



CONDICIONADO
GENERAL

VIDA ADAAPTA



INDICE

CAPÍTULO I. DEFINICIONES.....	3
CAPÍTULO II. NORMAS GENERALES.....	3
ARTÍCULO 1. CLAUSULA PRELIMINAR	3
ARTÍCULO 2. RELACIÓN JURÍDICA, COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN.....	4
ARTÍCULO 3. INSTANCIAS DE QUEJA Y RECLAMACIÓN	4
ARTÍCULO 4. TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.....	4
ARTÍCULO 5. DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO.	5
ARTÍCULO 6. DESISTIMIENTO UNILATERAL.....	5
ARTÍCULO 7. ERROR EN LA EDAD DECLARADA	5
ARTÍCULO 8. PERFECCIÓN Y TOMA DE EFECTO.....	5
ARTÍCULO 9. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO III. OBJETO, COBERTURAS Y EXCLUSIONES.....	6
ARTÍCULO 10. OBJETO DEL SEGURO.....	6
ARTÍCULO 11. COBERTURA DEL SEGURO	6
ARTÍCULO 12. FORMA DE COBRO DE LA PRESTACIÓN	6
ARTÍCULO 13. EXCLUSIONES.....	6
ARTÍCULO 14. BENEFICIARIOS	7
CAPÍTULO IV. DURACIÓN DEL CONTRATO Y PAGO DE PRIMAS.....	8
ARTÍCULO 15. DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO	8
ARTÍCULO 16. PRIMA Y ACTUALIZACIÓN	8
CAPÍTULO V. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS, PAGO Y PRESCRIPCIÓN.....	8
ARTÍCULO 17. COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO.....	8
ARTÍCULO 18. PAGO DE LA PRESTACIÓN	9
ARTÍCULO 19.- PRESCRIPCIÓN	9
ARTÍCULO 20. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS.....	9
COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS.....	10
DISPOSICION FINAL.....	11



CAPÍTULO I. DEFINICIONES

A los efectos de este contrato, se entiende por:

Accidente: Toda lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado. En ningún caso se considerará accidente:

- El **infarto** entendiéndose como tal el cuadro agudo de sintomatología variable que cursa con destrucción parcial del músculo cardíaco o del tejido cerebral, como consecuencia de la obstrucción de una o varias arterias.
- El **accidente cerebrovascular**, entendiéndose como tal el accidente de una duración superior a 24 horas originado por una trombosis cerebral, una embolia o una hemorragia que genere secuelas neurológicas de naturaleza permanente y que supongan un grave menoscabo funcional para la realización de las actividades de la vida diaria.
- Cualquier enfermedad**, incluso las profesionales, siendo éstas las calificadas como tales por la Seguridad Social.
- La **intoxicación alimentaria, la congelación y la insolación** y otros efectos de la temperatura y presión atmosférica, salvo que el asegurado esté expuesto a ellas como consecuencia de un accidente cubierto por el presente contrato.

Accidente de circulación: Se entiende por accidente de circulación el producido u originado por la intervención de un vehículo terrestre, aéreo o marítimo.

Tendrán la consideración de accidentes de circulación, en concreto:

- Los sufridos como peatón cuando el accidente sea causado por un vehículo.
- Los sufridos como usuario de transportes públicos, marítimos, aéreos o terrestres.
- Los sufridos como conductor o pasajero de un vehículo, con o sin motor, distinto a los transportes públicos.

Asegurado: Es el titular del interés sobre cuya persona recae el seguro.

Aseguradora: La persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado, en este caso Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, Mutualidad de Previsión Social a prima fija (PREMAAT),

Beneficiario: Persona física titular del derecho de las prestaciones reguladas en este contrato.

La designación del/de los beneficiario/s, o su forma de determinación, se regulará en las condiciones generales y particulares del presente contrato.

Capital Asegurado: Importe máximo a satisfacer por la mutualidad al mutualista en caso de que produzca el siniestro cuyo riesgo se asegura y que determina el nacimiento de la prestación del asegurador.

Carencia: Periodo en el que no tiene aplicación el seguro contratado o parte del mismo.

CAPÍTULO II. NORMAS GENERALES

ARTÍCULO 1. CLAUSULA PRELIMINAR

- Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, Mutualidad de Previsión Social a prima fija, denominada en lo sucesivo "PREMAAT" es la Entidad de Previsión Social fundada el 16 de junio de 1944 por la Federación Nacional de Aparejadores, hoy Consejo General de Colegios Oficiales de Aparejadores y

Condiciones Especiales y Adicionales: Cláusulas diferentes a las generales y particulares establecidas en la relación contractual.

Condiciones Generales: Son las cláusulas que la aseguradora dispone para establecer y regular las características generales de sus prestaciones

Condiciones Particulares: Clausulas que de forma individual regulan determinados aspectos del contrato.

Deporte de alto riesgo: Práctica o participación en competiciones y en cualquier deporte que entrañe, por su especial peligrosidad, un riesgo para la integridad física del asegurado.

Enfermedad: Alteración leve o grave de la salud del asegurado debida a una causa interna o externa, no causada por accidente y diagnosticada por un médico.

Enfermedad preexistente: Aquella que tenía el asegurado antes de la contratación efectiva del seguro.

Hecho causante: Contingencia asegurada que origina la prestación.

Incapacidad permanente absoluta: Falta de capacidad que inhabilite de forma completa y permanente para toda clase de profesión u oficio, como consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente cubierto por la póliza.

Incapacidad permanente total: Falta de capacidad que inhabilite de forma completa y permanente para para el ejercicio de su profesión habitual, expresamente declarada en el momento de la contratación o adhesión del seguro, o de una actividad similar propia de su formación y conocimientos profesionales, como consecuencia de las secuelas derivadas de un accidente cubierto por la póliza.

Médico o Facultativo: Licenciado o Doctor en Medicina, legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que padezca el asegurado.

Mutualista: Miembro socio de la mutualidad que es inseparable de la condición de tomador del seguro o de asegurado.

Póliza El documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: estas Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo contratado, así como, si procediesen, los Suplementos que se emitan a la misma.

Prima: Precio o coste de la cobertura.

Prestación: Pago de la indemnización que proceda.

Tomador del seguro: Persona física o jurídica que asume las obligaciones del contrato con la mutualidad, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado.

Suplementos o Apéndices: Modificación de la póliza efectuada durante la vigencia del contrato de acuerdo con el Tomador, que se numerarán correlativamente cuantas veces resulte necesario.

Arquitectos Técnicos, en adelanta Consejo General,, inscrita en el Registro Administrativo de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con la clave P-0081 y en el Registro Mercantil de Madrid en el Tomo 5313, Folio 46, Sección 8, Hoja M.87081, Inscripción 1ª, tiene su domicilio social en España, sito en la Calle Juan Ramón Jiménez



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

15 de Madrid y tiene como número de identificación fiscal G-28618536.

- PREMAAT se rige por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y por el Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Mutualidades de Previsión Social. Así como por todas aquellas normas legales y reglamentarias que sean de aplicación, sus Estatutos y normas que los desarrollan, y además por los acuerdos de los órganos rectores de PREMAAT.
- La actividad aseguradora que lleva a cabo PREMAAT está sometida al control de las autoridades del Estado Español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.

ARTÍCULO 2. RELACIÓN JURÍDICA, COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

- La persona que suscribe la presente Póliza adquiere la condición de mutualista, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de los Estatutos Generales de Premaat, siendo la condición de tomador del seguro o de asegurado inseparable de la de mutualista. Cuando no coincidan en la misma persona las características de tomador del seguro y de asegurado, la condición de mutualista la adquirirá el tomador del seguro.
 - La relación jurídica entre la mutualidad y el mutualista en particular, derivada de su condición de socio se regirán por los Estatutos Generales de Premaat y por lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y normas de desarrollo.
 - La relación jurídica entre mutualidad y mutualista, en su condición de tomador de seguro, asegurado y/o beneficiario, se rige por lo previsto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras¹. El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, la Ley), y por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por el Tomador, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales, estatutarios o reglamentarios imperativos.
- El Tomador del seguro, mediante la firma de la Solicitud de inscripción, de las Condiciones Generales y Particulares, acepta, específicamente, las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado que se resaltan en letra "negrita".**
- Las comunicaciones a la Aseguradora por parte del Tomador y/o del Asegurado, se efectuarán en el domicilio social de la mutualidad, pero si se realizan a un agente representante de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, conforme a lo dispuesto en el artículo de la Ley.

Las comunicaciones de la mutualidad al Tomador o Asegurado, se efectuarán en el domicilio indicado por éste en el momento de

la suscripción del contrato, salvo que hubiese notificado el cambio de su domicilio a aquella.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

- La mutualidad y los mutualistas, en su condición de socios y no de asegurados, quedarán sometidos a la jurisdicción de los Tribunales del domicilio social.

Respecto de la relación aseguradora, serán competentes los Tribunales de Justicia del domicilio del asegurado.

ARTÍCULO 3. INSTANCIAS DE QUEJA Y RECLAMACIÓN

- El Tomador y/o Asegurado y, en su caso, los beneficiarios, podrán presentar reclamaciones ante el Servicio de Atención al Cliente que en el caso de PREMAAT lo constituye la Comisión Arbitral.

El Servicio de Atención al Cliente resolverá las reclamaciones formuladas frente al Asegurador por las personas legitimadas en relación con el presente contrato de seguro, con obligación de dictar resolución en el plazo de un mes. Transcurrido el plazo mencionado sin que se haya resuelto, o cuando el contenido de la resolución resulte negativo para sus intereses, el interesado podrá interponer su reclamación en soporte papel, dirigiendo el escrito al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, situado en el Paseo de la Castellana nº 44, 28046 Madrid, o por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web <http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones>.

- Sin perjuicio de las instancias anteriores, si las dos partes estuviesen conformes, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros de conformidad con la legislación vigente o al órgano judicial del domicilio del asegurado en España.
- Si cualquiera de las partes contratantes o ambas decidiera ejercitar sus acciones ante los Organismos Jurisdiccionales deberán recurrir al Juez correspondiente al del domicilio del asegurado, quien será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato de Seguro.

ARTÍCULO 4. TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Tomador del Seguro declara estar informado, de forma expresa y precisa, sobre la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal y consiente inequívocamente el tratamiento de los mismos, incluidos los especialmente protegidos (datos de salud), los cuales han sido recogidos para valorar y delimitar el riesgo, así como para que dé comienzo y se desarrolle la relación contractual, siendo los destinatarios de esta información la propia Entidad Aseguradora.

A los efectos de dar cumplimiento a los derechos políticos que ostenta el Tomador, en su condición de Mutualista, autoriza la cesión de los datos referidos a su domicilio al Colegio de Arquitectos Técnicos de la demarcación territorial correspondiente a su domicilio, con la exclusiva finalidad de comunicar las convocatorias a la Asamblea General y Territorial de Mutualistas.

Por otra parte, el Tomador del Seguro manifiesta conocer los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación respecto de cualquiera de sus datos personales integrados en el anterior fichero, dirigiendo la oportuna solicitud al domicilio social de la Mutualidad.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

Asimismo, el Tomador del Seguro, consiente el tratamiento automatizado de dichos datos a los efectos de la suscripción del seguro, así como a la cesión total o parcial de esta información a otras entidades con el objeto de facilitar la gestión del seguro y la tramitación de posibles siniestros, a otras instituciones colaboradoras con el sector asegurador, con fines estadísticos actuariales y de lucha contra el fraude, así como por razones de coaseguro y reaseguro.

El Tomador del Seguro autoriza a PREMAAT, a hacer uso de la información de datos contenidos en el fichero, para poder remitirle información de su interés acerca de los productos y servicios ofrecidos por la entidad.

ARTÍCULO 5. DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO.

1. Antes de la formalización del contrato, el Tomador y/o Asegurado declarará conforme al cuestionario que le facilite PREMAAT todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, incluido su estado de salud.

PREMAAT podrá solicitar los oportunos reconocimientos médicos y la cumplimentación de pruebas complementarias, con los facultativos o centros de salud que ella designe, siendo a su cargo los gastos que suponga tal examen, así como requerir los datos y documentos que considere necesarios.

2. El solicitante tiene la obligación de ser veraz en sus respuestas. Las reservas, reticencias o inexactitudes, habiendo mediado dolo o culpa grave, así como el falseamiento de su estado de salud, motivará que la mutualidad quede liberada del pago de las prestaciones afectadas.
3. El Tomador o Asegurado deberá durante el curso del contrato comunicar 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 éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado, o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El Asegurador podrá, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador 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, PREMAAT podrá, 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 siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá 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. En el caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, PREMAAT quedará liberada de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha 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 hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

A los efectos de este contrato se considerarán modificaciones del riesgo que deben comunicarse inmediatamente al Asegurador:

- 1) Cambio de puesto de trabajo, actividad laboral o profesión.

- 2) Cambio del domicilio laboral declarado al contratar el seguro.
- 3) La práctica habitual de deportes no declarados al contratar la póliza.

En ningún caso se considerará agravación del riesgo la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, no estando obligado a comunicar dicha circunstancia.

ARTÍCULO 6. DESISTIMIENTO UNILATERAL

El Tomador podrá resolver unilateralmente el contrato dentro del plazo de treinta días siguientes a la fecha en que la Entidad Aseguradora le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional. Dicha facultad deberá ejercitarse por escrito ante la Entidad Aseguradora, y producirá sus efectos desde el día de su expedición, fecha a partir de la cual cesará la cobertura del riesgo. El Tomador tendrá derecho a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al periodo en que el contrato haya tenido vigencia.

ARTÍCULO 7. ERROR EN LA EDAD DECLARADA

En caso de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, PREMAAT sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad en el momento de entrar en vigor del Seguro excede de los límites de admisión que se establecen en las Condiciones Particulares.

Si no excediera de los límites de admisión, pero la prima pagada es inferior a la que le hubiese correspondido, y no se hubiera regularizado con anterioridad, la prestación se verá reducida en proporción a la prima cobrada.

Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Entidad Aseguradora está obligada a restituir el exceso de las primas percibidas, sin intereses.

ARTÍCULO 8. PERFECCIÓN Y TOMA DE EFECTO

El Tomador y/o Asegurado reconoce/n haber recibido con anterioridad a la suscripción de este documento la información por escrito de los aspectos más relevantes del presente seguro, de conformidad con lo referido en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, (LOSSEAR) y los artículos 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, (ROSSEAR) referentes al Deber de Información al Tomador del seguro y/o Asegurado por parte de la Entidad Aseguradora

El contrato se perfecciona mediante la firma por ambas partes de las condiciones particulares y generales del seguro. **Las coberturas contratadas y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de la prima, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.**

Las obligaciones del Asegurador comenzarán a partir de las 24 horas del día en que hayan sido cumplimentados ambos requisitos.

ARTÍCULO 9. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN

En el caso de extravío o destrucción de la Póliza, el Tomador del seguro lo comunicará por carta certificada al Asegurador, el cual procederá a la emisión del duplicado correspondiente.



CAPÍTULO III. OBJETO, COBERTURAS Y EXCLUSIONES

ARTÍCULO 10. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato la aseguradora se obliga, a cambio de la percepción de la prima, a abonar al/los beneficiario/s las prestaciones previstas en las condiciones particulares y/o suplementos que se emitan a las mismas, de ocurrir el evento asegurado en cada una de las prestaciones contratadas., todo ello en los términos y condiciones comunicados, en cada momento, por el tomador y aceptados por la entidad aseguradora.

ARTÍCULO 11. COBERTURA DEL SEGURO

Con arreglo a las presentes condiciones y con las limitaciones indicadas en las mismas se garantizan las coberturas que el Tomador haya pactado en las Condiciones Particulares de su Contrato y que podrán ser las siguientes:

11.1. Cobertura principal

Prestación por fallecimiento, en que la aseguradora se obliga a pagar al/los beneficiario/s la prestación convenida si se produce el fallecimiento del asegurado durante el periodo de cobertura.

11.2. COBERTURAS COMPLEMENTARIAS

Con la cobertura principal anterior podrán contratarse las siguientes coberturas complementarias:

11.2.a) Fallecimiento por accidente.

Si a consecuencia de un accidente se produce, en el acto o dentro del periodo de un año desde la fecha de ocurrencia, el fallecimiento del mutualista, la aseguradora pagará el doble del capital asegurado como cobertura principal, no siendo adicional al mismo.

11.2.b) Fallecimiento por accidente de circulación.

La aseguradora pagará el triple del capital asegurado como cobertura principal, no siendo adicional al mismo, si el mutualista fallece como consecuencia de un accidente de circulación y siempre que el fallecimiento se produzca en el acto o dentro del periodo de un año desde la fecha de ocurrencia del accidente.

11.2.c) Incapacidad permanente absoluta.

La aseguradora pagará al asegurado la prestación convenida en el momento en que resulte afectado durante el periodo de cobertura, por una incapacidad permanente absoluta.

11.2.d) Incapacidad permanente absoluta por accidente.

Si la situación de Incapacidad absoluta descrita anteriormente se produce como consecuencia de un accidente y siempre que sobrevenga dentro del plazo de un año desde su ocurrencia, la aseguradora pagará al asegurado el doble del capital asegurado como cobertura de Incapacidad Permanente Absoluta, no siendo adicional al mismo.

11.2.e) Incapacidad permanente absoluta por accidente de circulación

Si la situación de Incapacidad absoluta descrita anteriormente se produce como consecuencia de un accidente de circulación y siempre que sobrevenga dentro del plazo de un año desde su ocurrencia, la aseguradora pagará al mutualista el triple del capital asegurado como cobertura de Incapacidad Permanente Absoluta, no siendo adicional al mismo.

La cobertura complementaria 11.2.b) no podrá contratarse con independencia de la 11.2.a).

La cobertura complementaria 11.2.d) no podrá contratarse con independencia de la 11.2.a) y c).

La cobertura complementaria 11.2.e) no podrá contratarse con independencia de la 11.2.a), b), c) y d).

11.3. Otras coberturas complementarias contratables:

Sin necesidad de contratar las coberturas complementarias descritas en el anterior punto, el tomador podrá contratar las coberturas que en cada momento pueda ofrecer la aseguradora, que serán en todo caso complementarias a la cobertura principal de fallecimiento, y cuya regularización y características vendrán reflejadas en Condiciones Especiales y adicionales.

11.4. Riesgos excluyentes.

Tendrán carácter excluyente entre sí los riesgos de fallecimiento del asegurado e incapacidad permanente absoluta, abonándose únicamente la prestación derivada de la contingencia que suceda primero, quedando automáticamente extinguidas, en la fecha del primer suceso, las prestaciones contratadas para cubrir cualquiera otra contingencia.

ARTÍCULO 12. FORMA DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

A no ser que en las condiciones particulares se establezca otra cosa, las prestaciones contratadas que impliquen una obligación de pago por parte de la aseguradora a favor del beneficiario podrán percibirse conforme a continuación se indica:

12.1. Para las coberturas principal y complementarias descritas en los apartados 11.1. y 11.2., la prestación resultante podrá percibirse bajo alguna de las siguientes formas:

- En forma de capital de pago único.
- En forma de renta financiera temporal, constante o creciente.
- En forma mixta: consistirá en la libre combinación de las anteriores

En el supuesto de haberse optado por percibir las prestaciones en forma de renta, esta será inmediata y el pago deberá iniciarse el mes siguiente a aquel en que se haya reconocido el derecho.

12.2. Para el resto de coberturas, no ser que en las condiciones particulares se establezca otra cosa, las prestaciones que impliquen una obligación de pago por parte de la aseguradora a favor del beneficiario se percibirán en forma de capital.

ARTÍCULO 13. EXCLUSIONES

Son exclusiones generales a todas las coberturas de este contrato, los siniestros ocurridos a consecuencia de:

- Los provocados dolosamente por el asegurado, beneficiario o derechohabientes. La muerte del asegurado, causada dolosamente por el beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta integrada en el patrimonio del tomador.

Salvo pacto en contrario, el riesgo de suicidio del Asegurado queda cubierto a partir del transcurso de un año desde la fecha de efecto del contrato o desde su modificación.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

- a) Reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, química o biológica, ya sea directa o indirectamente.
- b) Hechos que por su magnitud o gravedad sea calificado por autoridad competente como de "catástrofe o calamidad", de epidemia o de pandemia.
- c) Conflicto armado (aunque no hubiera estado precedido por una declaración oficial de guerra).
- d) La incapacidad permanente preexistente a la incorporación del asegurado y que no hubieran sido comunicadas a la aseguradora con anterioridad a la misma.
- e) Los daños cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, siendo, en este caso, de aplicación lo dispuesto en la cláusula 20 relativa a la Cobertura de Riesgos Extraordinarios. Esta limitación debe entenderse sin perjuicio de las obligaciones de pago de la provisión matemática constituida por la entidad aseguradora, o de cualquier otro valor, en los términos y condiciones que en cada momento establezca la normativa reguladora del Consorcio.

Adicionalmente a las exclusiones indicadas anteriormente, para las coberturas descritas en el apartado 11.2. quedan excluidos los siniestros ocurridos como consecuencia de:

- a) La intervención del asegurado como conductor de un vehículo no apto o autorizado para la circulación en vías públicas o sin disponer del permiso legal que le faculte a ello.
- b) Un acto de imprudencia o negligencia grave del asegurado, accidentes provocados intencionadamente por el mismo, así como el derivado de la participación de éste en duelos o riñas, siempre que en este último caso no se hubiese actuado en legítima defensa o en la tentativa de salvamento de personas o bienes.
- c) Actos voluntarios del asegurado, sea cual fuere el estado mental del mismo, o hallándose bajo la influencia de bebidas alcohólicas, psicotrópicos, sustancias estupefacientes, estimulantes u otras sustancias análogas no prescritas médicamente, o en estado de enajenación mental. A tales efectos, se entenderá que el asegurado se halla bajo la influencia de bebidas alcohólicas si supera los límites establecidos en cada momento por la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial para permitir la conducción de cualquier vehículo no especial, con independencia de los síntomas externos y de comportamiento del asegurado y de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el asegurado.

Si el asegurado provoca intencionadamente el accidente, el asegurador se libera del cumplimiento de su obligación. En el supuesto de que el beneficiario cause dolosamente el siniestro quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización corresponderá al tomador o, en su caso, a la de los herederos de éste.

- d) La práctica como profesional de cualquier deporte, tanto en competición, oficial o no, como en sus entrenamientos o actividades relacionadas.
- e) La práctica de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globos aerostáticos, puenting, vuelos en ala delta, navegación con ultraligeros o planeadores, o cualquier otra actividad similar); de la participación en competiciones, incluidos los entrenamientos, con vehículos terrestres, embarcaciones o aeronaves de motor, ya sea en calidad de piloto, copiloto o pasajero; y de la inmersión subacuática, el alpinismo, la escalada o la espeleología, o de cualquier deporte que implique un riesgo evidente para la integridad

física del asegurado ya sea por su propia naturaleza como por no observar las medidas de seguridad preceptivas.

- f) La participación en expediciones científicas o el ejercicio de las profesiones siguientes: bomberos, buzos, canteros que manejen explosivos, domadores y guardas de animales fieros, personal de seguridad privada, guardas jurados, mineros, miembros de las Fuerzas Armadas, miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, toreros, trapezistas que actúen sin red, tripulantes de aeronaves, y otras que pudieran comportar riesgos equivalentes.
- f) La participación del asegurado en actos delictivos.
- g) Enfermedades preexistentes a la incorporación del asegurado y que no hubieran sido declaradas con anterioridad a la misma, siempre y cuando la entidad aseguradora haya solicitado una declaración del estado de salud o reconocimiento médico.
- i) Las que se establezcan y especifiquen expresamente en las condiciones particulares. Igualmente, y si así se establece en condiciones particulares, estarán excluidos de cobertura los siniestros que tengan lugar en alguno de los países que figuren en el listado que se anexe a condiciones particulares y que puede ser actualizado por la entidad aseguradora. El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, la actualización del citado listado.

ARTÍCULO 14. BENEFICIARIOS

La designación de beneficiario o beneficiarios para la cobertura de fallecimiento se realizará bajo las siguientes normas:

- a) La designación de beneficiarios corresponde hacerla a los tomadores, pudiendo efectuarse en el momento de la contratación o adhesión a la póliza, o con posterioridad, comunicándolo a la mutualidad. También puede efectuarse a través de Testamento.
- b) Si la designación se hace genéricamente a favor de los hijos, se entenderán como hijos todos sus descendientes con derecho a herencia.
- c) Si la designación se hace en favor de los herederos del tomador, del asegurado o de otra persona, se considerarán como tales los que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del asegurado. Si la designación se hace en favor de los herederos sin mayor especificación, se considerarán como tales los del tomador del seguro que tengan dicha condición en el momento del fallecimiento del asegurado.
- d) La designación del cónyuge como beneficiario atribuirá tal condición al que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado.
- e) Si la designación se hace a favor de varios beneficiarios, la prestación se distribuirá por partes iguales salvo estipulación contraria.
- f) Cuando se haga en favor de los herederos, la distribución tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario. La parte no adquirida por un beneficiario acrecerá la de los demás.
- g) Si en el momento del fallecimiento del asegurado no hubiese beneficiario expresamente designado, se considerarán por el siguiente orden de prelación:
 - 1º) El cónyuge no separado legalmente o pareja de hecho.
 - 2º) Los hijos por partes iguales.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

3º) Los padres por partes iguales.

4º) El resto de herederos por partes iguales, en el orden establecido por la ley.

h) Los Beneficiarios que sean herederos conservarán dicha condición, aunque renuncien a la herencia.

De no existir herederos o designación expresa de beneficiarios, si alguna persona justificase haber satisfecho los gastos ocasionados por la enfermedad o accidente causante del fallecimiento o por el sepelio del finado, se le abonará el importe de dichos gastos hasta un

máximo del importe del subsidio que hubiera correspondido satisfacer. En este caso, será requisito imprescindible la oportuna comprobación del pago de dichos gastos.

La prestación deberá ser entregada al beneficiario aun en contra de las reclamaciones de los herederos o de los acreedores de aquél.

La designación de beneficiarios podrá revocarse en cualquier momento, pudiendo el designante renunciar expresamente y por escrito a esa facultad. La revocación deberá efectuarse en la misma forma establecida para la designación de beneficiarios.

CAPÍTULO IV. DURACIÓN DEL CONTRATO Y PAGO DE PRIMAS

ARTÍCULO 15. DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

La duración del contrato y de las garantías que lo integran será anual, salvo que se establezca en las condiciones particulares un plazo diferente, y entrará en vigor en la fecha y hora indicadas en las Condiciones Particulares, siempre que se encuentre perfeccionado el contrato.

El contrato se prorrogará tácitamente por períodos anuales hasta, como máximo, el cumplimiento de la edad límite establecida en las Condiciones Particulares, o el acaecimiento de las causas de extinción previstas en las presentes condiciones.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

ARTÍCULO 16. PRIMA Y ACTUALIZACIÓN

1. La prima correspondiente, junto con los impuestos y recargos que legalmente pudieran ser repercutibles, será exigible por anualidades completas anticipadas, pudiéndose fraccionarse de forma semestral con los correspondientes recargos que quedarán determinados en las Condiciones Particulares.
2. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la Prima.
3. La primera Prima o fracción de ella, será exigible conforme al artículo 14 de la Ley una vez firmado el Contrato; 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. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

4. 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, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, 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.
5. El Tomador del Seguro perderá el derecho al fraccionamiento de la prima que se hubiere convenido en caso de impago de cualquier recibo, siendo exigible desde ese momento la prima total acordada para el periodo de Seguro que reste.
6. Las primas se harán efectivas por el sistema de domiciliación bancaria, o cualquier otro medio que ambas partes admitan expresamente de común acuerdo y que se reflejará en las Condiciones Particulares.
7. **La prima inicial es la que se indica en las Condiciones Particulares, que corresponde al periodo inicial de cobertura. Para el caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los años sucesivos será la que resulte de aplicar las tarifas de primas que, fundadas en criterios técnico-actuariales, tenga establecidas en cada momento el Asegurador, teniendo en cuenta también la edad del Asegurado, la profesión declarada por el Asegurado y las coberturas contratadas.**
8. La Mutualidad notificará al Tomador del Seguro, con una antelación de al menos 2 meses al vencimiento del contrato, las nuevas primas aplicables para cada nuevo periodo de cobertura. Si el importe fijado para el nuevo periodo de cobertura implicase un incremento respecto al aplicado en el periodo precedente, el Tomador podrá dar por resuelto el contrato mediante notificación fehaciente al Asegurador, quedando extinguido el contrato al vencimiento del período en curso.

CAPÍTULO V. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS, PAGO Y PRESCRIPCIÓN

ARTÍCULO 17. COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO.

El Asegurado o beneficiario ha de comunicar a la Aseguradora el acaecimiento del siniestro lo antes posible, y, en todo caso, dentro del plazo máximo de los 7 días a que aquel se hubiere tenido lugar, tal como previene el artículo 16 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, debiendo dar al Asegurador toda aquella información sobre el siniestro y sus consecuencias que el Asegurador le requiera. En caso de

incumplimiento de este deber por el Asegurado, se perderá el derecho a la indemnización si hubiese concurrido dolo o culpa grave.

A falta de previsión en las condiciones particulares, deberán aportarse los siguientes documentos en caso de siniestro:

En el caso de fallecimiento, fallecimiento por accidente, fallecimiento por accidente de circulación del asegurado:



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

1. Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal, libro de familia si procede y dirección del domicilio habitual de el/los beneficiario/s.
2. Certificado literal de defunción del asegurado.
3. Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten las causas del fallecimiento, la fecha en que se produjo el accidente/accidente de circulación o se pronosticó la enfermedad causante del siniestro, la evolución de la misma y los posibles antecedentes médicos.
4. En su caso, el testimonio de las actuaciones o diligencias judiciales, o documentos que las acrediten, y el informe de la autopsia expedido por el médico forense.
5. Documento que acredite la liquidación, si es necesaria, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Con este fin, la entidad aseguradora emitirá el correspondiente certificado para el pago del impuesto.
6. El certificado expedido por el Registro de Actos de Última Voluntad y, en su caso, la copia del último testamento del asegurado, el Acta de Notoriedad o el auto judicial de declaración de herederos abintestato.
7. El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación.
8. Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la entidad aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

En el caso de incapacidad permanente absoluta, incapacidad permanente absoluta por accidente o accidente de circulación:

1. Los que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario, así como el Número de Identificación Fiscal.
 2. Resolución o certificación del organismo público competente de la Seguridad Social, o en su caso, certificado de la mutualidad alternativa al régimen especial de trabajadores autónomos de la seguridad social, o sentencia judicial firme reconociendo la situación de incapacidad total y permanente para la profesión habitual, o incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo o gran invalidez.
- a) A efectos de acreditar la firmeza de la sentencia judicial será necesario que se aporte, además de la sentencia que resuelve, certificado literal del Juzgado de lo social en el que expresamente se diga que la sentencia es firme o notificación de la firmeza de la sentencia realizada de oficio por el Juzgado.
3. Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten el estado de incapacidad permanente y, en su caso, la fecha en que se produjo el accidente/accidente de circulación.
 4. El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación.
 5. Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la entidad aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

ARTÍCULO 18. PAGO DE LA PRESTACIÓN

Las prestaciones se otorgarán cuando se hayan cumplido los requisitos establecidos en estas condiciones, y en las especificadas en las condiciones particulares, y una vez sean reconocidas por la entidad. A partir del momento de la aportación de toda la documentación precisa, la mutualidad dispondrá de un plazo máximo de cuarenta días para aprobarlas o denegarlas, quedando sujetas a lo establecido en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

Si en el plazo de noventa días, el expediente de solicitud no hubiera sido resuelto por la aseguradora por causa imputable a la misma y no justificada, las cuantías devengadas y no satisfechas se incrementarán con el interés anual establecido legalmente como interés sancionador.

La entidad aseguradora quedará liberada del cumplimiento de la obligación derivada de la prestación, en caso de que en la declaración del siniestro no se facilitase la información necesaria sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, mediando dolo o culpa grave.

Antes de efectuarse el abono de la prestación correspondiente, el beneficiario deberá acreditar la liquidación o exención de cualquier impuesto que procediera a efecto de pago de prestaciones, así como el número de identificación fiscal.

La prestación será abonada con los requisitos indicados en la póliza, y siempre mediante la emisión de la correspondiente orden de abono al depósito de la entidad financiera indicados por el beneficiario.

ARTÍCULO 19.- PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones para el reconocimiento de los derechos que puedan derivarse del presente Contrato quedarán extinguidas en el plazo de cinco años a computar desde el día en que aquéllos pudieron ejercerse.

ARTÍCULO 20. 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 20 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



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

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 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.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

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

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

- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).

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



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

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

DISPOSICION FINAL

El Tomador/asegurado reconoce recibir el presente condicionado general que acepta expresamente en todas sus partes, y de manera específica **las cláusulas limitativas de los derechos del asegurado que se resaltan en letra "negrita"**

Recibida copia y aceptado el condicionado general en todos sus términos

En Madrid, a de de

TOMADOR

PREMAAT



Juan Ramón Jiménez 15
28036 Madrid
T +34 915 720 812
F +34 915 710 901

premaat@premaat.es
www.premaat.es