



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

CONDICIONADO
GENERAL

**Premaat Accidentes
Actúa**



ÍNDICE

CAPÍTULO I. DEFINICIONES	3
CAPÍTULO II. NORMAS GENERALES	4
ARTÍCULO 1. CLÁUSULA PRELIMINAR	4
ARTÍCULO 2. RELACIÓN JURÍDICA, COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN.....	4
ARTÍCULO 3. INSTANCIAS DE QUEJA Y RECLAMACIÓN	5
ARTÍCULO 4. TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL	5
ARTÍCULO 5. DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO.	6
ARTÍCULO 6. DESISTIMIENTO UNILATERAL.....	6
ARTÍCULO 7. ERROR EN LA EDAD DECLARADA	6
ARTÍCULO 8. PERFECCIÓN Y TOMA DE EFECTO.....	7
ARTÍCULO 9. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN.....	7
ARTÍCULO 10. TRIBUTOS.....	7
CAPÍTULO III. OBJETO, COBERTURAS Y EXCLUSIONES.....	7
ARTÍCULO 11. OBJETO DEL SEGURO.....	7
ARTÍCULO 12. COBERTURAS DEL SEGURO.....	7
ARTÍCULO 13. EXCLUSIONES.....	9
ARTÍCULO 14. BENEFICIARIOS.....	9
CAPÍTULO IV. DURACIÓN DEL CONTRATO Y PAGO DE PRIMAS.....	10
ARTÍCULO 15. DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO	10
ARTÍCULO 16. PRIMA Y ACTUALIZACIÓN	10
CAPÍTULO V. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS, PAGO Y PRESCRIPCIÓN	11
ARTÍCULO 17. COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO.....	11
ARTÍCULO 18. PAGO DE LA PRESTACIÓN.....	12
ARTÍCULO 19. FORMA DE COBRO DE LA PRESTACIÓN.....	12
ARTÍCULO 20. PRESCRIPCIÓN.....	12
CAPÍTULO VI. CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS	12
ARTÍCULO 21. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS.....	12
DISPOSICIÓN FINAL	14



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

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: 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).

Asistencia Sanitaria por accidente: El reembolso por parte de la Aseguradora, de los gastos de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica que precise el Asegurado como consecuencia de un accidente amparado por el contrato de seguro, dentro de los límites que se establezcan en las Condiciones Particulares.

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

Capital Asegurado: Cantidad establecida en las Condiciones Particulares que representa el Importe máximo a satisfacer por la Aseguradora al beneficiario en caso de que se produzca el siniestro cuyo riesgo se asegura y que determina el nacimiento de la prestación de la Aseguradora.

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: Cláusulas 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.

Fecha de efecto: Día y hora de inicio de la cobertura, indicados en las Condiciones Particulares.

Hecho causante: Contingencia asegurada que origina la prestación.

Hospitalización: Internamiento hospitalario cuyo ingreso suponga un internamiento superior a las 24 horas, en la que el sujeto se encuentra imposibilitado, sin la consideración de permanente, para realizar cualquier trabajo que proporcione una ganancia o provecho.

Incapacidad permanente absoluta: Situación física e irreversible que inhabilita de forma completa y permanente al asegurado para la realización de toda clase de profesión u oficio.

Infarto de miocardio: Considerada como la necrosis de una parte del músculo cardíaco que provoque el fallecimiento o la incapacidad permanente absoluta del Asegurado en un plazo máximo de un año a contar desde el acaecimiento del infarto. Dicho infarto deberá evidenciarse en base a un historial clínico o cualquier otra información médica que la Aseguradora considere necesaria.

Infarto cerebral: Entendido como el fallo en la irrigación sanguínea durante el cual muere parte de la masa encefálica.

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, las Especiales y los Suplementos que se emitan a la misma.

Prima: Precio o coste del seguro. El recibo de prima incluirá, además, los impuestos, tributos y recargos legalmente repercutibles.

Prestación: Pago de la indemnización que proceda.

Solicitud de seguro: Documento suscrito por el Tomador y por el Asegurado, que sirve de base a la Aseguradora para emitir la póliza.

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

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.

CAPÍTULO II. NORMAS GENERALES

ARTÍCULO 1. CLÁUSULA PRELIMINAR

1. **Aseguradora:** 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 Arquitectos Técnicos, inscrita en el Registro Administrativo de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Órgano de quien depende, 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 y tiene como número de identificación fiscal G-28618536.

Premaat es una Entidad Aseguradora de duración indefinida y sin ánimo de lucro que tiene por objeto único y exclusivo, la práctica de operaciones de seguro directo y de capitalización y las demás permitidas por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR), en los términos que disponga la normativa vigente.

Premaat se rige por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR) 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 (ROSSEAR) 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, Reglamentos y normas que los desarrollan, y además por los acuerdos de los órganos rectores de Premaat.

2. **Domicilio de la Entidad:** Premaat tiene su domicilio social en España, en la calle de Juan Ramón Jiménez nº 15 de Madrid (28036).
3. **Situación financiera y de solvencia:** El informe sobre la situación financiera y de solvencia de la entidad, regulado en el artículo 80 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR), se encuentra publicado en la web: www.premaat.es.
4. **Estado miembro:** en el artículo 8 punto 1. letra a) de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, (LOSSEAR), queda definido dicho concepto, que en el caso de Premaat es el Estado Español.
5. **Ámbito de actuación:** El ámbito de actuación de Premaat se extiende a todo el Estado español, pudiendo actuar también en los territorios de la Unión Europea, de acuerdo con la legislación española, la comunitaria y la del Estado en que se intervenga, previa autorización de los organismos competentes.
6. **Autoridad de Control:** 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, dependiente del Ministerio de Economía y Empresa.

ARTÍCULO 2. RELACIÓN JURÍDICA, COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

1. 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.
2. La relación jurídica entre la mutualidad y el mutualista en particular, derivada de su condición de socio se registrará 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 (LOSSEAR), y normas de desarrollo.
3. El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, Ley de Contrato de Seguro), 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 y, en caso de ser persona distinta de éste, el Asegurado, mediante la firma de la Solicitud de Seguro, de las Condiciones Generales y Particulares, aceptan, específicamente, las cláusulas limitativas de los derechos del Tomador del seguro y/o del Asegurado que se resaltan en letra negra.

4. Las comunicaciones a la Aseguradora por parte del Tomador y/o del Asegurado, se efectuarán en el domicilio social de la Aseguradora, 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 de Contrato de Seguro.

Las comunicaciones de la Aseguradora 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.

5. 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, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

ARTÍCULO 3. INSTANCIAS DE QUEJA Y RECLAMACIÓN

1. El Tomador y/o Asegurado y, en su caso, los beneficiarios, podrán presentar reclamaciones ante el Servicio de Atención al Cliente.
2. El Servicio de Atención al Cliente resolverá las reclamaciones formuladas frente a la Aseguradora 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>.
3. 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.
4. 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

Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, Mutualidad de Previsión Social a prima fija, es el responsable del tratamiento de los datos personales del interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente de protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

1. Responsable del tratamiento:

Identidad: Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, MPS

Dirección Postal: Cl. Juan Ramón Jiménez 15, 28036 Madrid

Teléfono: 91 572 08 12

Correo electrónico: dpo@premaat.es

Delegado de Protección de Datos: mismos datos de contacto

2. Finalidades del tratamiento:

Finalidad Principal: Todos los datos personales facilitados por el Tomador, solicitados para la celebración del contrato o que fueran facilitados con posterioridad a lo largo de la vigencia del seguro serán tratados bajo la responsabilidad de Premaat a los solos efectos de garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro, entre los que se encuentran:

- el mantenimiento y ejecución de la relación contractual y la gestión de su condición de mutualista
- la gestión de los siniestros

- la prevención del fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros
- la realización de análisis de siniestralidad
- estudios estadísticos y realización de encuestas

Adicionalmente, sus datos serán utilizados para remitirle por cualesquiera medios de comunicación (incluidos medios electrónicos):

- información sobre los productos y servicios relacionados con el sector asegurador ofrecidos por la entidad.
- Con el fin de dar cumplimiento a los derechos políticos que ostenta el Tomador, en su condición de Mutualista, las convocatorias a la Asamblea General y Territorial de Mutualistas.

3. Tiempo de conservación de los datos:

Los datos personales proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación contractual y durante el plazo de prescripción de las acciones que pudieran derivarse de dicha relación contractual. No obstante, algunos de sus datos personales podrán conservarse para dar cumplimiento a las obligaciones que la normativa de aplicación imponga al responsable del tratamiento en cada momento.

4. Legitimación para el tratamiento de los datos:

Las bases legales para el tratamiento de sus datos son:

- El consentimiento contractual para garantizar el pleno desenvolvimiento de los contratos de seguro que tiene suscrito con Premaat y el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la legislación sectorial siguiente: Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS) y Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR).
- El interés legítimo de la mutualidad en la prevención del fraude en el seguro y la reducción del de siniestralidad, a través de la cesión en reaseguro.
- El interés legítimo de la mutualidad en ofrecer productos similares a los contratados.
- El consentimiento que el tomador hubiera prestado para el envío de comunicaciones comerciales sobre productos o servicios ofrecidos por terceros.
- El interés legítimo derivado de su condición de mutualista, en informarle de la gestión de la mutualidad, las celebraciones de asambleas (territoriales o generales), o cualquier otra información relativa a la mutualidad, que pueda ser de su interés.

Para cualquier otro tratamiento será necesario haber obtenido el previo consentimiento del tomador, el cual podrá revocar en cualquier momento.

Los tratamientos basados en el interés legítimo del responsable se deben entender sin perjuicio del derecho de oposición que ostenta el titular de los datos tratados.

5. Destinatarios:

Los datos podrán ser comunicados a:

- Otras entidades con el objeto de realizar la gestión del seguro y la tramitación de posibles siniestros, así como por razones de coaseguro y reaseguro.
- Otras instituciones colaboradoras con el sector asegurador, con fines estadísticos actuariales y de lucha contra el fraude.
- Las Administraciones Públicas en los casos previstos por la Ley.

- Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y al Centro Nacional de Inteligencia en virtud de lo establecido en la Ley.
- Los Bancos y entidades financieras para el cobro de los servicios contratados.
- Los registros públicos de solvencia patrimonial y a los sistemas de prevención contra el fraude, podrán ser comunicados los datos relativos a impagos e incidencias en el pago de productos o servicios contratados a Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, MPS o a terceros.

A los efectos de dar cumplimiento a los derechos políticos en su condición de Mutualista, los datos referidos a su nombre y domicilio podrán ser objeto de cesión 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.

6. Derechos:

El tomador, asegurado y/o beneficiario tiene derecho a acceder, rectificar, suprimir, limitar el tratamiento o portar los datos, así como a oponerse al tratamiento de los mismos por el responsable con una finalidad determinada, mediante escrito dirigido al domicilio social de Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, MPS a la dirección postal o de mail arriba indicadas en el apartado del responsable del tratamiento. Igualmente, tiene derecho a revocar el consentimiento que ahora presta en cualquier momento. Para el adecuado ejercicio de los citados derechos, deberá aportar junto a su solicitud copia de su D.N.I. o documento acreditativo de su identidad.

Por último, puede presentar una reclamación ante la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente en la web www.agpd.es

Si lo desea puede consultar información adicional y detallada de la política de privacidad y protección de datos a través de la web www.premaat.es

ARTÍCULO 5. DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO.

1. Antes de la formalización del contrato, el Tomador y/o Asegurado declarará/n 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 Aseguradora quede liberada del pago de las prestaciones afectadas.
3. El Tomador o Asegurado deberá durante el curso del contrato comunicar a la Aseguradora, 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.

La Aseguradora podrá, en un plazo de dos meses a contar desde el 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.

La Aseguradora igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro del plazo 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 de la Aseguradora 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 a la Aseguradora:

- 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 Aseguradora le entregue la póliza o un documento de cobertura provisional. Dicha facultad deberá ejercitarse por escrito ante la 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 el 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.

CAPÍTULO III. OBJETO, COBERTURAS Y EXCLUSIONES

ARTÍCULO 11. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato la Aseguradora se obliga, a cambio de la percepción de la prima, a abonar al/a 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 Aseguradora.

ARTÍCULO 12. COBERTURAS 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.

El capital máximo contratable para cada una de las coberturas que se detallan a continuación no podrá ser superior a 150.000 euros.

La suma de los capitales asegurados que se garanticen por tipología de cobertura (fallecimiento e incapacidad permanente) para cada asegurado, no podrá exceder los 300.000 euros, teniendo en cuenta también el resto de productos que el asegurado pudiera tener contratados con Premaat.

12.1 COBERTURAS PRINCIPALES

Serán coberturas principales y obligatorias las siguientes:

12.1.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 asegurado, la Aseguradora pagará al beneficiario la cantidad convenida.

12.1.b. Incapacidad Permanente Absoluta por accidente: Si el asegurado resultase afectado por una Incapacidad Permanente Absoluta para toda clase de trabajo como consecuencia de un accidente ocurrido durante el periodo de cobertura o que sobrevenga dentro del plazo de un año desde su ocurrencia, la Aseguradora pagará al asegurado la cantidad convenida.

Las obligaciones de la Aseguradora 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 a la Aseguradora, la cual procederá a la emisión del duplicado correspondiente.

ARTÍCULO 10. TRIBUTOS

Todos los tributos que graven el presente contrato y que sean legalmente repercutibles, tanto en el presente como en el futuro, serán por cuenta del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, según proceda.

Queda excluido el fallecimiento o la Incapacidad Permanente Absoluta derivados de infartos, derrames cerebrales, embolias, hemorragias, síncope y otras enfermedades similares.

12.2 COBERTURAS COMPLEMENTARIAS

Con las coberturas principales anteriores podrán contratarse las siguientes coberturas complementarias.

El importe máximo de capital para estas coberturas complementarias no será, en ningún caso, superior al capital contratado para las coberturas principales.

12.2.a. Fallecimiento por accidente de circulación: La Aseguradora pagará al beneficiario la prestación convenida adicionalmente a la prestación de fallecimiento por accidente establecida en el punto 12.1.a, si el asegurado fallece como consecuencia de un accidente de circulación y siempre que dicho fallecimiento se produzca en el acto o dentro del periodo de un año desde la fecha de ocurrencia del accidente.

12.2.b. Incapacidad permanente absoluta por accidente de circulación: Si la situación de Incapacidad Permanente Absoluta se produce como consecuencia de un accidente de circulación y siempre que sobrevenga en el acto o dentro del plazo de un año desde su ocurrencia, la Aseguradora pagará al asegurado la prestación convenida adicionalmente a la prestación establecida en el punto 12.1.b Incapacidad Permanente Absoluta por accidente.

12.2.c. Fallecimiento por Infarto de Miocardio o Infarto Cerebral: la Aseguradora abonará al beneficiario la prestación convenida, en caso de fallecimiento como consecuencia de Infarto de Miocardio o Infarto cerebral. Para poder ser indemnizado se requiere que ésta haya sido la causa única e inmediata del fallecimiento, o que haya sucedido, en todo caso, dentro del año siguiente a la ocurrencia del episodio agudo. Asimismo, es condición indispensable que el asegurado no hubiera padecido enfermedades o anomalías cardiovasculares o cerebrovasculares con anterioridad a la contratación del seguro.

El capital contratable para esta cobertura será igual al 50% del importe contratado para la cobertura principal de fallecimiento por accidente.

12.2.d. Incapacidad Permanente Absoluta por Infarto de Miocardio o Infarto Cerebral: en que la Aseguradora abonará al asegurado la prestación convenida en caso de que la Incapacidad Permanente Absoluta sea consecuencia de Infarto de Miocardio o Infarto Cerebral. **Para poder ser indemnizado se requiere que éste haya sido la causa única e inmediata de la Incapacidad Permanente Absoluta, o que haya sobrevenido, en todo caso, dentro del año siguiente a la ocurrencia del episodio agudo.** Asimismo, es condición indispensable que el asegurado no hubiera padecido enfermedades o anomalías cardiovasculares o cerebrovasculares con anterioridad a la contratación del seguro.

El capital contratable para esta cobertura será igual al 50% del importe contratado para la cobertura principal de Incapacidad Permanente Absoluta por accidente.

12.2.e. Fallecimiento por Muerte Natural: previa contratación expresa de esta cobertura, la Aseguradora abonará a los beneficiarios **un capital máximo equivalente al 10% de la cobertura principal Fallecimiento por accidente, con un máximo de 6.000€** siempre que el fallecimiento se produzca por causas naturales (no accidentales) durante el periodo de cobertura.

12.2.f. Indemnización diaria por hospitalización por accidente: la Aseguradora, con los límites establecidos en las Condiciones Particulares, indemnizará al Asegurado que se halle hospitalizado a causa de un accidente, cuyo ingreso supere las 24 horas en situación de hospitalizado, en la que el sujeto se encuentra imposibilitado, sin la consideración de permanente, para realizar cualquier trabajo que proporcione una ganancia o provecho. El importe de la indemnización corresponderá a un capital diario que se reflejará en las Condiciones Particulares.

El periodo máximo de indemnización será de 180 días. En el caso de que el internamiento hospitalario se produzca de forma discontinua, se satisfarán únicamente los días de internamiento hasta el límite máximo establecido.

Quedan excluidos de esta cobertura los siguientes riesgos:

- 1) La indemnización por hospitalización cuando el internamiento sea inferior a 24 horas.
- 2) Las lesiones, secuelas, defectos o deformación preexistentes y/o congénitas, anteriores a la perfección del contrato.
- 3) La prestación de los servicios médicos o quirúrgicos.
- 4) Las neuropatías y algopatías que no den síntomas objetivos que puedan ser comprobados clínicamente.
- 5) La cirugía estética y la plástica reparadora de lesiones que no sean consecuencia de accidentes cubiertos por la póliza.
- 6) Hospitalizaciones con el objeto de realizar curas de rehabilitación, curas de reposo, termales o dietéticas y los chequeos o controles de salud.
- 7) Hemodiálisis.

El Asegurado informará a Premaat del periodo y las causas de la hospitalización en el plazo más breve posible. Si hubieran transcurrido noventa días desde el mismo sin que se haya comunicado, careciendo de causa justificada, el Asegurado perderá el derecho a la indemnización si ha actuado con dolo al informar de las circunstancias y consecuencias del hecho causante.

12.2.g. Asistencia Sanitaria por accidente: en que la Aseguradora reembolsará, durante un plazo máximo de un año desde la fecha de ocurrencia del accidente y hasta el importe máximo contratado y reflejado en las Condiciones Particulares, los gastos de asistencia médica, quirúrgica, hospitalaria y farmacéutica que precise el Asegurado respecto de los accidentes cubiertos por el contrato de seguro.

La asistencia sanitaria debe, en todo caso, ser prescrita por el médico encargado de la asistencia. Los gastos de transporte del accidentado desde el lugar del accidente hasta el lugar donde deba ser atendido, deberán obedecer a una causa justificada.

Quedarán excluidos en todo caso de la cobertura, los gastos de cualesquiera prótesis que puedan ser precisas como consecuencia del accidente o de las intervenciones que hayan de realizarse.

Conforme a lo previsto en la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro en lo relativo a los gastos de asistencia sanitaria, la Aseguradora se subrogará, por el solo hecho del pago de la indemnización, en todos los derechos y acciones que correspondan al Asegurado contra terceras personas responsables del accidente, pudiendo ejercitar tales derechos en nombre propio o del Asegurado, en cuyo caso éste deberá otorgar los poderes necesarios para ello, cuyo coste será por cuenta de la Aseguradora. En cualquier caso, el Asegurado deberá colaborar plena y fielmente con la Aseguradora en aras a la mejor tramitación de la acción que se ejercite.

A efectos de esta prestación será necesario que la primera asistencia sanitaria que se pretenda cubrir por la póliza sea recibida en los 7 días siguientes al acaecimiento del correspondiente accidente cubierto por el contrato de seguro.

12.3 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 las coberturas principales de fallecimiento e Incapacidad Permanente Absoluta por accidente, y cuya regularización y características vendrán reflejadas en Condiciones Especiales y adicionales.

12.4 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 coberturas contratadas para cubrir cualquiera otra contingencia.

12.5 ALCANCE TERRITORIAL DE COBERTURA

Las coberturas del presente contrato tendrán un Alcance Territorial MUNDIAL siempre que la residencia permanente del Asegurado sea en España y **salvo que el siniestro ocurra en alguno de los países y/o regiones que figuren en el listado anexo a las Condiciones Particulares.**

El certificado acreditativo del fallecimiento o la Incapacidad deberá ser otorgado en España y el importe de las prestaciones será satisfecho en España y en Euros.

ARTÍCULO 13. EXCLUSIONES

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

- a) 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.

- b) Reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, química o biológica, ya sea directa o indirectamente.
- c) Hechos que por su magnitud o gravedad sean calificados por autoridad competente como de "catástrofe o calamidad", de epidemia o de pandemia.
- d) Conflicto armado (aunque no hubiera estado precedido por una declaración oficial de guerra).
- e) La incapacidad permanente, así como cualquier enfermedad o anomalía cardiovascular o cerebrovascular preexistentes a la incorporación del asegurado y que no hubieran sido comunicadas a la Aseguradora con anterioridad a la misma.
- f) Los daños cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, siendo, en este caso, de aplicación lo dispuesto en el artículo relativo a la Cobertura de Riesgos Extraordinarios de estas Condiciones Generales. 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.
- g) 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.
- h) 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.
- i) Estados de perturbación mental del asegurado, alteraciones y anomalías del pensamiento, de los sentidos, de las emociones, de la conducta, de la adaptación normal y profesional y sonambulismo así como los derivados del consumo intencional de bebidas alcohólicas, psicotrópicos, sustancias estupefacientes, drogas, medicamentos, estimulantes u otras sustancias análogas no prescritas médicamente.
- j) La práctica como profesional de cualquier deporte, tanto en competición, oficial o no, como en sus entrenamientos o actividades relacionadas.

- k) 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.

- l) La participación en expediciones científicas, o el ejercicio de las profesiones de riesgo siguientes: actor (especialista), antenistas, bomberos, buzos, canteros que manejen explosivos, domadores y guardas de animales fieros, electricistas de alta tensión, personal de seguridad privada, guardas jurados, leñadores, mineros, miembros de las Fuerzas Armadas, miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, escoltas, vigilantes con armas de fuego, corresponsal de guerra, instalador de tejados, toreros, trapeceistas que actúen sin red, tripulantes de aeronaves, y otras que pudieran comportar riesgos equivalentes.

- m) La participación del asegurado en actos delictivos.

- n) Que se produzcan durante la vigencia de la póliza que tengan su origen en un hecho acaecido en fecha anterior a la de la contratación de la póliza.

- o) Igualmente, y si así se establece en Condiciones Particulares, estarán excluidos de cobertura los siniestros que tengan lugar en alguno de los países o regiones que figuren en el listado que se anexe a Condiciones Particulares y que puede ser actualizado por la Aseguradora quien deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, la actualización del citado listado.

- p) Las que se establezcan y especifiquen expresamente en las Condiciones Particulares.

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 Aseguradora. También puede efectuarse a través de Testamento.
- b) Si la designación se hace genéricamente en 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 en 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 a 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 y carácter excluyente:
- 1º) El cónyuge no separado legalmente o pareja de hecho.
 - 2º) Los hijos por partes iguales.

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.

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.

Para el resto de coberturas el beneficiario será el propio asegurado.

CAPÍTULO IV. DURACIÓN DEL CONTRATO Y PAGO DE PRIMAS

ARTÍCULO 15. DURACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

1. La duración del contrato y de las coberturas 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 dichas Condiciones Particulares, siempre que se encuentre perfeccionado el contrato, según se establece en el artículo "Perfección y toma de efecto" de estas Condiciones Generales.
2. 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 la Aseguradora.
3. En todo caso, **el Contrato de Seguro se extinguirá:**
 - a) **Al final de la anualidad en que el Asegurado cumpla 75 años de edad.**
 - b) **Fallecimiento del Asegurado**
 - c) **Cobro de cualquier prestación de incapacidad permanente absoluta**
 - d) **Falta de pago de la prima**

La extinción del seguro surtirá efectos desde la fecha en que se haya producido el hecho que da lugar a la misma.

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 fraccionar 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 de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la Prima.

3. La primera prima o fracción de ella, será exigible conforme al artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro 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, la Aseguradora 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, la Aseguradora quedará liberada de su obligación.
4. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Aseguradora 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, la Aseguradora, 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 período 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 período 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 la Aseguradora, teniendo en cuenta también la edad del Asegurado, la profesión declarada por el Asegurado y las coberturas contratadas.**



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

8. La Aseguradora 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.
9. El Tomador podrá solicitar con dos meses de antelación a cada aniversario de la póliza, el aumento o disminución de los capitales

o de las coberturas contratadas. Para cualquier modificación que suponga un aumento de coberturas o de los capitales asegurados, el Asegurado deberá someterse a las pruebas médicas o remitir la documentación que determine la Aseguradora.

CAPÍTULO V. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS, PAGO Y PRESCRIPCIÓN

ARTÍCULO 17. COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO.

El Tomador del Seguro, el Asegurado o el 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 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 la Aseguradora le requiera. En caso de incumplimiento de este deber 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 por accidente, accidente de circulación, infarto de miocardio o infarto cerebral del asegurado:

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 del/de 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/infarto de miocardio o infarto cerebral 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 u otros documentos que acrediten el accidente.
5. Documento que acredite la autoliquidación, o en su caso presentación para la liquidación por parte del organismo tributario competente, si es necesaria, del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones. Con este fin, la Aseguradora emitirá el correspondiente certificado en el que constará el importe indemnizatorio.
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 Aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

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

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 permanente absoluta.

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, infarto de miocardio o infarto cerebral.
4. En su caso, testimonio de las actuaciones o diligencias judiciales u otros documentos que acrediten el accidente.
5. El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación.
6. Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la Aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

En el caso de indemnización diaria por hospitalización por accidente:

1. Los que acrediten la personalidad, así como el Número de Identificación Fiscal del Asegurado.
2. Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten el estado de las lesiones padecidas, la fecha en que se produjo el accidente que las motivó o se pronosticó la enfermedad causante del siniestro, la evolución de la misma y los posibles antecedentes médicos.
3. En su caso, testimonio de las actuaciones o diligencias judiciales u otros documentos que acrediten el accidente.
4. Partes de alta, continuidad y baja que determinen la asistencia.
5. Si procede, certificado de la mutua de accidentes de trabajo u organismo competente justificante de accidente ocurrido en la jornada laboral.
6. El que acredite la titularidad de la cuenta bancaria designada para el abono de la prestación.
7. Cualquier otro documento o medio de prueba que precise la Aseguradora para la determinación de la existencia del siniestro, o por otra justa causa.

En el caso de asistencia sanitaria por accidente con reembolso de gastos:

1. Los que acrediten la personalidad, así como el Número de Identificación Fiscal del Asegurado.
2. Las certificaciones médicas, historial clínico o informe de asistencia que acrediten el estado de las lesiones padecidas, la



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

fecha en que se produjo el accidente que las motivó o se pronosticó la enfermedad causante del siniestro, la evolución de la misma y los posibles antecedentes médicos.

3. Facturas originales justificativas en su caso de los gastos médico-farmacéuticos incurridos y la prescripción médica que origine los mismos.
4. En su caso, testimonio de las actuaciones o diligencias judiciales u otros documentos que acrediten el accidente.
5. Partes de alta, continuidad y baja que determinen la asistencia.
6. Si procede, certificado de la mutua de accidentes de trabajo u organismo competente justificante del accidente ocurrido en la jornada laboral.
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 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 Generales, y en las especificadas en las Condiciones Particulares, y una vez sean reconocidas por la Aseguradora. A partir del momento de la aportación de toda la documentación precisa, la Aseguradora 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 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 efectos del pago de prestaciones, así como el número de identificación fiscal.

La prestación será satisfecha en España y en Euros con los requisitos indicados en la póliza, y siempre mediante la emisión de la correspondiente orden de abono de la entidad financiera indicada por el beneficiario.

Anticipo de capital: El/los beneficiario/s de la póliza de seguro, en caso de fallecimiento por accidente del asegurado, podrá/n disponer de un anticipo del 10% del importe del capital asegurado para la cobertura principal de Fallecimiento por accidente, con un límite máximo de 3.000 euros, a cuenta del pago del capital asegurado, previa justificación documental acreditativa del acaecimiento del suceso, para hacer frente a los gastos de sepelio o el pago del impuesto que procediera a efecto del pago de las prestaciones.

La Aseguradora se reserva el derecho de solicitar documentación adicional y a condicionar el pago efectivo de las prestaciones a su recepción cuando esta información adicional fuera precisa a fin de: (I) verificar el derecho del beneficiario a percibir la prestación y de (II) determinar el tratamiento fiscal que la Aseguradora deba aplicar o las actuaciones que ésta deba llevar a cabo con el objeto de excluir cualquier responsabilidad de índole fiscal que pudiera serle de aplicación en su calidad de pagador de la prestación.

ARTÍCULO 19. 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:

19.1. Para las coberturas principales y complementarias descritas en los apartados 12.1. y 12.2.a, b, c y d., la prestación resultante podrá percibirse bajo alguna de las siguientes formas:

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

Cuando el beneficiario opte por el percibo de la prestación o parte de ella en forma de renta, ésta será inmediata y tendrá un importe mínimo de 600€ mensuales. La renta se determinará de acuerdo con las bases técnicas vigentes que Premaat tenga en ese momento para cada tipo de renta.

El pago deberá iniciarse el mes siguiente a aquel en que se haya reconocido el derecho.

19.2. Para el resto de coberturas, a 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 20. 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.

CAPÍTULO VI. CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

ARTÍCULO 21. 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



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas 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:



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 900 222 665).
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

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

de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

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

DISPOSICIÓN FINAL

De conformidad con lo previsto en el artículo 3 de la Ley de Contrato de Seguro, el Tomador del seguro y, en caso de ser persona distinta de éste, el asegurado, manifiesta haber leído detenidamente y aceptar **las cláusulas limitativas de sus derechos que, debidamente resaltadas en negrita**, se contemplan en las Condiciones Generales que anteceden.

Premaat y el Tomador del seguro, con el consentimiento expreso del Asegurado, convienen en establecer el presente contrato de seguro, que se rige por lo previsto en las presentes Condiciones Generales, las Especiales si las hubiere, y en las correspondientes Condiciones Particulares cuyo contenido conocen y aceptan.

EL TOMADOR

EL ASEGURADO

Premaat, MPS



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

premaat@premaat.es
www.premaat.es