas y análisis efectuados por la Administración Sanitaria, según protocolo de actuación correspondiente, debiendo el Asegurado facilitar a la Mutua el resultado de dichas pruebas.

Sólo se indemnizarán los accidentes ocurridos por el desarrollo de su profesión declarada en territorio español.

Periodo de Carencia:

Se estipula un periodo de carencia de seis meses para la presente cobertura, a contar desde su fecha de contratación.

Exclusiones específicas de esta cobertura por contagio de VIH:

1) Las reclamaciones de los contagios derivados de:

- **Cualquier tipo de inoculación o autoinoculación no accidental, incluyendo vacunación o inyección intencional.**
- **Contacto sexual.**
- **El consumo de drogas por vía parenteral.**
- **El uso de drogas o narcóticos, salvo que se disponga de ellos de forma legal y hayan sido recetados por un médico distinto al propio Asegurado, y se hayan tomado de conformidad con la prescripción facultativa.**
- **La recepción habitual de sangre o de productos sanguíneos.**

2) Las reclamaciones por infección de VIH:

- **Las ocurridas con anterioridad a la entrada en vigor de esta garantía de la Póliza.**
- **Las relacionadas con cualquier proceso patológico preexistente por el cual el Asegurado está sometido a tratamiento médico con anterioridad a la entrada en vigor de la cobertura.**
- **Cuando la primera prueba médica (apartado 5 a) no fuera realizada en los centros designados por la Mutua.**

Comunicación del Siniestro.

Declaración del Asegurado: se estará a lo establecido en el artículo 9 de estas Condiciones Generales.

Pago de las indemnizaciones.

Con objeto de determinar el grado de desarrollo de la enfermedad y el correspondiente pago de la indemnización, se adoptan a todos los efectos tres categorías clínicas de laboratorio:

- a) Categoría 1: existencia superior a 500 linfocitos CD4 por microlitro.
- b) Categoría 2: existencia de 200 a 499 linfocitos CD4 por microlitro.
- c) Categoría 3: existencia de menos de 200 linfocitos CD4 por microlitro.

El capital Asegurado contratado en la Póliza se liquidará, en función de la categoría alcanzada, dentro de la clasificación antes mencionada

cuando se constate el desarrollo de la enfermedad por la sintomatología comúnmente aceptada en medicina.

Cuando se evidencie la seroconversión positiva, y por tanto se confirma la infección, la Mutua adelantará el 10% del capital Asegurado en concepto de adelanto de indemnización.

El pago de la indemnización completa se produce, única y exclusivamente, cuando alcance la categoría 3 (menos de 200 linfocitos CD4 por microlitro).

B) Definiciones específicas de la cobertura por contagio de hepatitis Queda comprendido exclusivamente el contagio de hepatitis en sus variantes: B crónica, C y D, **quedando específicamente excluidas aquellas hepatitis provocadas por el alcohol o determinados medicamentos (hepatitis alcohólica o tóxica) o cualquier otro agente que no sea el virus de la hepatitis B, C o D.**

Cobertura

Tendrán consideración de infecciones accidentales aquellas en las que concurran las siguientes circunstancias:

1.- Que la infección tenga como causa directa:

- a) **Herida provocada por agujas u otros objetos punzantes.**
- b) **Exposición a la sangre, otros fluidos corporales o piel no intacta.**

2.- Que la infección tenga lugar dentro de los siguientes plazos:

- a) **Durante la vigencia del seguro.**
- b) **Transcurridos seis meses desde la contratación de la presente garantía complementaria (periodo de carencia).**

3.- Que el accidente ocurra con ocasión del desarrollo de los deberes profesionales habituales de la profesión declarada por el Asegurado.

4.- Que el accidente haya sido comunicado de acuerdo con lo establecido en el artículo 9º de estas Condiciones Generales.

5.- Que el Asegurado sea sometido, tras el accidente, a tests sanguíneos en cada uno de los siguientes plazos:

- a) **No superior a un mes desde el accidente.**
- b) **Durante el transcurso del sexto mes desde el accidente.**
- c) **Durante el transcurso del duodécimo mes desde el accidente.**

Así mismo, se deberá confirmar:

- **En el plazo a), se confirmará la ausencia del virus de la hepatitis o anticuerpos a este virus.**
- **En el plazo b), se confirmará la presencia / ausencia del virus.**
- **En el plazo c), se confirmará la presencia del virus.**

Las pruebas y los análisis a efectuar inmediatamente después del accidente, dentro de los 30 días siguientes al mismo (apartado 5 a), deberán ser realizados en el centro designado por la Mutua.

Para las pruebas a efectuar posteriormente (apartados 5 b y 5 c), se admitirán las pruebas y análisis efectuados por la Administración Sanitaria, según protocolo de actuación correspondiente, debiendo el Asegurado facilitar a la Mutua el resultado de dichas pruebas.

Sólo se indemnizarán los accidentes ocurridos por el desarrollo de su profesión declarada en territorio español.

El incumplimiento de estos plazos impediría la verificación de la infección de hepatitis por actividad laboral en el ámbito de la profesión declarada y por lo tanto no procedería ningún tipo de indemnización.

Periodo de carencia.

Se estipula un periodo de carencia de seis meses para la presente cobertura, a contar desde su fecha de contratación.

Exclusiones específicas de esta cobertura de contagio por hepatitis.

Las reclamaciones derivadas de:

- **Hepatitis provocada por el alcohol o determinados medicamentos (hepatitis alcohólica o tóxica).**
- **Cualquier tipo de inoculación o autoinoculación no accidental, incluyendo vacunación o inyección intencional.**
- **El consumo de drogas por vía parenteral.**
- **El uso de drogas o narcóticos, salvo que se disponga de ellos de forma legal y hayan sido recetados por un médico distinto al propio Asegurado, y se hayan tomado de conformidad con la prescripción facultativa.**
- **La recepción habitual de sangre o de productos sanguíneos.**
- **Las ocurridas con anterioridad a la entrada en vigor de esta garantía de la Póliza.**
- **Las contraídas en el desarrollo de una actividad profesional distinta a la declarada en la solicitud de seguro y recogida en las condiciones particulares.**
- **Las relacionadas con cualquier proceso patológico preexistente por el cual el Asegurado está sometido a tratamiento médico con anterioridad a la entrada en vigor de la cobertura.**
- **Cuando la primera prueba médica (apartado 5 a) no fuera realizada en los centros designados por PSN.**
- **Contacto sexual.**

Delimitación de la cobertura:

La garantía de contagio profesional quedará extinguida de forma inmediata para el Asegurado:

- **Si deja de desarrollar la actividad profesional declarada en la solicitud de seguro y recogida en las condiciones particulares.**
- **En caso de fallecimiento del Asegurado.**
- **Cuando se produzca el pago del capital Asegurado de esta garantía complementaria o el estipulado en las garantías de fallecimiento o Incapacidad permanente por accidente.**
- **Si va a desarrollar su actividad al extranjero debe haber comunicación expresa a la Mutua y aceptación por escrito por parte de ésta.**

- Si la Póliza fuera anulada por cualquier causa, desde la misma fecha de anulación quedará cancelada la presente garantía, sin perjuicio de respetar los derechos que correspondan al Asegurado que, con anterioridad, hubiera declarado a PSN haber sufrido una exposición ocupacional dentro del período de la cobertura del seguro.

Artículo 7º. Riesgos Excluidos

Quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la Póliza, además de las limitaciones específicas para cada una de ellas, los hechos y situaciones siguientes:

- Los hechos que no tengan la consideración de accidente según la definición contenida en la Ley de Contrato de Seguro. Dicha definición aparece recogida en el artículo 1 del presente condicionado. En ningún caso será vinculante la definición de accidente contenida en la Ley General de la Seguridad Social ya que esta Póliza, a efectos de Contrato, se rige exclusivamente por la Ley de Contrato de Seguro y la normativa expuesta en la condición preliminar de las condiciones generales de esta Póliza. En particular se excluyen las enfermedades de todas las clases, cualquiera que fuere su origen, así como sus efectos, complicaciones y secuelas. Entre ellas expresamente se enuncian las enfermedades infecciosas, aunque deriven de picaduras de insectos o de otras causas externas de contagio (VIH, hepatitis (estas dos últimas salvo lo establecido en la cobertura 10 de estas condiciones generales), malaria, paludismo, fiebre amarilla, enfermedad del sueño, etc.) así como las denominadas profesionales, cualquiera que sea el lugar en que se produzcan o la actividad desarrollada por el Asegurado, aunque tengan la calificación jurídica de accidente de trabajo.
- De forma específica, los infartos de miocardio, las embolias, trombosis, apoplejías, derrames cerebrales y cualquiera de los denominados accidentes vasculares, sea cual fuere su causa y aunque en su origen y producción haya incidido directa o indirectamente cualquier posible causa externa (estrés, presión ambiental, exceso de trabajo, etc.) aunque sean calificados como accidentes laborales. Se exceptúa lo establecido en estas Condiciones Generales respecto del infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.
- Las lesiones y enfermedades que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos no motivados directamente por un accidente cubierto por la Póliza.
- Los coágulos y hemorragias del globo ocular, córnea, cristalino y retina, así como los desprendimientos de retina, aunque se hayan producido como consecuencia de un accidente no excluido, sufridos por personas aquejadas de una miopía comprendida entre las 8 y 12 dioptrías.
- Las intoxicaciones o envenenamiento por ingestión de productos alimenticios o farmacéuticos.
- Los relacionados con el consumo de drogas y estupefacientes no prescritos médicamente y los que ocurran hallándose el Asegurado en situación de enajenación mental, embriaguez o bajo el efecto de drogas tóxicas o estupefacientes. A estos efectos se considera que hay embriaguez cuando el grado de alcohol en aire expirado o en sangre sea superior al autorizado en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial.
- Los que tengan lugar conduciendo el Asegurado un vehículo de motor sin estar en posesión del permiso de conducir correspondiente al vehículo utilizado, así como los accidentes sufridos por el Asegurado con ocasión de circular en motocicletas de cilindrada superior a 250 centímetros cúbicos.
Los accidentes de circulación utilizando cualquier medio de locomoción que no esté autorizado a circular por el lugar donde se produjo el accidente.
- Las producidas con ocasión de conflictos armados (haya o no declaración de guerra), terrorismo, rebelión, insurrección, alteraciones del orden público y, en general, todos los riesgos extraordinarios susceptibles de cobertura por el Consorcio de Compensación de Seguros u Organismo que pueda sustituirlo, conforme a la normativa vigente.
- Los motivados por exposición deliberada a peligros innecesarios, salvo en un intento de salvar alguna vida humana.
- Los originados con ocasión de riñas o enfrentamientos, salvo legítima defensa, y de comisión o tentativa de delito por el propio Asegurado.
- Los que pudiera sufrir el Asegurado con ocasión de la práctica de alguna de las actividades que se mencionan a continuación:
 - La práctica profesional de cualquier deporte.
 - La práctica, aún como aficionado de los siguientes deportes:
 - * Automovilismo, karting y motociclismo en cualquiera de sus modalidades.
 - * Participación en pruebas y competiciones de velocidad y de resistencia con vehículos a motor, incluso en los entrenamientos oficiales o privados.
 - * Motos náuticas, esquí, paracaidismo acuático y actividades subacuáticas con aparatos de respiración autónoma y en general los accidentes marítimos, a excepción de los ocurridos en los transportes públicos, o los ocurridos durante la navegación deportiva a la distancia máxima autorizada por el título del patrón de la embarcación y como máximo a 60 millas náuticas de la costa.
 - * Actividades aéreas tales como aerostación, paracaidismo, parapente, planeador, motoplaneador, aviones ultraligeros, ala delta, vuelo libre, vuelo sin motor y, en general, cualquier viaje aéreo en condiciones distintas a la de ocupar el Asegurado plaza como simple pasajero en aeronaves debidamente autorizadas para el transporte público de viajeros.
 - * Polo y deportes hípicos.

- * Bobsleigh, esquí acrobático, esquí fuera de pistas, esquí con saltos de trampolín y esquí de travesía o de montaña.
 - * Participación en competiciones y pruebas preparatorias de cualquier modalidad de esquí.
 - * Alpinismo, escalada, espeleología o accidentes en rocódromos. Se entiende por alpinismo, la ascensión a montañas con una altura superior a los dos mil quinientos metros, independientemente de si hay o no nieves perpetuas o de su grado de dificultad. Se entiende por escalada, la práctica deportiva consistente en subir paredes de roca o hielo más o menos verticales utilizando manos y pies como puntos de apoyo, mediante técnicas y materiales específicos para la progresión y seguridad.
 - * Rugby y fútbol americano.
 - * Hockey sobre hierba, hockey sobre patines y hockey sobre hielo.
 - * Boxeo, artes marciales y cualquier clase de lucha corporal.
 - * Ciclismo en competición.
 - * Deportes de aventura tales como rafting, puenting, hidrospeed, hidrotironeo, hidrobob, barranquismo, piragüismo en aguas bravas y en general, cualquier deporte en aguas bravas.
 - * Halterofilia, corte de troncos y levantamiento de piedras.
 - * Utilización de armas de fuego y el ejercicio de la caza.
 - * Otros deportes y actividades de nueva creación cuyos riesgos puedan considerarse similares a las descritas en los puntos anteriores.
 - * Los accidentes ocurridos con ocasión de expediciones, misiones o desplazamientos fuera del país de residencia habitual para realizar actividades de cualquier tipo (lúdicas, deportivas, de exploración, profesionales, científicas, humanitarias, etc.) que por sus características o finalidad, por el lugar en que se desarrollen o por otras circunstancias, impliquen un incremento de riesgo o peligro superior al de un viaje turístico, científico o profesional normal.
- Los accidentes ocurridos a consecuencia del toreo, rodeo o encierro de reses bravas.
 - Los accidentes causados por artefactos pirotécnicos en el caso de participación activa del Asegurado.
 - Las consecuencias o secuelas de accidentes acaecidos con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro o a la fecha de pago del primer recibo si ésta fuera posterior, aunque aquellas se manifiesten durante la vigencia del seguro.
 - La agravación de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o incapacidad preexistentes o sobrevenidas después de ocurrir aquél y por causa independiente del mismo. La Entidad Aseguradora responderá sólo de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

Artículo 8º. Modificación del riesgo

El Tomador del Seguro y el Asegurado-Adherido están obligados a notificar a la Entidad Aseguradora todas las circunstancias que modifiquen el riesgo Asegurado y muy especialmente las que sobrepasen los límites de contratación establecidos en el artículo 3º de este Condicionado. La variación del estado de salud del Asegurado no se considerará agravación del riesgo.

En caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado, actuando con mala fe, no hubieren comunicado la agravación del riesgo y sobreviniese el siniestro, la Mutua queda liberada de su prestación.

Artículo 9º. Realización del riesgo y tramitación del siniestro

A.- Declaración e Información del Siniestro:

El Tomador del Seguro, el Asegurado-Adherido o los Beneficiarios deberán comunicar a la Entidad Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, debiendo presentar la documentación que se indica en los párrafos siguientes, en original o, de ser preciso, debidamente legalizada, autenticada o compulsada.

El incumplimiento por parte del Tomador o de los Beneficiarios del deber de informar a la Mutua sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro producirá la pérdida del derecho a la indemnización, si concurre dolo o culpa grave. Se entenderá que existe culpa grave cuando el retraso en comunicar a la Entidad Aseguradora la ocurrencia del siniestro determine la imposibilidad para éste de hacer las comprobaciones precisas respecto a la realidad y alcance del siniestro.

Asimismo, deberán dar a la Mutua toda clase de información de que pueda disponer sobre el lugar, hora del suceso, nombre y dirección de testigos y de otras personas afectadas por el accidente, así como las causas y circunstancias en que se produjo el siniestro, atestado o diligencias incoadas, acompañando informe médico de las lesiones sufridas por el Asegurado.

La obtención de la información que, conforme a los apartados anteriores, les corresponde facilitar al Tomador o a los Beneficiarios, será a cargo de ellos, salvo justificantes que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.

9.1.- Solicitud de prestación por la cobertura de fallecimiento por accidente, fallecimiento por infarto de miocardio o por accidente cerebro-vascular o fallecimiento por accidente de circulación:

- Parte de primera asistencia tras el accidente o episodio cardíaco o cerebral.
- Certificado de defunción del Asegurado.
- Certificado del Registro de Actos de Última Voluntad y último testamento otorgado por el Asegurado o, en su caso, legal declaración de herederos.
- Certificado del médico que haya asistido al Asegurado, indicando el

origen, evolución y naturaleza del proceso traumático que determinó la muerte.

- e) Testimonio de las diligencias administrativas y/o judiciales a que haya dado lugar aquél y documentos que prueben la relación causal directa entre el accidente y el fallecimiento.
- f) Justificantes que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de Beneficiario.
- g) Carta de pago o declaración de exención del impuesto de sucesiones.
- h) Certificado Individual del seguro.

9.2.- Solicitud de prestación por la cobertura de Incapacidad Laboral Total Temporal por accidente, el Asegurado deberá comunicar a la Mutua cada período o proceso de incapacidad laboral total temporal resultante de accidente dentro del plazo máximo de siete días, remitiendo el correspondiente escrito de comunicación de siniestro y/o solicitud de prestación debidamente cumplimentado, así como la siguiente documentación:

- a) Parte de primera asistencia tras el accidente.
- b) Parte inicial de baja, en caso de ser afiliado a la Seguridad Social, en original o por copia compulsada.
- c) En todo caso, informe del médico que asista al paciente respecto a la etiología, sintomatología, evolución y diagnóstico del proceso patológico determinante del siniestro, su incidencia sobre la actividad profesional del Asegurado, con pronóstico en cuanto a la posible duración de la dolencia y demás datos contenidos en el cuestionario facilitado al respecto por la Mutua.
- d) Partes semanales de baja, en caso de ser afiliado a la Seguridad Social (en original o por copia compulsada) y, en caso de no serlo, informes quincenales del médico que lo asiste.
- e) Testimonio de las diligencias administrativas, policiales y/o judiciales a que haya dado lugar el accidente y documentos que prueben la relación causal directa entre éste y la lesión.

El Asegurado y/o sus familiares deberán permitir la visita de los médicos designados por la Mutua, tanto en el domicilio del Asegurado como en el centro hospitalario donde se encuentre internado, para comprobar el estado de salud y/o la evolución del Asegurado. En este sentido el Asegurado libera del secreto profesional al médico que le atiende. La negativa del Asegurado y/o sus familiares a estas visitas o a facilitar la información requerida, dará lugar al cese del cobro de las indemnizaciones.

En caso de prolongarse la cura de las lesiones del Asegurado, éste facilitará a la Mutua cada mes que transcurra al menos un informe médico sobre el estado y evolución de sus lesiones hasta el alta médica.

El Asegurado deberá comunicar a la Mutua el cese en su situación de incapacidad total temporal inmediatamente a que se produzca, adjuntando en su caso, el alta médica de la Seguridad Social o, de no estar afiliado a ésta, el alta firmada por el médico que le haya asistido.

9.3.- Solicitud de prestación por la cobertura de por Incapacidad Permanente Total para la profesión declarada por accidente, deberá aportar a la Mutua la siguiente documentación:

- a) Parte de primera asistencia tras el accidente.
- b) Testimonio de las diligencias administrativas, policiales y/o judiciales a que haya dado lugar el accidente y documentos que prueben la relación causal directa entre éste y la lesión.
- c) NIF del Asegurado.
- d) Resolución firme y razonada emitida por el INSS reconociendo la Incapacidad correspondiente, así como el informe propuesta emitido por la comisión de evaluación de incapacidades de dicho organismo, en el supuesto de afiliación del Asegurado a la Seguridad Social.
- e) En el caso de que el Asegurado no esté afiliado a la Seguridad Social, certificado e informe médico en el que se determine la Incapacidad permanente y el grado de la misma respecto al ejercicio de la profesión declarada y de cualquier otra actividad.
- f) Certificados de alta y baja en el Impuesto de Actividades Económicas y/o cualquier otro documento que acredite que el Asegurado estaba realizando la actividad profesional declarada y que hubo de cesar en la misma precisamente a consecuencia de su Incapacidad permanente.

En caso de discrepancia por parte del médico designado por la Mutua con la resolución del INSS o, en su caso, con el informe médico aportado por el Asegurado, ambas partes designarán de común acuerdo un tercer perito médico conforme al procedimiento del artículo 38 y 104 de la Ley de Contrato de Seguro.

9.4.- Solicitud de prestación por las coberturas de Incapacidad Permanente y Absoluta por Accidente baremada y no baremada o por Accidente de Circulación, el Asegurado deberá aportar la siguiente documentación:

- a) Parte de primera asistencia tras el accidente.
- b) Testimonio de las diligencias administrativas, policiales y/o judiciales a que haya dado lugar el accidente y documentos que prueben la relación causal directa entre éste y la lesión.
- c) Certificado individual del Seguro.
- d) NIF del Asegurado.
- e) Transcurrido el período de diez meses desde la fecha del accidente, certificado o informe médico en el que se relacionen o describan con detalle las secuelas de carácter irreversible que presente el Asegurado. En el caso de pérdida irreparable de miembros u órganos como consecuencia inmediata del accidente, no será necesario el transcurso de dicho plazo de consolidación de las lesiones.
- f) Certificado médico en el que se precisen las causas y el tipo de Incapacidad. En caso de no existir acuerdo entre las partes sobre la determinación de la Incapacidad, éstas se obligan a solventar las diferencias por medio de peritos médicos.

9.5.- Solicitud de prestación por la cobertura de hospitalización por accidente:

- a) Parte de primera asistencia tras el accidente.
- b) Certificado médico de entrada y salida del establecimiento en el que haya estado internado el Asegurado, así como la causa del internamiento en

dicho centro.

9.6.- Solicitud de prestación por la cobertura de contagio de VIH y/o hepatitis por accidente profesional:

Declaración del Asegurado: cuando el Asegurado sufra una exposición ocupacional deberá dar cuenta de la misma, dentro de los 7 días siguientes, a la autoridad sanitaria de quien dependa y/o al Tomador y en el mismo plazo notificarlo a la Mutua, indicando:

- 1) La hora, día y lugar de la exposición.
- 2) Una descripción del hecho que ocasionó la exposición ocasional.
- 3) Una descripción de los líquidos corporales o tejidos del paciente a los que estuvo expuesto el Asegurado.
- 4) Resultado de un test hepático, o cualquier otro medio de prueba (si es posible) del paciente que haya sido tratado por la persona asegurada con cuyos líquidos corporales o tejidos haya estado en contacto.

Asimismo deberá remitir resultado de las pruebas practicadas según el procedimiento establecido en el artículo 6.2.10.

En todos los casos anteriores, la Mutua podrá solicitar cuanta información complementaria a la anteriormente citada estime necesaria para la verificación y alcance del siniestro.

Artículo 10º. Pago de primas

- 1.- Las primas correspondientes a esta Póliza, junto con los recargos e impuestos legalmente repercutibles, serán exigibles por anticipado, el día de su vencimiento, contra recibo librado por la Entidad Aseguradora, y en el domicilio al efecto pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza y, a falta de pacto, en el domicilio de la Mutua.
- 2.- La primera prima será exigible una vez firmado el Contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del obligado al pago, la Entidad Aseguradora tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca un siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación.
- 3.- En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera la cobertura de la Entidad Aseguradora quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, el Contrato quedará extinguido.
- 4.- Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura volverá a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del seguro o Asegurado pague la prima.
- 5.- En las Condiciones Particulares podrá convenirse el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorro. A este fin el Tomador entregará a la Mutua escrito dirigido al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la oportuna orden al efecto. En caso de domiciliación bancaria la prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, siempre que sea abonada dentro del plazo de un mes contado desde dicho vencimiento.
- 6.- Si el pago de la prima anual se fraccionase por deseo del Tomador del seguro o, en su caso del Asegurado, el importe de las correspondientes fracciones se incrementará en el tanto por ciento que se establezca en las Condiciones Particulares.
En el caso de pagos fraccionados de la prima, el régimen previsto en este artículo para el pago de la prima anual se entenderá aplicable al pago de cada uno de los recibos en que dicha prima se fraccione. La Mutua podrá deducir de la prestación a su cargo la parte de la prima anual pendiente de pago al producirse un siniestro que conlleve la extinción del seguro.
- 7.- En cada renovación del Contrato, el importe de la prima anual se determinará de acuerdo con la edad actuarial del Asegurado en ese momento.

Artículo 11º. Pago de prestaciones

La Mutua, una vez recibida y analizada la documentación a que se refiere el artículo 9 de las presentes Condiciones Generales, si la estima suficientemente acreditativa, abonará al Asegurado o, en su caso, a los Beneficiarios, la suma asegurada que corresponda.

Acreditado el fallecimiento del Asegurado por accidente, por infarto de miocardio o accidente cerebro-vascular, accidente de circulación, la Mutua pagará en su domicilio social al Beneficiario o Beneficiarios designados el capital pactado y que figurará en el Certificado Individual del Seguro.

Acreditada la Incapacidad Permanente y Absoluta por accidente, la Incapacidad Permanente y Absoluta por accidente de circulación, la Incapacidad Profesional Permanente por accidente o el contagio de VIH o hepatitis por accidente profesional y la causa de la misma, la Mutua pagará en su domicilio social al Beneficiario o Beneficiarios designados el capital pactado y que figurará en el Certificado Individual del Seguro.

En caso de que se haya acreditado la existencia de la Incapacidad Laboral Temporal y/o la hospitalización por accidente, la Aseguradora abonará mensualmente al Beneficiario la renta pactada en el Certificado Individual del Seguro durante un plazo máximo de trescientos sesenta y cinco días.

Artículo 12º. Impuestos y recargos

Todos los impuestos y recargos legalmente repercutibles que graven este Contrato, sus primas y prestaciones serán a cuenta y cargo del Tomador del seguro y, en su caso, del Asegurado o sus Beneficiarios.

A reserva de las modificaciones posteriores que se puedan producir durante su vigencia, el Contrato quedará sometido a la normativa fiscal española.

Artículo 13º. Normas de aplicación del baremo

- 1.- Si se menciona en las Condiciones Particulares que el Asegurado es "zurdo", los porcentajes "derecho" e "izquierdo" se invertirán.
- 2.- La situación de Incapacidad y el porcentaje aplicable en cada caso concreto será determinada por la Entidad Aseguradora cuando el estado físico del Asegurado sea fijado médicamente como definitivo y una vez transcurrido el período mínimo de consolidación de las lesiones

establecido en el artículo 6 del Condicionado General.

- 3.- Si las lesiones afectan a distintos órganos o miembros, los respectivos porcentajes se acumularán hasta un máximo del 75% del capital Asegurado para esta cobertura, a no ser que el conjunto de las lesiones determine una Incapacidad Permanente y Absoluta y definitiva, en cuyo caso podrá llegarse al 100% de dicho capital.
- 4.- Si un mismo miembro u órgano resultare afectado por distintas lesiones, se aplicará el porcentaje correspondiente a la más grave.
- 5.- Por "pérdida total" de un miembro u órgano se entiende la amputación o impotencia funcional definitiva y total del mismo.
Las limitaciones y pérdidas parciales sufridas por un mismo miembro u órgano serán valoradas reduciendo proporcionalmente el porcentaje correspondiente a su pérdida total, sin que pueda exceder en ningún caso de la mitad del tanto por ciento correspondiente a la pérdida completa.
- 6.- Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba con anterioridad al mismo amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización aplicable será la diferencia entre el de la Incapacidad preexistente y el de la que resulta después del accidente.

Por ello, en los casos de preexistente mutilación o defecto físico del órgano lesionado o de la función afectada por el accidente, la indemnización por Incapacidad permanente será liquidada únicamente por las consecuencias directas del mismo, sin tomar en consideración cualquier mayor perjuicio derivado de las condiciones preexistentes.

- 7.- La Mutua satisfará las indemnizaciones convenidas por la consecuencia directa y exclusiva del accidente. La influencia que en el accidente puedan haber ejercido enfermedades extrañas a él, así como los perjuicios que tales enfermedades puedan acarrear a la curación de las lesiones ocasionadas por el accidente, no son indemnizables.
- 8.- Si después de fijada la Incapacidad sobreviene la muerte del Asegurado, dentro de los trescientos sesenta y cinco días subsiguientes al accidente y como causa directa del mismo, las cantidades satisfechas por la Entidad Aseguradora se considerarán a cuenta de la suma asegurada para el caso de muerte.
- 9.- La Mutua aplicará supletoriamente al Baremo que fija las situaciones de Incapacidad cubiertas por el Seguro, las tablas AMA vigentes en el momento de acaecimiento del siniestro.

Artículo 14º.- Baremo que fija las situaciones de Invalidez cubiertas por el Seguro:

Situación Invalidante

Porcentaje

- Enajenación mental completa e incurable resultante directa y exclusivamente de una fractura de cráneo y que impida toda ocupación lucrativa	100
- Ceguera total e incurable de ambos ojos	100
- Pérdida anatómica de ambas piernas	100
- Pérdida anatómica de ambos pies	100
- Pérdida anatómica de ambas manos y antebrazos	100
- Pérdida anatómica de una mano y un pie	100
- Pérdida anatómica de un brazo y una pierna	100
- Parálisis completa e irreversible	100
- Pérdida total de una pierna o un pie	50
- Pérdida total del dedo gordo de un pie	10
- Pérdida total de uno de los demás dedos de un pie	5
- Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	40
- Fractura no consolidada de una pierna o de un pie	20
- Fractura no consolidada de una rótula	15
- Ablación de la mandibulación inferior	30
- Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular	30
- Mismo supuesto, si la visión del otro estaba perdida antes del accidente	50
- Sordera completa de los dos oídos	50
- Sordera completa de un oído	10
- Mismo supuesto, si la sordera del otro existía antes del accidente	20
- Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20
- Acortamiento de al menos 5 cm de un miembro inferior	15

Situación Invalidante

Porcentaje

	Dcho.	Izqdo.
- Pérdida total de un brazo de o una mano	60	50
- Pérdida total del movimiento de un hombro	25	20
- Pérdida total del movimiento de un codo	20	15
- Pérdida total del movimiento de una muñeca	20	15
- Pérdida total del pulgar y del índice	40	30
- Pérdida total de tres dedos, comprendiendo el pulgar e índice	35	30
- Pérdida total de tres dedos, que no sean el pulgar o el índice	25	20
- Pérdida total del pulgar y de otro dedo que no sea el índice	30	25
- Pérdida total del índice y de otro dedo que no sea el pulgar	20	17
- Pérdida total del pulgar sólo	22	18
- Pérdida total del índice sólo	15	12
- Pérdida total del dedo mayor, del anular o del meñique	10	8
- Pérdida total de dos de estos últimos dedos	15	12

Artículo 15º.- Baremo sobre el Capital Máximo Asegurado que Determina la Prestación Correspondiente a cada una de ellas

Baremo Normal	225%	Baremo Normal	225%
1%	1%	51%	77%
2%	2%	52%	81%
3%	3%	53%	84%
4%	4%	54%	87%
5%	5%	55%	90%
6%	6%	56%	93%
7%	7%	57%	96%
8%	8%	58%	99%
9%	9%	59%	102%
10%	10%	60%	105%
11%	11%	61%	108%
12%	12%	62%	111%
13%	13%	63%	114%
14%	14%	64%	117%
15%	15%	65%	120%
16%	16%	66%	123%
17%	17%	67%	126%
18%	18%	68%	129%
19%	19%	69%	132%
20%	20%	70%	135%
21%	21%	71%	138%
22%	22%	72%	141%
21%	21%	73%	144%
23%	23%	74%	147%
24%	24%	75%	150%
25%	25%	76%	153%
26%	27%	77%	156%
27%	29%	78%	159%
28%	31%	79%	162%
29%	33%	80%	165%
30%	35%	81%	168%
31%	37%	82%	171%
32%	39%	83%	174%
33%	41%	84%	177%
34%	43%	85%	180%
35%	45%	86%	183%
36%	47%	87%	186%
37%	49%	88%	189%
38%	51%	89%	192%
39%	53%	90%	195%
40%	55%	91%	198%
41%	57%	92%	201%
42%	59%	93%	204%
43%	61%	94%	207%
44%	63%	95%	210%
45%	65%	96%	213%
46%	67%	97%	216%
47%	69%	98%	219%
48%	71%	99%	222%
49%	73%	100%	225%
50%	75%		

Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 4.071, Libro 0, Sección 8, Hoja M-67.736. C.I.F. V28230688

AM 4301C 1607/1

Artículo 16º. Designación de beneficiarios

Serán Beneficiarios expresos de la prestación los designados libremente por el Asegurado o, en su caso por el Tomador. Dicha designación expresa podrá hacerse en la Póliza, o en una posterior declaración escrita o en testamento. Asimismo podrá modificarse dicha designación en cualquier momento, siempre que el Tomador no haya renunciado a esta facultad o haya designado Beneficiario de manera Irrevocable, en la misma forma en la que se efectuó la designación.

De no existir Beneficiario/s expreso/s designado/s para las prestaciones que no supongan fallecimiento, el Beneficiario será el propio Asegurado.

De no existir Beneficiario/s expreso/s designado/s para la prestación por fallecimiento serán Beneficiarios condicionales los que a continuación se relacionan, con arreglo al siguiente orden de prelación excluyente:

- 1º.- Cónyuge superviviente, salvo que se encuentre en trámites de separación o separado judicialmente del Asegurado.
- 2º.- Los hijos del Asegurado, con sustitución vulgar en caso de fallecimiento previo de alguno de ellos.
- 3º.- Los nietos del Asegurado.
- 4º.- Los padres del Asegurado.
- 5º.- Los hermanos del Asegurado.

Cuando los Beneficiarios condicionales sean de los comprendidos en los apartados 2º, 3º, 4º o 5º y exista más de uno, la prestación se repartirá entre ellos por partes iguales.

En el supuesto de que no exista designación expresa de Beneficiarios ni tampoco Beneficiarios condicionales, la prestación formará parte del caudal relicto del Asegurado.

Si la designación expresa se hace a favor de varios Beneficiarios, la prestación convenida se distribuirá, salvo estipulación expresa en contrario, por partes iguales.

El Tomador o, en su caso, el Asegurado, deberá designar, con anterioridad a la fecha de efecto del seguro, y de forma irrevocable, un único Beneficiario del seguro para la cobertura de fallecimiento de Asegurado durante la vigencia del Seguro. Asimismo, el Tomador renuncia de forma expresa a la facultad de revocación de la designación de Beneficiario, siendo nula cualquier revocación posterior.

La designación de Beneficiario se hará constar en cada Certificado Individual de Adhesión.

Artículo 17º. Efectos y duración del seguro

- 1.- La Póliza de Seguro y sus modificaciones, ampliaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito.
- 2.- El Seguro entrará en vigor para cada Asegurado-Adherido a las 00:00 horas, si no se señala expresamente otra, del día indicado en el Certificado Individual de Seguro, una vez firmado el Contrato y siempre que la Mutua haya cobrado la prima.
- 3.- La duración del seguro para cada Asegurado-Adherido figurará en el correspondiente Certificado Individual del Seguro y se prorrogará tácitamente, salvo que alguna de las partes se ponga a la prórroga mediante notificación escrita a la otra con un plazo de un mes de antelación a la conclusión del período en curso, cuando quien se ponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea la Mutua.

Artículo 18º. Certificados individuales del seguro

La Entidad Aseguradora emitirá para cada Asegurado un Certificado Individual del Seguro en el que se harán constar los datos del Asegurado-Adherido, las coberturas garantizadas y las demás condiciones específicas del Seguro y de su renovación.

Cualquier modificación del contenido del Certificado Individual del Seguro requerirá la emisión de uno nuevo, que dejará sin efecto al anterior a partir de la sustitución.

Las modificaciones en los Certificados Individuales y las altas o bajas en el Grupo Asegurado se entenderán incluidas automáticamente en la relación de Asegurados de las Condiciones Particulares o en los sucesivos suplementos de la misma. No obstante, cuando las variaciones afecten a un número elevado de Asegurados, bastará la modificación de aquella relación de Asegurados.

En caso de pérdida de algún Certificado Individual del Seguro, éste será anulado y la Entidad Aseguradora emitirá un duplicado del mismo.

Artículo 19º. Prescripción

Las acciones que se deriven de este Contrato de seguro prescribirán al término de cinco años a contar de la fecha en que puedan ejercitarse, de conformidad con el artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro.

Artículo 20º. Comunicaciones

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán por escrito al domicilio social de aquella señalado en la Póliza.

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador del Seguro, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubieren notificado por escrito a la Entidad Aseguradora el cambio de su domicilio.

Artículo 21º. Instancias de reclamación y jurisdicción

A) Por vía interna:

1. Mediante la presentación del formulario de quejas o reclamaciones o escrito formulado por el interesado y dirigido al Servicio de Reclamaciones de la Entidad Aseguradora, acompañando, en su caso, la documentación que estime conveniente o proponiendo pruebas; las reclamaciones, quejas o escritos se tramitarán y resolverán conforme a lo establecido en el "Reglamento para la defensa del mutualista y de los partícipes de los planes de pensiones individuales" de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.
2. Transcurridos dos meses desde la recepción en la Mutua de la

reclamación inicial sin respuesta o con respuesta insatisfactoria, el interesado quedará desvinculado de esta vía de reclamación y podrá reclamar por vía administrativa.

3. A estos efectos existen en todas las oficinas de la Mutua a disposición de los mutualistas el "Reglamento para la defensa del mutualista y de los partícipes de los planes de pensiones individuales" de Previsión Sanitaria Nacional, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija.

B) Por vía externa:

1. Vía administrativa, una vez denegada la reclamación o queja en vía interna, mediante el procedimiento de reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad, con dirección en Paseo de la Castellana, 44, 28046, Madrid.
2. Vía judicial ante la Jurisdicción Española y, dentro de ella, ante el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, con competencia para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato, conforme a lo dispuesto en el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro.

Artículo 22º. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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

- 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 y 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 bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de

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

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

3. Extensión de la cobertura

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

2. 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

4. 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 o 902 222 665).
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por 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.

Artículo 23º. Tratamiento de datos de carácter personal

A efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador y el Asegurado conocen y aceptan lo siguiente:

a) Los datos de carácter personal facilitados serán incorporados a un fichero inscrito ante la Agencia Española de Protección de Datos, siendo titular y responsable de su tratamiento PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA.

b) La finalidad de la recogida de tales datos es la formalización y gestión del Seguro. Los meramente identificativos podrán utilizarse, además, para poder facilitar información o publicidad sobre las actividades, servicios y productos de PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija y de las Empresas del Grupo PSN, para los sectores específicos y concretos de actividad de las mismas, en los términos establecidos en la solicitud del Seguro. La composición de las empresas del Grupo PSN se puede consultar en la dirección <http://www.psn.es/empresas-psn>. **La finalidad de los datos relativos al estado de salud o los de carácter personal que puedan generar cualquiera de las contingencias cubiertas por el Seguro estarán destinados por la Mutua, para la gestión de su actividad Aseguradora y sólo podrán ser cedidos a otras entidades Aseguradoras y a otros organismos públicos o privados en orden a la tramitación de posibles siniestros, de lucha contra el fraude o cualquier otro fin que sea necesario para la adecuada actuación profesional relacionada con la gestión de la Póliza o por razones de coseguro o reaseguro.**

c) Los datos personales y de salud que se requieren en la solicitud y en los cuestionarios (financieros, ocupacionales y/o de salud) son de obligado suministro por constituir información indispensable para conformar la voluntad contractual de la Mutua en cuanto a la evaluación del riesgo y para la efectividad del Contrato. La negativa a suministrar tales datos impedirá la formalización de la Póliza. Asimismo, el Tomador y el Asegurado prestan su conformidad para la realización de las pruebas que la Mutua considere oportunas de cara a la evaluación del riesgo asegurable, así como a que la Mutua pueda utilizar, con la misma finalidad que la señalada anteriormente, la información del Tomador y del Asegurado que la misma pudiera obtener en un futuro en virtud de otros Contratos del ámbito Asegurador firmados con la Mutua.

d) El Tomador y Asegurado podrá ejercitar, en cualquier momento, los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el domicilio de PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, calle Villanueva, 11, Madrid (28001). En el supuesto de que, con posterioridad al perfeccionamiento de la Póliza del seguro, se ejercite por el Tomador o el Asegurado su derecho de cancelación u oposición de los datos necesarios para la gestión de la Póliza, automáticamente se cancelará la Póliza.

Ambas partes firman la presente como prueba de conformidad con el Contrato suscrito.

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Fdo./D./Dña. _____

D.N.I. nº. _____

EL/LA TOMADOR/A DEL SEGURO

POR LA ENTIDAD ASEGURADORA

PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL

Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija

El Tomador declara CONOCER Y ACEPTAR, una vez examinadas, las presentes Condiciones Generales y, dentro de ellas, específicamente las cláusulas que pudieran considerarse LIMITATIVAS así como cualesquiera EXCLUSIONES y HABER RECIBIDO con anterioridad a la celebración del Contrato, un ejemplar de la NOTA INFORMATIVA DEL SEGURO "PSN ACCIDENTES COLECTIVO", asumiendo de forma expresa el Tomador la obligación de suministrar a los Asegurados Adheridos a esta Póliza colectiva la información que afecte a sus derechos y obligaciones, y ello de conformidad con los artículos 122 y siguientes del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Fdo./D./Dña. _____

D.N.I. nº. _____

EL/LA TOMADOR/A DEL SEGURO

Fdo./D./Dña. _____

D.N.I. nº. _____

EL/LA ASEGURADO/A DEL SEGURO