

| BAJA DIARIA



LAGUN ARO

**LAS PRESENTES CONDICIONES GENERALES (FP9401 / Rev. 04) JUNTO CON LAS PARTICULARES, ESPECIALES Y EL CUESTIONARIO-SOLICITUD FORMAN EN SU CONJUNTO EL CONTRATO DE SEGURO.**

# Póliza de Seguro Lagun Aro Baja Diaria Autónomos

Condiciones Generales



# ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>INFORMACIÓN LEGAL</b>  | <b>07</b> |
| Dónde reclamar  | 07        |
| <b>DEFINICIONES BÁSICAS DEL SEGURO</b>                                  | <b>09</b> |
| <b>GARANTÍAS PRINCIPALES OPTATIVAS<br/>O DE CONTRATACIÓN EXCLUYENTE</b> | <b>11</b> |
| Subsidio diario por enfermedad y accidente                              | 11        |
| Subsidio diario solo por enfermedad                                     | 11        |
| <b>OBJETO DEL SEGURO: ALCANCE DE LA COBERTURA</b>                       | <b>12</b> |
| Riesgo cubierto   | 12        |
| Franquicia  | 12        |
| Reglas aplicables para el devengo del subsidio diario                   | 12        |
| <b>SUPUESTOS ESPECIALES DE COBERTURA LIMITADA</b>                       | <b>14</b> |
| <b>RIESGOS EXCLUIDOS</b>  | <b>15</b> |
| <b>GARANTÍA COMPLEMENTARIA OPCIONAL</b>                                 | <b>16</b> |
| <b>OBJETO DEL SEGURO: ALCANCE DE LA COBERTURA</b>                       | <b>17</b> |
| Riesgo cubierto   | 17        |
| Reglas aplicables para el devengo del subsidio diario                   | 17        |
| <b>RIESGOS EXCLUIDOS</b>  | <b>18</b> |
| <b>CÓMO PROCEDER EN CASO DE SINIESTRO</b>                               | <b>19</b> |
| Obligaciones  | 19        |

|  |           |
|--|-----------|
| Documentación a aportar  | 19        |
| <b>TRAMITACIÓN Y PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES DEBIDAS</b>   | <b>21</b> |
| Visitas de inspección  | 21        |
| Devengo del subsidio   | 21        |
| Pago de indemnizaciones  | 21        |
| Procedimiento pericial   | 21        |
| <b>NORMATIVA BÁSICA DE LA PÓLIZA</b>   | <b>23</b> |
| Bases del seguro   | 23        |
| Comienzo y duración del seguro   | 23        |
| Nulidad del contrato y pérdida de derechos   | 24        |
| Pago de primas   | 24        |
| Modificaciones del riesgo  | 25        |
| Cambios de domicilio   | 25        |
| Revalorización del subsidio diario   | 27        |
| Concurrencia de seguros  | 27        |
| Comunicaciones   | 27        |
| Jurisdicción   | 28        |
| Protección de datos de carácter personal   | 28        |
| <b>CLAUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS</b> | <b>30</b> |
| <b>I. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES</b>  | <b>30</b> |
| 1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos   | 30        |
| 2. Riesgos excluidos   | 31        |
| 3. Extensión de la cobertura   | 32        |
| <b>II. COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS</b>   | <b>32</b> |
| Teléfonos de interés   | 33        |
| Notas  | 34        |



# INFORMACIÓN LEGAL

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, en su Reglamento, regulado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, y demás normativa de desarrollo de estas disposiciones, así como por lo convenido en las condiciones generales, particulares y, en su caso, especiales del propio contrato de seguro. No tendrán validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurado que no sean aceptadas por escrito, no obstante, no requerirán de dicha aceptación las cláusulas que contengan mera transcripción o referencia a preceptos legales imperativos.

La entidad aseguradora es La Previsión Mallorquina de Seguros, S.A., inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, Tomo 34.346, Folio 13, Hoja nº B-13.071 – CIF A-08-169013 y con domicilio social y dirección general en c/Aribau, 168-170, Entlo.1ª, Barcelona-08036.

La autoridad a la que le corresponde el control de la actividad del Asegurador es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda.

## DÓNDE RECLAMAR

En caso de litigio, el Tomador del seguro podrá dirigirse **en primer lugar a:**

Con carácter interno, como Servicio de Atención al Cliente, mediante escrito dirigido a:

- Previsión Mallorquina de Seguros, S.A.  
Servicio de Atención al Cliente  
C/ Aribau 168-170, Entlo 1ª.  
08036 Barcelona

**En segundo lugar** y si persiste su disconformidad, con carácter externo mediante escrito dirigido a:

- Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones  
Servicio de Reclamaciones  
Paseo de la Castellana, 44  
28046 Madrid  
[www.dgsfp.mineco.es](http://www.dgsfp.mineco.es)

Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, será imprescindible acreditar haberlas formulado previamente, por escrito, dirigido al Servicio de Atención al Cliente Previsión Mallorquina de Seguros, S.A.

Este deberá acusar recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y resolverlas o denegarlas igualmente por escrito y motivadamente. Asimismo el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta o que ha sido denegada la admisión de la reclamación o desestimada su petición.

En cualquier caso, siempre puede dirigirse a los Juzgados y Tribunales de Justicia ordinarios.



# DEFINICIONES BÁSICAS DEL SEGURO

**Compañía. Previsión Mallorquina de Seguros, S.A.**, entidad emisora de esta póliza, que en su condición de Asegurador, mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato, con arreglo a las condiciones de la póliza.

**Tomador del Seguro.** Persona física o jurídica que suscribe este contrato y a quien corresponden las obligaciones que se deriven del mismo, en especial la de pagar la prima pactada, excepto aquellas obligaciones que correspondan expresamente al asegurado y/o beneficiario.

**Asegurado.** Persona física titular del interés expuesto al riesgo sobre la que se establece el seguro, a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato. El Asegurado podrá asumir las obligaciones y deberes del Tomador del seguro.

**Beneficiario.** Persona física o jurídica a quien el tomador del seguro, o en su caso el asegurado, reconoce el derecho a percibir, en la cuantía que corresponda, el subsidio garantizado en esta póliza.

**Póliza o contrato de seguro.** Documento que contiene las condiciones pactadas entre la Compañía y el Tomador del seguro, compuesto de Condiciones Generales (donde se establecen los aspectos básicos y generales del seguro), de las Condiciones Particulares (donde se establecen los aspectos específicos e individualizados que, para cada Tomador, completan o modifican las Condiciones Generales) y, en su caso, si fueran contratadas, de las Condiciones Especiales y Suplementos o Apéndices (donde se establecen modificaciones o complementos posteriores a las Condiciones Generales).

**Prima.** Cantidad económica que se paga a la Compañía como contraprestación del seguro, es decir, su precio. El importe de la prima se indica en el correspondiente recibo, en el que se incluyen los impuestos, tributos y recargos legalmente repercutibles al Tomador del seguro.

**Franquicia.** El seguro podrá contratarse con periodo de franquicia, entendiéndose por tal, el periodo de tiempo inicial del siniestro en que no se devengará el subsidio diario contratado. Una vez finalizado el mismo, comenzará el devengo del subsidio diario contratado hasta el resto del plazo máximo garantizado que constituye el **periodo de cobertura**. Dichos periodos figurarán reseñados en las Condiciones Particulares de la póliza.

**Periodo de cobertura.** Plazo máximo durante el cual se devengarán los subsidios diarios contratados que garantiza la Compañía en caso de siniestro.

**Carencia.** Tiempo que transcurre entre la fecha en que se formaliza el contrato y la toma de efecto de la cobertura pactada.

**Hospitalización.** La permanencia del Asegurado durante un periodo superior a veinticuatro horas en un centro sanitario, clínica u hospital en condición de paciente.

**Centro sanitario, clínica u hospital.** Los establecimientos legalmente constituidos con el fin de recibir enfermos o accidentados para su tratamiento como pacientes. A estos efectos será requisito indispensable que dichos establecimientos dispongan de servicios médicos y de enfermería durante las 24 horas del día, disponiendo asimismo de aquellos instrumentos técnicos necesarios para el diagnóstico y la intervención quirúrgica.

# GARANTÍAS PRINCIPALES OPTATIVAS O DE CONTRATACIÓN EXCLUYENTE

- ▶ Subsidio diario por enfermedad y accidente
- ▶ Subsidio diario sólo por enfermedad

# OBJETO DEL SEGURO: ALCANCE DE LA COBERTURA

## Riesgo cubierto



Por el presente contrato el Asegurador queda obligado a garantizar el devengo del subsidio diario consignado en Condiciones Particulares por un plazo máximo de trescientos sesenta y cinco días, de acuerdo con lo regulado en las presentes Condiciones Generales, cuando el Asegurado se vea afectado por una alteración de su estado de salud, imputable a una enfermedad y/o accidente, que lleve consigo la interrupción TOTAL de su actividad laboral o profesional de forma temporal.

La cobertura del seguro también podrá contratarse exclusivamente para las alteraciones del estado de salud causadas únicamente por enfermedad, lo cual se hará constar en las Condiciones Particulares de la póliza.

## Franquicia

El seguro podrá contratarse con periodo de franquicia. Dicho periodo figurará reseñado en las Condiciones Particulares, **y una vez finalizado el mismo, comenzará el devengo del subsidio diario contratado hasta el resto del plazo máximo garantizado que constituye el periodo de cobertura.**

## Reglas aplicables para el devengo del subsidio diario

### → Definición y alcance del siniestro

La definición y alcance del siniestro a los efectos del presente contrato es ajena y no sigue los mismos criterios de definición y calificación que el sistema público y, por lo tanto, la calificación de éste se define y determina exclusivamente por el presente contrato de seguro.

### → Asistencia médica facultativa y tratamiento médico continuado

En todas las enfermedades o accidentes el Asegurado deberá recibir asistencia médica facultativa y seguir de forma continuada el tratamiento médico necesario para la curación del proceso. Por ello, a los efectos del presente contrato, será causa expresa de suspensión del devengo del subsidio diario la permanencia del Asegurado en lista de espera, hasta ser sometido al tratamiento médico necesario.

## → Inhabilitación laboral total de forma temporal

La alteración del estado de salud debe impedir temporalmente al Asegurado, de manera clínicamente explicable, el ejercicio de la actividad laboral o profesional de forma TOTAL.

### Supuestos en que finaliza el derecho al devengo de los subsidios diarios

- ▶ Si el Asegurado puede reanudar sus actividades profesionales o laborales habituales, INCLUSO DE FORMA PARCIAL, aun cuando no haya alcanzado su total curación.
- ▶ Cuando se pueda diagnosticar médicamente que la enfermedad o accidente que ha motivado el siniestro padecido por el Asegurado se ha transformado en una invalidez permanente para el ejercicio de su actividad laboral o profesional consignada en las Condiciones Particulares de la Póliza.
- ▶ Por agotamiento del periodo máximo de cobertura contratado.

## → Plazo máximo de cobertura

La suma de los días en los que se hubieran devengado los subsidios diarios por alteraciones del estado de salud del asegurado que, por cualquier causa afecten y/o sean originadas por un mismo proceso, no podrá ser superior al plazo máximo de 365 días, incluido, en su caso, el periodo de franquicia consignado en Condiciones Particulares.

En el supuesto de que el asegurado no hubiera agotado el periodo máximo de cobertura, de un modo consecutivo o en distintos periodos con intervalos de salud, y se iniciará un nuevo siniestro por el mismo proceso o causas relacionadas, se considerará a todos los efectos prolongación del anterior. En estos casos, la suma de todos los periodos consumidos no podrá superar el plazo máximo de cobertura. No será de aplicación lo anterior si hubieran transcurrido 12 meses entre la fecha de alta del último siniestro y la fecha de baja del consecutivo.

## → Plazo máximo de cobertura e importe del subsidio diario

El subsidio diario a satisfacer por el Asegurador será de la cuantía señalada en las Condiciones Particulares, aún en el caso de que el Asegurado padeciera **varias enfermedades o accidentes al mismo tiempo o sobreviniera una nueva enfermedad o accidente, consecuencia del curso clínico de la o las inicialmente declaradas.**

En este último supuesto, el Tomador, Asegurado o Beneficiario están obligados a cursar al Asegurador un informe médico dando cuenta de dicha circunstancia. Si la nueva enfermedad o accidente sobrevenido tuviera como causa un **proceso distinto de la o las declaradas anteriormente**, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la última enfermedad o accidente.

## SUPUESTOS ESPECIALES:

### Supuestos especiales con periodos de cobertura limitados sobre el plazo máximo establecido con carácter general

#### ▶ EMBARAZO

Cuando la causa o causas primarias de la enfermedad o accidente padecido por la Asegurada sea el embarazo de la misma, el plazo máximo de cobertura que garantiza el asegurador queda LIMITADO a 45 días para una misma anualidad de contrato, deduciéndose, en su caso, los días de franquicia contratada. En cualquier supuesto, cesará el derecho al devengo de la prestación el mismo día en que se produjera el parto o cesárea de uno o varios recién nacidos, aún cuando no haya alcanzado la asegurada su total curación. Dicha prestación tendrá un período de carencia o ausencia de cobertura de 12 meses a contar desde la fecha de inclusión de la Asegurada en la póliza, o en su caso, sobre el incremento de la suma asegurada a contar a partir de la fecha de efecto de la modificación. No será objeto de cobertura la mera situación de riesgo durante el embarazo.

#### ▶ PARTO O CESAREA

Cuando la causa o causas primarias de la enfermedad o accidente padecido por la Asegurada sea el parto o cesárea de la misma de uno o varios recién nacidos, se garantiza el devengo de una indemnización única equivalente a 20 días del subsidio diario contratado. Y en el supuesto de que se manifestaran enfermedades como consecuencia del mismo, dicha prestación se incrementará en hasta 25 días más, con un periodo máximo de cobertura LIMITADO a 45 días para la suma de los dos conceptos. Dicha prestación tendrá un período de carencia o ausencia de cobertura de 12 meses a contar desde la fecha de inclusión de la Asegurada en la póliza, o en su caso, sobre el incremento de la suma asegurada a contar a partir de la fecha de efecto de la modificación.

#### ▶ ENFERMEDAD y/o TRANSTORNO MENTAL y DEL COMPORTAMIENTO

Cuando la causa o causas primarias de la enfermedad o accidente padecido por el Asegurado sean las enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento que le obliguen a permanecer de forma ininterrumpida en un área de hospitalización de psiquiatría en hospitales y/o residencias sanitarias, el plazo máximo de cobertura que garantiza el asegurado queda LIMITADO a 90 días para una misma anualidad de contrato, deduciéndose, en su caso, los días de franquicia contratada.

## Riesgos excluidos

### NO SON OBJETO DE COBERTURA DEL PRESENTE CONTRATO LOS SIGUIENTES RIESGOS:



- La prestación directa por el Asegurador de los servicios médicos, quirúrgicos y el pago de los gastos de asistencia médica y farmacéutica.
- Todas las alteraciones del estado de salud, crónicas o no, lesiones o defectos de origen anterior a la fecha de emisión de esta Póliza.
- Todas las alteraciones del estado de salud, cuya causa sea originada por: guerra civil o internacional, las derivadas de la energía atómica o nuclear, salvo que sean secuela de un tratamiento médico, las epidemias oficialmente declaradas y todos los riesgos declarados oficialmente como catastróficos.
- Las enfermedades o accidentes producidos en cualquier clase de deporte practicado con carácter profesional.
- Las enfermedades cuya causa fuese originada por la ingestión de bebidas alcohólicas o la toxicomanía y las lesiones de intento de suicidio. Las enfermedades y /o accidentes en los que se detecten en el organismo del Asegurado la presencia de drogas o estupefacientes y en aquellos en los que el Asegurado supere el grado de alcohol en sangre legalmente establecido para calificar la conducta como delictiva o cuando el asegurado sea condenado o sancionado por esta causa.
- Todas las alteraciones del estado de salud producidas por actos médicos o tratamientos a los que se someta voluntariamente el asegurado cuya causa o causas primarias no sean una enfermedad o accidente.
- El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o enfermedades causadas por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- La Fibromialgia y el Síndrome de la Fatiga Crónica.
- El aborto y cualquier alteración en el estado de salud durante la interrupción temporal de la actividad laboral o profesional por razón del descanso por maternidad.
- Las enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento que no obliguen al Asegurado a permanecer de forma ininterrumpida ingresado en un área de hospitalización de psiquiatría en hospitales y/o residencias sanitarias. También quedan excluidas todas las enfermedades y/o trastornos ocasionados o desencadenados por el estrés.
- Se entenderán, además, RIESGOS EXCLUIDOS, todas las reagudizaciones, secuelas, consecuencias y/o complicaciones y sus tratamientos específicos de todos los riesgos anteriormente descritos en el presente apartado.

# GARANTÍA COMPLEMENTARIA OPCIONAL

- ▶ Hospitalización por enfermedad y accidente



# OBJETO DEL SEGURO: ALCANCE DE LA COBERTURA

## Riesgo cubierto



En caso de contratación de esta cobertura por el Tomador, el Asegurador garantizará, durante un plazo máximo de trescientos sesenta y cinco días, el devengo del subsidio diario consignado en las Condiciones Particulares para esta cobertura, por cada día que el asegurado permanezca de forma ininterrumpida en condición de paciente en un centro sanitario, clínica u hospital, por cualquier causa que no esté excluida en las presentes Condiciones Generales y/o Particulares.

## Reglas aplicables para el devengo del subsidio diario

### → Deber de Información

A los efectos de establecer la duración de los subsidios, el Asegurado deberá acompañar el informe de Alta Hospitalaria del centro sanitario, clínica u hospital y una declaración expedida por la Dirección o Administración del centro sanitario, clínica u hospital acreditativa de la causa de hospitalización y la duración de ésta, con expresión de las horas de ingreso y salida

**El día del ingreso hospitalario computará a los efectos de determinar la duración de los subsidios, no así el del Alta Hospitalaria, por el cual no tendrá el Asegurado derecho al devengo del subsidio contratado para esta garantía.**

### → Hospitalización por parto

En los casos de hospitalización con motivo de parto, el pago del subsidio diario establecido para esta cobertura en las Condiciones Particulares, se extenderá **ÚNICAMENTE** hasta un plazo máximo de siete días contados a partir del parto.

Quedan en todo caso **asimilados** al parto los casos de parto por **cesárea**.

Se establece para estos supuestos un plazo de **CARENCIA** o ausencia de cobertura desde la fecha de contratación de **veinticuatro meses**.

## Riesgos excluidos

### NO SON OBJETO DE COBERTURA LAS HOSPITALIZACIONES DEBIDAS A:

- Todos los riesgos excluidos descritos anteriormente en el apartado correspondiente de estas Condiciones Generales para la cobertura principal de subsidio diario por enfermedad y/o accidente.
- Los exámenes o tratamientos médicos periódicos, chequeos y estancias en asilos, geriátricos, balnearios y sanatorios de reposo o de tratamientos de enfermedades y trastornos mentales, de rehabilitación o similares en su actividad a todos los mencionados.
- La cirugía plástica o reparadora salvo que sea necesaria como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza y para reparar el daño causado.
- Los tratamientos adelgazantes, las esterilizaciones de ambos sexos, la fertilización "in vitro", ni la inseminación artificial.
- El embarazo

# CÓMO PROCEDER EN CASO DE SINIESTRO

## Obligaciones

En caso de siniestro el Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado o Beneficiario, están obligados a:

- ▶ **Comunicar** al Asegurador su acaecimiento, **dentro del plazo máximo de siete días** desde su producción, debiendo darle toda clase de informaciones que le requiera el Asegurador sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.  
**En caso de violación de este deber por el Tomador y/o Asegurado, se perderá el derecho a la indemnización si hubiese concurrido dolo o culpa grave.**
- ▶ **Aminorar las consecuencias del siniestro**, empleando todos los medios a su alcance para el pronto restablecimiento del Asegurado.  
**El incumplimiento por parte del Asegurado de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar al Asegurador con la prolongación del siniestro, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.**

## Documentación a aportar

En el supuesto de siniestro cubierto por este contrato, a los efectos del devengo de subsidios diarios, el Asegurado deberá presentar, debidamente cumplimentados, los siguientes documentos:

- ▶ **Declaración o parte de siniestro**, impreso que será facilitado a su solicitud por el Asegurador o el mediador de seguros que haya intervenido en la contratación de la póliza, en su caso, debiendo ser cumplimentado en todas sus partes, siendo indispensable que, la parte relativa a la enfermedad o accidente, sea extendida y firmada por el médico que asista al paciente.
- ▶ **A falta** del mencionado impreso, el aviso de siniestro podrá facilitarse al Asegurador mediante **escrito en el que conste:** número de póliza; nombre del Tomador; nombre, apellidos, edad y domicilio del Asegurado, debiendo unirse al citado escrito un informe del médico que asista al paciente, reseñando la enfermedad y/o accidente, sus causas, si guarda reposo absoluto domiciliario

o reposo relativo, si ha padecido con anterioridad la dolencia y en qué fecha, y si su dolencia le impide dedicarse a sus actividades laborales o profesionales de forma total o parcial, fecha probable de iniciación del proceso, fecha en que comenzó a prestarle asistencia, pronóstico en cuanto a la duración de la dolencia, y por último, fecha en que se emite el informe.

- ▶ Para la **garantía HOSPITALIZACIÓN**, a los efectos de establecer la duración de los subsidios, el Asegurado deberá acompañar el **informe de Alta Hospitalaria del centro sanitario, clínica u hospital** y una **declaración expedida por la Dirección o Administración del centro sanitario, clínica u hospital acreditativa de la causa de la hospitalización y la duración de ésta, con expresión de las horas de ingreso y salida.**

# TRAMITACIÓN Y PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES DEBIDAS

## Visitas de inspección

Recibida la Declaración de Siniestro, el Asegurador podrá disponer las visitas de inspección que estime convenientes, para comprobar el estado de salud del Asegurado, siempre que no se oponga a éstas algún facultativo de los que asistan al mismo, y requerirle los informes médicos que considere necesarios para la correcta valoración del siniestro.

## Devengo del subsidio

**LOS SUBSIDIOS CORRESPONDIENTES SE DEVENGARÁN A PARTIR DEL MISMO DÍA INCLUSIVE DE INICIARSE EL SINIESTRO, SIEMPRE QUE ÉSTE SE COMUNIQUE AL ASEGURADOR DENTRO DEL PLAZO MÁXIMO DE SIETE DÍAS DESDE SU INICIO, TAL COMO PREVIENE EL ARTICULO 16 DE LA LEY.**

**De recibirse la Declaración de Siniestro transcurrido este plazo máximo, el Asegurado comenzará a devengar los subsidios desde la fecha en que el Asegurador haya recibido la citada Declaración.**

## Pago de indemnizaciones

Las cantidades debidas por el Asegurador en virtud de esta Póliza se harán efectivas al Beneficiario correspondiente, dentro de los ocho días siguientes a la fecha en que el Asegurador haya tenido conocimiento del alta del Asegurado **a los efectos del presente contrato**, debiendo éste firmar el oportuno recibo o finiquito. **No devengará subsidio diario alguno el día que cause alta el asegurado.**

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro, el Asegurador no hubiere indemnizado su importe total por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará en el porcentaje legalmente establecido.

En procesos de larga duración, el Asegurador, una vez conocidas y valoradas todas las circunstancias del siniestro, podrá realizar liquidaciones a cuenta de la prestación económica final.

## Procedimiento pericial

**En caso de que la indemnización propuesta o satisfecha por el Asegurador no fuese aceptada por el Tomador y/o Asegurado, las partes se someterán al sistema pericial contradictorio, de acuerdo con lo previsto en los Artículos 104 y 38 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.**



# NORMATIVA BÁSICA DE LA PÓLIZA

## Bases del seguro

La presente póliza se concierta en base a las declaraciones formuladas por el Tomador y el Asegurado en el cuestionario que se recoge en la solicitud de seguro, las cuales han determinado la aceptación y valoración del riesgo por la Compañía Aseguradora y, por tanto, el cálculo de la prima correspondiente.

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

**Si el Tomador y/o el Asegurado, al formular las declaraciones del cuestionario de contenido en la solicitud de seguro, incurriera en reserva, inexactitud o falta de veracidad respecto a las circunstancias por él conocidas que pudiesen influir en la aceptación y valoración del riesgo, se aplicarán las reglas siguientes:**

La compañía podrá rescindir el contrato de acuerdo con lo dispuesto en la Ley, mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderán a la Compañía, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo de seguro en curso en el momento que haga esa declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Compañía efectúe dicha declaración, la indemnización se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador y/o del Asegurado, la Compañía quedará liberada del pago de la indemnización.

**NO OBSTANTE, NO SE APLICARÁN LAS REGLAS ANTERIORES, SI LA COMPAÑÍA NO LES SOMETE A CUESTIONARIO-SOLICITUD DE SEGURO O CUANDO, AÚN SOMETIÉNDOLES, SE TRATE DE CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDAN INFLUIR EN LA ACEPTACIÓN Y VALORACIÓN DEL RIESGO Y QUE NO ESTÉN COMPRENDIDAS EN ÉL.**

## Comienzo y duración del seguro

La cobertura de la póliza tomará efecto con carácter inmediato, es decir, sin plazo de carencia, una vez firmada la póliza por el Tomador y satisfecha la prima inicial, excepto para los SUPUESTOS ESPECIALES DE COBERTURA LIMITADA, en los que existirá un periodo de carencia o ausencia de cobertura de 12 meses a contar desde la fecha de efecto de la póliza.

El seguro se estipula por el periodo de tiempo recogido en las Condiciones Particulares de la póliza, y a su vencimiento, si el Tomador del Seguro no manifestare lo contrario mediante **notificación escrita** a la Compañía Aseguradora al menos con **un mes de antelación** al vencimiento de la anualidad en curso, **la póliza se renovará automáticamente por periodos anuales** a partir de cada aniversario de la fecha de efecto del seguro, mediante el pago de la prima que corresponda en la anualidad de renovación.

No obstante, la compañía Aseguradora **podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita al Tomador de la póliza, efectuada con antelación no inferior a 2 meses a la conclusión del periodo de seguro en curso.**

En cada prórroga anual del contrato, la prima a pagar se determinará de acuerdo con las tarifas que el Asegurador tenga en vigor en la fecha de la prórroga, especialmente en lo que se refiere a la suma asegurada, la actividad profesional y al grupo de edad de riesgo que corresponda al asegurado en ese momento.

El seguro se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

Asimismo, el contrato también se extinguirá con carácter retroactivo en el mismo momento de la ocurrencia de los siguientes casos, aún sin existir comunicación previa al Asegurador:

- ▶ Cuando el Asegurado cese en toda actividad laboral o profesional, o pase a situación de desempleo o jubilación.
- ▶ Desde que se pueda diagnosticar médicamente, que la enfermedad o accidente que ha motivado el siniestro padecido por el Asegurado, se ha transformado en una invalidez permanente para el ejercicio habitual de la profesión consignada en las Condiciones Particulares.

En ambos supuestos el Asegurador se obliga a extornar al Tomador del seguro la parte de la prima satisfecha correspondiente al período que, como consecuencia de la extinción, no hubiera soportado riesgo.

## Nulidad del contrato y pérdida de derechos

Será nulo el contrato, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

Se pierde el derecho a la indemnización cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado.

## Pago de primas

El Tomador del seguro está obligado al pago de la prima, el cual se realizará en su domicilio salvo que en condición particular se acuerde otra cosa.

El pago de primas que efectúe el Tomador del seguro al agente de seguros que haya mediado el contrato, surtirá los mismos efectos que si se hubiese realizado directamente al Asegurador.



La primera prima, fraccionada o no, será exigible una vez firmado el contrato, si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador 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 el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

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

Si el contrato no hubiera 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.

El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

## Modificaciones del riesgo

→ El Tomador o el Asegurado, durante el curso del contrato, deberán declarar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, **todas las circunstancias que agraven el riesgo** y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la aceptación y perfección del contrato, no lo habrían celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el Tomador.

**A los efectos del presente contrato, el cambio del Asegurado en la actividad profesional o laboral y la forma en que la desempeña—por cuenta propia o ajena—, que figuran consignadas en Condiciones Particulares, son circunstancias que modifican el riesgo y deben ser comunicadas al Asegurador conforme se describe a continuación**

La agravación del riesgo podrá o no ser aceptada por la Compañía Aseguradora, y se le aplicarán las normas siguientes:

- ▶ En caso de aceptación, el Asegurador podrá proponer al Tomador del seguro la modificación correspondiente del contrato, en el plazo de dos meses a contar desde que la agravación le ha sido declarada.  
El Tomador del seguro dispone de quince días a contar desde la recepción de esa proposición de modificación de contrato para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o silencio por parte del Tomador, 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 la rescisión definitiva.

- Si el Asegurador no acepta la agravación del riesgo, podrá rescindir el contrato, comunicándolo al Tomador dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación.

En el caso de que el Tomador o el Asegurado no hayan comunicado al Asegurador la agravación del riesgo y sobreviniere un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad de riesgo.

Si la agravación del riesgo no fuera imputable al Tomador del seguro o al asegurado, y la Compañía aseguradora no aceptara la modificación, quedará obligada a la devolución de la prima no devengada.

Concretamente, para el supuesto que la agravación del riesgo no comunicada con carácter previo al siniestro consista en el cambio de cuenta propia a cuenta ajena de la actividad laboral o profesional realizada por el asegurado, se aplicará la reducción proporcional de la prestación descrita anteriormente teniendo en cuenta:

1º) La prestación diaria resultante en ningún caso podrá superar la establecida por tarifas vigentes del Asegurador para los trabajadores por cuenta ajena del grupo de Riesgo al que pertenezca la actividad profesional realizada por el Asegurado.

Así mismo, la prestación diaria asegurada no podrá ser superior a los ingresos brutos diarios obtenidos por el Asegurado en el ejercicio de su actividad laboral o profesional antes de sobrevenir al siniestro.

2º) Tomando como base la citada prestación diaria resultante, se procederá a adaptar la prima convenida a la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, extornándose al Tomador del seguro, en su caso, la diferencia entre la nueva prima adaptada y la prima satisfecha.

**Así mismo, el Tomador y/o Asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se consideran agravación del riesgo.**

→ Durante el curso del contrato, el Tomador del seguro o el Asegurado podrán poner en conocimiento de la Compañía aseguradora **todas las circunstancias que disminuyan el riesgo** y sean de tal naturaleza que, de haberlas conocido el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador.

En tal caso, al finalizar el período en curso del seguro cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir la prima futura en la proporción o cuantía correspondiente, en caso contrario, tendrá derecho el Tomador a la resolución del contrato, y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

## Cambios de domicilio

El Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado o Beneficiario, deberán comunicar al Asegurador, tan pronto como sea posible, el cambio de domicilio que figura en las Condiciones Particulares.

## Revalorización del subsidio diario

Podrá pactarse por mutuo acuerdo de las partes la revalorización anual del subsidio diario y prima estipulados en las Condiciones Particulares, de acuerdo con las normas siguientes:

El subsidio diario asegurado y la prima se incrementarán automáticamente en cada vencimiento anual del contrato según el porcentaje pactado y reseñado en las Condiciones Particulares.

En caso de siniestro, el subsidio diario a satisfacer por el Asegurador será el vigente en el momento del inicio del siniestro, sin que, de prolongarse éste, y concurriendo una revalorización del subsidio, deba incrementar el Asegurador el subsidio diario a partir del vencimiento de dicha revalorización.

El Tomador del seguro y el Asegurador podrán renunciar a la revalorización en cada vencimiento anual del contrato, comunicándolo previamente a la otra parte con dos meses de antelación a dicho vencimiento, quedando fijos para los sucesivos, los subsidios diarios asegurados y la prima establecida en el vencimiento anterior a la renuncia.

## Concurrencia de seguros

El Tomador del Seguro y, en su caso, el Asegurado o Beneficiario, tiene la obligación de comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro seguro de idéntica naturaleza que se refiera al mismo Asegurado.

## Comunicaciones

- ▶ Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro o el Asegurado al agente de seguros que haya mediado el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.  
Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro o del Asegurado surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador de seguro o el Asegurado, salvo indicación en contrario de éstos.
- ▶ En el supuesto de que como consecuencia de la perfección y/o desarrollo del presente contrato sea preciso la notificación de cualesquiera circunstancias entre las partes, éstas acuerdan que dichas notificaciones se realizarán mediante envío postal o electrónico a las direcciones postales o electrónicas, incluido al número de teléfono móvil, que se relacionan en las Condiciones Particulares del presente contrato.

Si cualquiera de las partes cambiase de dirección postal o electrónica o de número de teléfono móvil durante la vigencia del presente contrato, vendrá obligada a comunicar a la otra las nuevas direcciones y/o número de teléfono móvil, asumiendo la parte que incumpla cualesquiera consecuencias jurídicas derivadas de este incumplimiento.

## Jurisdicción

El presente contrato de seguro queda sometido a la legislación española. Las instancias de reclamación son el Servicio de Atención al Cliente del Asegurador y el Comisionado para la Defensa del Asegurado, de acuerdo con el procedimiento legalmente establecido.

Además, y en todo caso, las acciones derivadas del presente contrato quedan sometidas a la jurisdicción española, y dentro de ella, será juez competente el del domicilio del Asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario, a cuyo efecto el Tomador del Seguro, el Asegurado o Beneficiario, designarán uno en España a efectos de notificaciones, en caso de que el suyo fuera en el extranjero de forma transitoria.

## Protección de datos de carácter personal

Siguiendo lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, en consonancia con la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, le informamos que la contratación de la póliza de seguro del Ramo de Enfermedad requiere para su desarrollo, cumplimiento, control y ejecución por LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. el tratamiento de datos de los asegurados, incluidos sus datos de salud, así como la comunicación de aquellos datos que sean adecuados, pertinentes y no excesivos para el cumplimiento de la finalidad señalada entre los prestadores de servicios (médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas) y LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. pudiendo la entidad solicitar de los prestadores de servicios la información que se requiera a estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que este recibiendo.

Con la solicitud de cualesquiera prestaciones económicas que se realicen en base al contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que se realice el tratamiento de datos y su posible comunicación ulterior entre prestadores y entidad.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse por escrito acreditando su identidad a LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., c/ Aribau, 168-170, entlo. 1<sup>a</sup>, a la Atención de Asesoría Jurídica. En caso de oposición al tratamiento y comunicación de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.



## 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.

### I. 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 o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

## 2. Riesgos excluidos

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



### 3. Extensión de la cobertura

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

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.

## II. COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:

Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).

A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros ([www.conorseguros.es](http://www.conorseguros.es)).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

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









**AUTOMÓVIL**

**HOGAR**

**AHORRO PREVISIÓN**

**VIDA ACCIDENTES**

**SALUD**

**NEGOCIO**

**BAJA DIARIA**