

INFORMACIÓN GENERAL

I. INTRODUCCIÓN

Esta nota informativa es un documento meramente informativo y no posee valor contractual para ninguna de las partes.

Su contenido tiene por objeto informar al Mutualista/Tomador de los aspectos más relevantes del producto asegurador **Premaat Accidentes Actúa** del que solicita su contratación, 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.

II. DENOMINACIÓN SOCIAL, FORMA JURÍDICA, DOMICILIO SOCIAL Y ESTADO MIEMBRO DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

Aseguradora: Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, Mutualidad de Previsión Social a prima fija, denominada en lo sucesivo "Premaat", es una Entidad española inscrita en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros, Órgano de Control de quien depende, con el número P-0081 y en el Registro Mercantil de Madrid en el Tomo 5313, Folio 46, Sección 8, Hoja M.87081, Inscripción 1ª.

Premaat es una Entidad aseguradora de duración indefinida y sin ánimo de lucro, basada en los principios de solidaridad, equidad y suficiencia y 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, en los términos que disponga la normativa vigente.

Domicilio de la Entidad: Premaat tiene su domicilio social en la calle de Juan Ramón Jiménez nº 15 de Madrid (28036).

Situación financiera y de solvencia: El informe sobre la situación financiera y de solvencia de la entidad, regulado en el artículo 80 de la LOSSEAR, se encuentra publicado en la web www.premaat.es

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.

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.

Autoridad de control: La autoridad de control competente es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Empresa.

III. LEGISLACIÓN APLICABLE

La relación jurídica entre Premaat y el mutualista, derivada de su condición de socio, se rige por sus Estatutos 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 Premaat y el mutualista, en su condición de tomador del seguro o asegurado, así como la de los beneficiarios, se rige por lo previsto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro, que incluye las condiciones generales, particulares y, en su caso, especiales y adicionales.

Premaat y sus mutualistas, en su condición de socios y no de asegurados, están sometidos a la jurisdicción de los Tribunales del domicilio social. Respecto de la relación aseguradora, son competentes los Tribunales de Justicia del domicilio del asegurado, a cuyo efecto éste asignará un domicilio en España en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

IV. 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.

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>.

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.

V. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

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

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL CONTRATO

VI. CONDICIONES DE CONTRATACIÓN

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, incluida su profesión y los deportes que practica.

El tomador/asegurado tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Edades de contratación

Para las coberturas de Fallecimiento e Incapacidad Permanente Absoluta (ambas por accidente o accidente de circulación), así como

para la cobertura de Muerte Natural, en el momento de la contratación del seguro, la edad del asegurado no podrá ser inferior a 18 años ni superior a 65 años. La edad máxima de permanencia del asegurado en estas coberturas será de 75 años.

En caso de contratación de las coberturas de Fallecimiento o Incapacidad Permanente Absoluta por infarto de miocardio o cerebral, o de la cobertura de Indemnización diaria por hospitalización por accidente, la edad del asegurado en la contratación debe ser mayor de 18 años y menor de 55 años. La edad límite de permanencia del asegurado en estas coberturas será de 60 años.

Para contratar la cobertura Asistencia Sanitaria por accidente, el asegurado será mayor de 18 años y menor de 60 años. La edad límite de permanencia del asegurado en esta cobertura será de 65 años.

Capitales

El capital máximo contratable para cada una de las coberturas no podrá ser superior a 150.000 euros siempre que la suma de los capitales asegurados que se garanticen, por tipología de cobertura (fallecimiento e incapacidad permanente) para cada asegurado, no exceda de los 300.000 euros, teniendo en cuenta también el resto de productos que el asegurado pudiera tener contratados con Premaat.

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

VII. DEFINICIÓN DE GARANTÍAS Y EXCLUSIONES

La Entidad Aseguradora garantiza las siguientes coberturas:

Cobertura principales y obligatorias:

- **Fallecimiento por accidente:** La Aseguradora se obliga a pagar a los beneficiarios del seguro el capital asegurado determinado en las Condiciones Particulares, en caso de fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un accidente.
- **Incapacidad Permanente Absoluta por accidente:** Se garantiza el pago del capital contratado en caso de que el asegurado resulte afectado de una incapacidad permanente absoluta para toda clase de trabajo como consecuencia de un accidente. Se entiende por Incapacidad Permanente Absoluta la situación física e irreversible provocada como consecuencia de un accidente, originada independientemente de la voluntad del asegurado, que impide por completo al asegurado afectado la realización de cualquier profesión u oficio.

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

Coberturas complementarias (opcionales):

- **Fallecimiento por accidente de circulación:** La Aseguradora pagará al beneficiario la prestación convenida adicionalmente a la prestación de fallecimiento por accidente, 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.
- **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 de Incapacidad Permanente Absoluta por accidente.

- **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.

- **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 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 Incapacidad Permanente Absoluta por accidente.

- **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.

- **Indemnización diaria por hospitalización por accidente:** la Aseguradora, con los límites establecidos en las Condiciones Particulares, indemnizará al Asegurado que se halle en internamiento hospitalario 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.
- **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.
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.
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.

Riesgos Excluyentes:

El pago de la cobertura de Incapacidad Permanente Absoluta, implicará la extinción del contrato, cesando automáticamente la cobertura de fallecimiento. El mismo accidente no da derecho a ser indemnizado a la vez por Incapacidad Permanente Absoluta y Fallecimiento.

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, trapevistas 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.

Países sin cobertura:

Quedan excluidos de cobertura los siniestros que tengan lugar en alguno de estos países y/o regiones:

- Centro y sur de América: República de Haití, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Venezuela, Santa Lucía, Guatemala, Surinam
- Asia: Afganistán, Bangladesh, Malasia, Tailandia, Pakistán, Israel, Irán, Siria, República Democ. de Laos, Corea del Norte, Camboya, Sri Lanka.
- Oceanía y alrededores: Indonesia, Papúa Nueva Guinea.
- Oriente: Arabia Saudí, Turquía, Irak, Siria, Yemen, Palestina, Jerusalén, Gaza.
- Norte de África: Eritrea, Sudán, Etiopía, Yibuti, Libia, Argelia, República de Burkina Faso, Mali, Níger, Rep. de Mali, Benín, Egipto.
- África centro: Rep. Centroafricana, Somalia, Rep. del Chad, Nigeria, República de Burundi, Camerún, Rep. del Congo, Sudán del Sur, Gambia, Guinea, Kenia, Uganda, Ghana, Liberia, Yibuti, Togo, Sierra Leona, Seychelles.
- África sur: Lesoto, Madagascar, Zimbabue, Sudáfrica, Unión de Comoras.

VIII. DURACIÓN DEL CONTRATO Y PRIMAS

El presente seguro es un seguro de accidentes temporal de capital constante.

Las garantías contratadas entrarán 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 indicada anteriormente, o el acaecimiento de las causas de extinción previstas en las Condiciones Generales.

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.

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.

La primera prima o fracción de ella, será exigible conforme al artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro; si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima.

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.

IX. 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 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.

X. MODALIDADES Y PLAZO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO DE RESOLUCIÓN

En caso de que exista reticencia o inexactitud en las declaraciones del tomador que influyan en la valoración del riesgo, la Aseguradora puede resolver el contrato dentro del plazo de un mes a contar desde que tenga conocimiento de dicha reticencia o inexactitud.

El Tomador/asegurado se obliga a comunicar a Premaat el cambio de profesión o actividad laboral. **En caso de no hacerlo, las coberturas**

contratadas siguen en vigor con efectos limitados a los riesgos determinados en las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro.

Si comunicado el cambio éste se considerase por la Aseguradora que agrava el riesgo, Premaat 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/Asegurado 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/Asegurado, 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.

XI. RÉGIMEN FISCAL APLICABLE

La Aseguradora aplicará el Régimen Fiscal que corresponda según la legislación vigente a la situación personal y profesional del Tomador o asegurado.

Las prestaciones derivadas del contrato de seguro tributarán, dependiendo de la contingencia producida y de los elementos personales del mismo:

- No profesionales:
 - Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, (Rendimiento de Capital Mobiliario):
Cuando el tomador y el beneficiario sea la misma persona, las prestaciones están sujetas al ámbito del IRPF, recibiendo el tratamiento de rendimientos de capital mobiliario.
 - Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones:
Cuando el tomador y el beneficiario no sean la misma persona, éste último está sujeto al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.
- Profesionales:
 - Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, (Rendimiento de Trabajo):
Cuando las primas abonadas por el tomador hayan podido ser deducibles como gasto de la actividad o reducibles en la base imponible del IRPF, por cumplirse los requisitos de los artículos 30 o 51 y disposición adicional 9ª de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, las prestaciones tendrán la consideración de rendimiento de trabajo, con independencia de la coincidencia o no entre tomador y beneficiario.