

Póliza de Seguro de Accidentes Personales



MUTUA SEGORBINA

de Seguros a Prima Fija



FUNDADA EN 1934



POLIZA DE SEGURO DE ACCIDENTES INDIVIDUALES

CONDICIONES GENERALES

El presente contrato se encuentra sometido a la Ley de Contrato de Seguros 50/1980, de 8 de Octubre (Boletín Oficial del Estado de 17 de Octubre del mismo año), cuyo articulado 2º. Establece que serán válidas las cláusulas contractuales distintas de las legales, que sean más beneficiosas para el asegurado. Las cláusulas limitativas contenidas en la póliza sólo serán válidas con la previa aprobación por escrito del suscriptor de la póliza.

ARTICULO PRELIMINAR:

Definiciones:

En este contrato se entiende por:

ASEGURADOR: "MUTUA SEGORBINA DE SEGUROS A PRIMA FIJA", que asume el riesgo contractualmente pactado.

TOMADOR DEL SEGURO: Es la persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

ASEGURADO: La persona o personas naturales sobre las cuales se establece el seguro.

BENEFICIARIO: Es la persona física o jurídica, titular del derecho a la indemnización, coincidiendo en la cobertura de invalidez con el Asegurado.

POLIZA: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. forman parte integrante de la póliza: Las Condiciones Generales; las Particulares que individualizan el riesgo; y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

PRIMA: Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

SUMA ASEGURADA: Es el límite máximo de la indemnización del Asegurador.

DEFINICION DE ACCIDENTE: Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Se entiende por **invalidez permanente** la pérdida orgánica o funcional de los miembros y facultades del Asegurado, cuya intensidad se describe en el Artículo 6 y cuya recuperación no se estime previsible de acuerdo con el dictamen de los peritos médicos nombrados, conforme al Artículo 104 de la Ley de Contrato de Seguro 50/1980, del 8 de octubre (B.O.E.17-10-80). Asimismo, se entenderá por invalidez temporal, aquella que de acuerdo con el dictamen referido en el párrafo anterior se estima recuperable, y durante el tiempo que impida la normal realización de su trabajo habitual por el Asegurado.

ARTICULO 1.- OBJETO DEL SEGURO.

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones

Particulares de esta póliza, cuando el Asegurado sufra un accidente corporal, tanto en el ejercicio de su profesión y/o en su vida privada, de acuerdo con la definición del artículo preliminar.

ARTICULO 2.- RIESGOS EXCLUIDOS EN TODOS LOS CASOS.

Se excluyen de las coberturas de la póliza los siguientes casos:

- a) Las enfermedades de cualquier naturaleza y sus consecuencias, siempre que no sobrevengan directa y únicamente de un accidente.
- b) Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de temperatura o presión atmosférica, a menos que el Asegurado haya quedado expuesto a ellas a consecuencia directa de un accidente.
- c) Los efectos de reumatismo, varices, callos y enfriamientos, así como las distensiones, quebraduras musculares y lumbago, a no ser que se hayan producido como consecuencia directa de un accidente.
- d) Las consecuencias por intervenciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente; las lesiones consecutivas a cualquier intervención practicada por el Asegurado sobre sí mismo y las producidas por cualquier irradiación, que no hayan sido motivadas por un accidente.
- e) Los accidentes por causa de inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos, terrorismo, motín, tumulto popular, hechos o actuaciones en tiempos de paz de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad, hechos de guerra civil o internacional, por actuaciones tumultuarias en reuniones, manifestaciones o huelgas y hechos declarados por el Gobierno como catástrofe o calamidad nacional.
- f) Los accidentes por una modificación cualquiera de la estructura atómica de la materia o sus efectos térmicos, radiactivos u otros, o de aceleración artificial de partículas atómicas.

g) El accidente provocado intencionadamente por el Asegurado.

h) El accidente causado dolosamente por el Beneficiario anulará totalmente la designación hecha a su favor, correspondiendo, en este caso, al Tomador del seguro o, en su defecto, a los herederos de éste.

i) Los accidentes acaecidos tomando parte en apuestas, carreras o competiciones de cualquier naturaleza.

j) Los accidentes por causa de la práctica de los siguientes deportes: alpinismo, automovilismo, aviación, boxeo, artes marciales, caza a caballo, hockey sobre hielo, motorismo, pesca submarina, rugby, toreo y escalada en todas sus variantes.

k) Los accidentes que se produzcan hallándose el Asegurado bajo el efecto de drogas, estupefacientes o en estado de embriaguez. Se considerará que existe embriaguez, cuando el grado de alcoholemia sea superior a 0,80 gramos por 1000 en sangre, o el Asegurado sea condenado por el delito específico de conducción en estado de embriaguez, o en la sentencia dictada en contra del mismo, se recoja esta circunstancia como causa determinante y/o concurrente del accidente.

ARTÍCULO 3.- PERSONAS NO ASEGURABLES

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

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

- Los afectados de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, sífilis, sida, encefalitis letárgica y, en general, cualquier lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica que, a juicio del Asegurador, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.

ARTÍCULO 4.- PERFECCION Y EFECTOS DEL CONTRATO.

El contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción, por las partes contratantes, de la póliza. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario en Condiciones Particulares.

En caso de demora en el cumplimiento de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán desde las veinticuatro horas del día en que hayan sido completados.

ARTÍCULO 5.- LIMITES GEOGRAFICOS.

En materia de riesgos ordinarios cubiertos por la presente póliza, las garantías de la misma, en los supuestos de muerte y de invalidez permanente del Asegurado, surten efecto en todo el mundo, quedando exceptuados los accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.

En cuanto a la invalidez temporal y gastos de asistencia, sólo quedan garantizados dentro de los límites del territorio español.

ARTÍCULO 6.- GARANTIAS DEL SEGURO.

Las garantías que pueden contratarse son las siguientes:

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

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

Categoría Primera: Coeficiente 100 %

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

Categoría Segunda: Coeficiente 75 %

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

Categoría Tercera: Coeficiente 60 %

Amputación o pérdida definitiva del brazo o mano derecha.

Categoría Cuarta: Coeficiente 50 %

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

Categoría Quinta: Coeficiente 30 %

Pérdida completa de la visión de un ojo, con o sin ablación del mismo. Reducción de la mitad de la visión binocular. Ablación de

la mandíbula inferior. Mutilaciones extensas de ambos maxilares y de la nariz. Pseudoartrosis del húmero, consecuente a la gran pérdida de substancia ósea. Codo bailante o luxación irreductible del mismo. Anquilosis del codo en posición defectuosa. Fractura no consolidada de un brazo. Amputación de cuatro dedos de una mano, no siendo el pulgar. Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos. Parálisis externa de un miembro superior. Rodilla anquilosada en defectuosa posición. Fístula gástrica o Ester corácea.

Categoría Sexta: Coeficiente 20 %

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

Categoría Séptima: Coeficiente 15 %

Amputación total del pulgar izquierdo. Amputación total de uno de los índices o de los otros tres dedos de una mano, del dedo gordo o de los otros cuatro dedos de un pie. Acortamiento de un miembro inferior a lo menos de cinco centímetros. Fractura no consolidada de la mandíbula inferior. Grandes pérdidas de substancias óseas en las paredes craneanas. Fístula pleural. Fístula o cualquier otra lesión de aparato urinario. Sordera completa y definitiva de un oído. Rigideces articulares: Limitación de la movilidad conjunta de la articulación en más de Un 50 % del hombro, codo, antebrazo, muñeca, rodilla, articulación tibio-pero nea-estragarían.

Categoría Octava: Coeficiente 5%

Amputación o pérdida completa del uso de uno o dos dedos de una mano, de dos o tres dedos de un pie; de una falange del pulgar o de cuatro falanges en los dedos restantes de una mano. Pérdida completa del movimiento de la muñeca o de la garganta del pie. Pseudoartrosis de uno de los huesos del antebrazo. Acortamiento menor de cinco

centímetros y superior a uno, de cualquiera de los dos miembros inferiores. Rigideces articulares: Limitación de movilidad conjunta de la articulación, en menos de un 50% del hombro, codo, antebrazo, muñeca, rodilla, articulación tibio-pero nea-estragarían. Limitación de la movilidad conjunta de la articulación (parcial o totalmente) de cada uno de los dedos pulgar, índice, medio, anular y meñique, de cada mano o de cada pie.

Regirán, además, las normas complementarias siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

En caso de invalidez permanente, que deje lesiones residuales, corregibles mediante prótesis ortopédica, el Asegurador se obliga a pagar el importe que alcance la primera prótesis que se practique al Asegurado, cuyo importe no exceda del 10 % del capital indemnizable para caso de invalidez, y hasta un máximo de 1.502,53 €.

c) Invalidez Temporal, hasta un máximo de 365 días, desde la fecha del accidente.

d) Asistencia Sanitaria, hasta un máximo de 365 días y por la total asistencia médico-farmacéutica y hospitalaria, si ésta se produce en los centros asistenciales indicados por la Compañía y/o por los Centros y Sanitarios reconocidos por el Consorcio de Compensación de Seguros. En caso contrario, el Asegurador, limitará esta cobertura a un máximo de 1.502,53 €. El Asegurador se reserva el derecho, en todos los casos, de trasladar al accidentado a los centros asistenciales que estime más oportunos, contando siempre con la adecuada autorización médica.

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

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

Para las garantías de Invalidez Temporal y de Asistencia Sanitaria, se podrá convenir una ampliación de la cobertura, conjunta o independientemente, hasta un máximo de 550 días en total. Esta ampliación, se entenderá incluida, siempre que se haga constar expresamente en

las Condiciones Particulares de la póliza; en caso contrario, se estará a lo dispuesto en los apartados c) y d) de este artículo.

ARTICULO 7.- BASES DEL CONTRATO-DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO.

Las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro, de acuerdo con el cuestionario que le ha sometido el Asegurador, así como la presente póliza, constituyen un todo unitario, base del seguro, que sólo abarca, dentro de los límites pactados, los riesgos en la misma especificados. Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza para su formalización, a fin de que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

Lo especificado en este apartado motiva la aceptación del riesgo por el Asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del contrato y la fijación de la prima.

ARTICULO 8.- DURACION DEL CONTRATO.

1.- Las garantías de la póliza entran en vigor a las CERO horas de la fecha indicada en las Condiciones Particulares, siempre y cuando el Tomador del seguro o Asegurado, haya firmado la póliza y pagado el recibo de prima correspondiente, salvo pacto en contrario. El seguro terminará a las 24 horas, de la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

2.- A la expiración del plazo estipulado, si el contrato es de duración anual, quedará tácitamente prorrogado por un año más, y así en lo sucesivo, salvo que alguna de las partes hubiera solicitado su rescisión, de acuerdo con lo previsto en el siguiente párrafo.

3.- Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato, mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación, a la conclusión del período del seguro en curso.

ARTICULO 9.-PAGO DE LA PRIMA.

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

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del seguro, salvo pacto en contrario.

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

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

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

ARTICULO 10.- DECLARACION, AGRAVACION Y DISMINUCION DEL RIESGO.

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

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

El Tomador del seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador, todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza, que si hubieran sido conocidos por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del seguro.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura, en la cuantía que corresponda.

Si el Asegurador no accediera a dicha reducción de prima, el Tomador del seguro podrá exigir la resolución del contrato, así como la devolución de la diferencia existente, entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

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

El Asegurador puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en un plazo de dos meses, a contar del día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el Tomador del seguro dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador del seguro, el Asegurador

puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales, y dentro de los ocho días siguientes, comunicará al Tomador del seguro la rescisión definitiva.

El Asegurador podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

Dicha rescisión deberá ser anunciada con una anticipación de quince días a su toma de efecto.

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

ARTICULO 11.- DEBER DE INFORMACIÓN.

El Tomador del seguro o el Asegurado o el Beneficiario, deberán comunicar al Asegurador, el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido, salvo pacto en contrario.

En todos los casos, el Tomador del seguro o el Asegurado, deberán dar al Asegurador, toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

Para los casos de invalidez, tanto permanente como temporal, el Tomador del seguro o el

Asegurado deberá:

a) Dar al Asegurador toda clase de información, sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.

b) Enviar al Asegurador, en períodos no superiores a 30 días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones.

Cuando no se cubra por el Asegurador la

garantía de servicio médico, los gastos de los certificados médicos irán a cargo del Asegurado.

c) Poner en conocimiento del Asegurador, dentro del plazo máximo de 7 días, la muerte acaecida durante el período de curación.

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

ARTICULO 12.- PAGO DE INDEMNIZACIONES.

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

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

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

a) Fallecimiento:

Partida de defunción del Asegurado, certificación del Registro General de Ultima Voluntad y, si existiera testamento, certificación del albacea respecto a si en el mismo se designan beneficiarios del seguro, y los documentos que acrediten la personalidad de los beneficiarios.

b) Invalidez Permanente:

Certificado médico del alta, con expresión del tipo de invalidez, resultante del accidente.

c) Invalidez Temporal:

Partes de alta y baja que determinen esta invalidez, así como su duración, salvo que el

Asegurador pueda establecer una fecha de alta anterior.

d) Gastos Médico-Farmacéuticos-Hospitalarios:

Una vez terminado el tratamiento, se remitirán al Asegurador las facturas acreditativas del mismo.

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

ARTICULO 13.-RESCISION DEL CONTRATO.

Tanto el Tomador del seguro como el Asegurador, podrán rescindir el contrato después de cada comunicación de accidente, haya o no dado lugar a pago de indemnización.

La parte que tome la decisión de rescindir el contrato, deberá notificárselo a la otra por escrito cursado dentro del plazo de treinta días, desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiere lugar a indemnización o desde la liquidación, si hubiere lugar a ella. Esta notificación, deberá efectuarse con una anticipación mínima de 15 días a la fecha en que la rescisión haya de surtir efecto.

Si la iniciativa de rescindir el contrato es del Tomador del seguro, quedarán a favor del Asegurador las primas del período en curso.

Si la facultad de rescindir el contrato es ejercitada por el Asegurador, deberá reintegrar al Tomador del seguro, la parte de prima correspondiente al tiempo que medie, entre la fecha de efecto de la rescisión y la de expiración del período de seguro cubierto por la prima satisfecha.

La rescisión del contrato efectuada de acuerdo con lo previsto en este artículo, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las

partes, en relación con los siniestros declarados.

ARTICULO 14.-DISCONFORMIDAD EN LA EVALUACION DEL GRADO DE INVALIDEZ.

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

Si no lograrse el acuerdo, dentro del plazo previsto en el artículo dieciocho de la Ley de Contrato de Seguro, cada parte designará un Perito Médico, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y, de no hacerlo en este último plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito Médico de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

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

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos Médicos, ambas partes designarán un tercer Perito Médico de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos Médicos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito Médico Tercero.

El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador, y

ciento ochenta, en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

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

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

ARTICULO 15.-SUBROGACIÓN.

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

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

ARTICULO 16.-PRESCRIPCIÓN.

Las acciones derivadas del contrato, prescriben a los cinco años.

ARTICULO 17.-ARBITRAJE Y JURISDICCIÓN.

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

2.- Si cualquiera de ellas o ambas, decidiesen ejercitar sus acciones ante los Órganos Jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del domicilio del Asegurado, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato de seguro.

ARTICULO 18.-COMUNICACIONES.

Las comunicaciones al Asegurador del Tomador del seguro del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social del Asegurador, señalado en la póliza.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del seguro, a un Agente afecto representante del Asegurador, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a éste.

Las comunicaciones efectuadas por un Agente o Corredor de seguros al Asegurador, en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro y, en su caso, al Asegurado y al Beneficiario, se realizarán al domicilio de éstos, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado al Asegurador el cambio de su domicilio.

El pago de las primas que efectúe el Asegurado a un Agente afecto representante del Asegurador, surtirá los mismos efectos que si se hubiere realizado directamente a éste.

DISPOSICION FINAL.

ARTICULO 19.-CONDICION DE SOCIO O MUTUALISTA - OBLIGACIONES.

1. La condición de socio o mutualista se adquiere, mediante la aceptación simultánea de los Estatutos sociales y de la presente póliza, produciéndose la doble condición de socio de la Mutuality y de Asegurado.

Cuando no sea la misma persona el Tomador del seguro y el Asegurado, la condición de socio o mutualista la adquirirá el Tomador, salvo que en las Condiciones Particulares de la póliza, se haga constar que deba serlo el Asegurado.

2. El socio debe responder de las deudas sociales de la Mutuality, quedando limitada esta responsabilidad a un importe igual al de la prima que anualmente pague por este contrato, en el ejercicio que haya dado origen a la deuda social, y tal responsabilidad se fijará en proporción a la prima de seguro que corresponda a cada uno de los socios de la Mutuality, por ejercicios completos, cualquiera que sea la fecha en que se integren o causen baja dentro del ejercicio.

3. La falta de pago de las derramas pasivas o aportaciones obligatorias, será causa de baja como socio, una vez transcurridos sesenta días, desde que hubiera sido requerido para el pago; no obstante, el contrato de seguro continuará vigente hasta el próximo vencimiento del período de seguro en curso, en cuyo momento quedará extinguido, pero subsistiendo la responsabilidad como socio por sus deudas pendientes.

CLAUSULA DE COBERTURA DE RIESGOS EXTRAORDINARIOS.

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con lo establecido en la Ley de 16 de diciembre de 1954 que crea el Consorcio de Compensación de Seguros (Boletín Oficial del Estado de 19 de diciembre), Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de

17 de octubre), Real Decreto 2022/1986, de 29 de agosto por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes (Boletín Oficial del Estado de 1 de octubre), y disposiciones complementarias.

DERECHO DE INFORMACIÓN, LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que la información que ha facilitado pasará a formar parte de los ficheros de la Mutua Segorbina de Seguros a Prima Fija, con la finalidad poder llevar a cabo el objeto del contrato de seguros suscrito con usted, indicando en este documento de condiciones. Así mismo, da su consentimiento para el tratamiento automatizado de los datos facilitados. Sus datos serán cedidos a INDICAR ENTIDADES A LAS QUE SE CEDEN DATOS Y LA FINALIDAD DE LA CESION (*) con la finalidad de poder prestar el servicio contratado en la póliza del seguro contratado.

Tiene derecho a acceder a esta información y cancelarla o rectificarla, dirigiéndose al domicilio de la Mutua Segorbina de Seguros a Prima Fija en Plaza General Giménez Salas, 2 de Segorbe. Esta entidad le garantiza la adopción de las medidas oportunas para asegurar el tratamiento confidencial de dichos datos.

(*) Las cesiones de datos que vengan exigidas con arreglo a alguna disposición legal, no es necesario indicarlas. (Por ejemplo, las cesiones de datos al Ministerio de Justicia).

I. RESUMEN DE LAS NORMAS

1. RIESGOS CUBIERTOS

a) Fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario (inundación, terremoto, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos siderales y aerolitos).

b) Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.

c) Hecho o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en tiempos de paz.

2. RIESGOS EXCLUIDOS.

Conflictos armados; reuniones, manifestaciones y huelgas legales; energía nuclear; vicio o defecto propio de los bienes; mala fe del asegurado; daños indirectos; los correspondientes a pólizas cuya fecha o efecto, si fuera posterior, no precedan en 30 días al en que haya ocurrido el siniestro, salvo reemplazo, sustitución o revalorización automática; siniestros producidos antes del pago de la primera prima; suspensión de cobertura o extinción del seguro por falta de pago de las primas; y los calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

II. PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN CASO DE SINIESTRO.

Comunicar en las oficinas del Consorcio o de la Entidad Aseguradora de la póliza ordinaria, la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que le será facilitado en dichas oficinas, acompañando la siguiente documentación:

- Copia o fotocopia del recibo de prima o certificado de la Entidad Aseguradora, acreditativos del pago de la prima correspondiente a la anualidad en curso, y en los que conste expresamente el importe, fecha y forma de pago de la prima.

- Copia o fotocopia de la cláusula de riesgos extraordinarios, de las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de la póliza ordinaria, así como de las modificaciones, apéndices o suplementos a dicha póliza, si los hubiere.

LEVES Y MENOS GRAVES.

Todos los centros públicos y privados, excepto las Residencias Sanitarias de la Seguridad Social, en cuyo caso, se estará a lo dispuesto por las Condiciones Generales de la póliza.

ACCIDENTES LEVES, MENOS GRAVES Y GRAVES, OCURRIDOS EN EL RESTO DEL TERRITORIO ESPAÑOL.

Todos los centros públicos y privados, excepto las Residencias Sanitarias de la Seguridad Social, en cuyo caso, se estará a lo dispuesto por las Condiciones Generales de la póliza.

REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE CAPITALES.

Las garantías y capitales asegurados de la póliza quedarán modificados automáticamente en cada vencimiento anual, siguiendo las fluctuaciones del INDICE DE PRECIOS AL CONSUMO que publica el Instituto Nacional de Estadística en su Boletín mensual.

1. DETERMINACION DE CAPITALES Y PRIMAS.

Los nuevos capitales y garantías revalorizadas, así como la nueva prima neta anual, serán los resultados de multiplicar los que figuren en la póliza por el factor que resulte de dividir el Índice de Vencimiento por el Índice Base.

Se entiende por el Índice Base el que figura en el Condicionado Particular de la póliza, que corresponde al último publicado por el Organismo antes citado, en la fecha de emisión de la misma.

Se entiende por Índice de Vencimiento el último publicado por dicho Organismo con dos meses de antelación a cada vencimiento anual de la póliza.

2. VIGENCIA DE LA PRESENTE CLAUSULA.

Las partes se reservan la facultad de rescindir los efectos de la presente garantía en cada vencimiento anual, por lo menos con dos meses de antelación a dicho vencimiento.

**EL TOMADOR DEL SEGURO
Y/O ASEGURADO**

EL ASEGURADOR

ANEXO I
DERECHO DE INFORMACIÓN
LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le comunicamos que la información que ha facilitado pasará a formar parte de los ficheros de la Mutua Segorbina de Seguros a Prima Fija, con la finalidad de poder llevar a cabo el objeto del contrato de seguros suscrito con usted, indicado en este documento de condiciones. Asimismo, da su consentimiento para el tratamiento automatizado de los datos facilitados. Sus datos serán cedidos a otras entidades aseguradoras con el objeto de facilitar la tramitación de siniestros, a otras instituciones colaboradoras con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de coaseguro y reaseguro, siempre con la finalidad de poder prestar el servicio contratado en la póliza de seguro contratado.

El Asegurado también declara que los datos indicados son ciertos y otorga su consentimiento expreso para que puedan ser tratados automatizada y manualmente, incluso aunque la póliza no llegue a emitirse o sea anulada, con fines estadístico actuariales.

Tiene derecho a acceder a esta información y cancelarla o rectificarla, dirigiéndose al domicilio de la Mutua Segorbina de Seguros a Prima Fija en Plaza General Giménez Salas, 2 de 12400 Segorbe. Esta entidad le garantiza la adopción de las medidas oportunas para asegurar el tratamiento confidencial de dichos datos.



FUNDADA EN 1934

Plaza General Giménez Salas, 2 - Teléfono 964 71 36 36 - Fax 964 71 38 04 - 12400 SEGORBE (Castellón)
www.mutuasegorbina.com