

Seguro de accidentes



NUEVAMUTUASANITARIA



Condiciones Generales

ÍNDICE

Artículo PRELIMINAR	3
Definiciones	4
Artículo 1 GARANTÍAS DEL SEGURO	6
Artículo 2 RIESGOS EXCLUIDOS	8
Artículo 3 ÁMBITO TERRITORIAL	10
Artículo 4 BASES DEL CONTRATO	10
Artículo 5 PERFECCIÓN, EFECTOS Y DURACIÓN DEL SEGURO	10
Artículo 6 NULIDAD DE LA PÓLIZA	11
Artículo 7 DERECHO DE DESISTIMIENTO	11
Artículo 8 BENEFICIARIOS	12
Artículo 9 DECLARACIONES ANTES DE CONTRATAR EL SEGURO	12
Artículo 10 DECLARACIONES EN CASO DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO	13
Artículo 11 PAGO DE LA PRIMA	13
Artículo 12 TRAMITACIÓN DE SINIESTROS	14
Artículo 13 PAGO DE LAS PRESTACIONES	15
Artículo 14 MORA DEL ASEGURADOR	16
Artículo 15 PRESCRIPCIÓN	16
Artículo 16 COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN	17
Artículo 17 IMPUESTOS Y RECARGOS	17
Artículo 18 COMUNICACIONES	17
Artículo 19 CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS	18
INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL	21

Artículo PRELIMINAR

Legislación e instancias de reclamación

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, por el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y por lo convenido en las condiciones generales y particulares de este contrato y en los suplementos que se puedan emitir.

La Mutua, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse los tomadores, asegurados, beneficiarios, o causahabientes de cualquiera de los anteriores para presentar cualesquiera quejas y reclamaciones relacionadas con esta Póliza, para lo cual la Mutua pondrá a disposición de éstos en sus oficinas impresos para la formulación de las mismas.

Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al SAC por cualquiera de los siguientes medios:

- Personalmente mediante su entrega en las oficinas de la Mutua
- Por correo postal remitido a la calle Villanueva, nº 14, cuarta planta, 28001 Madrid.
- Por correo electrónico a la dirección: sac@nuevamutuasantitaria.es

El SAC acusará recibo por escrito de las mismas y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de un mes, contado desde la fecha de presentación de la queja o reclamación.

Asimismo, podrán dirigirse por escrito, al Defensor del Cliente "D.A. Defensor, S.L.", calle Velázquez 80, 1º Dcha., 28001 Madrid, teléfono 913 104 043, e-mail reclamaciones@da-defensor.org.

En caso de disconformidad con lo resuelto por cualquiera de las instancias anteriores, o si no han obtenido respuesta en el plazo de un mes, podrán interponer reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el SAC o el Defensor del Cliente, sin que estos hubieran resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

Definiciones

En este contrato se entiende por:

1. ACCIDENTE

Lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez o muerte.

2. ASEGURADO

Persona física, sobre cuya vida se estipula el contrato.

3. ASEGURADOR

Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija, con domicilio en Madrid, calle Villanueva, nº 14, cuarta planta, 28001, se encuentra inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 29.864, Folio 40, Sección 8, Hoja M-537332 y provista de C.I.F. V-86444965 (en adelante, la “Mutua”) y en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: M-380. La Mutua se encuentra sujeta al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital

4. CAPITAL ASEGURADO

Cantidad establecida en las condiciones particulares de la póliza y en su caso en las condiciones especiales, que representa el límite máximo de la indemnización para cada una de las garantías.

5. GRAN INVALIDEZ

Situación por la que el Asegurado afecto de invalidez permanente y como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales generadas por un accidente, necesita la asistencia de otra persona para realizar los actos más esenciales de su vida, tales como vestirse, desplazarse, comer, lavarse o análogos.

La declaración de Gran Invalidez corresponde concederla a las Direcciones Provinciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social, a través de los Equipos de Valoración de Incapacidades, o a los Tribunales del Orden Jurisdiccional de lo Social.

Se entenderá producida la situación de Gran Invalidez en la fecha de efectos económicos fijada en la resolución administrativa o judicial que la declare.

6. INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA

Situación física **irreversible y sin previsión de mejoría** como consecuencia de un accidente, que impida al Asegurado el ejercicio permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional, y que, en su caso, **extinga la relación laboral**.

Se entenderá producida la situación de Invalidez Permanente Absoluta en la fecha de efectos económicos fijada en la resolución administrativa o judicial que la declare.

A efectos de la póliza no se considera producida la incapacidad permanente absoluta cuando hay expresa previsión de mejoría y reserva del puesto de trabajo.

No obstante, se considera ocurrida la Invalidez Permanente Absoluta cuando no se produzca la revisión por mejoría en un plazo máximo de dos años, a contar desde la fecha de la resolución por la que se declare la incapacidad permanente con reserva del puesto de trabajo, o bien se dicte resolución que anule dicha previsión de mejoría y decrete la extinción de la relación laboral.

7. INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL

Situación física del Asegurado como consecuencia de un accidente que supone la pérdida de algunos de sus miembros o la disminución funcional de los mismos que no constituya una Invalidez Permanente Total ni Absoluta para todo trabajo.

8. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Situación física **irreversible y sin previsión de mejoría** como consecuencia de un accidente, que impida al Asegurado el ejercicio permanente de su relación laboral o actividad profesional, y que, en su caso, **extinga la relación laboral**.

Se entenderá producida la situación de Invalidez Permanente Total en la fecha de efectos económicos fijada en la resolución administrativa o judicial que la declare.

A efectos de la póliza no se considera producida la incapacidad permanente total cuando hay expresa previsión de mejoría y reserva del puesto de trabajo.

No obstante, se considera ocurrida la incapacidad permanente total cuando no se produzca la revisión por mejoría en un plazo máximo de dos años, a contar desde la fecha de la resolución por la que se declare la incapacidad permanente con reserva del puesto de trabajo, o bien se dicte resolución que anule dicha previsión de mejoría y decrete la extinción de la relación laboral.

9. PÓLIZA

El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la póliza: las condiciones generales, las particulares que individualizan el riesgo, las especiales, si procedieran, y los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

10. PRIMA

El precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean aplicables de acuerdo con la normativa legal vigente en cada momento.

11. SINIESTRO

Hecho cuyas consecuencias están cubiertas por la póliza conforme a lo establecido en la misma. El conjunto de daños derivados de un mismo evento constituye un solo siniestro.

12. TOMADOR

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

Artículo 1 GARANTÍAS DEL SEGURO

Dentro de los límites establecidos en la póliza, y **hasta finalizar la anualidad de seguro en la que el Asegurado cumpla los 69 años**, el seguro garantiza los riesgos cuya cobertura se especifica a continuación:

1.1. Fallecimiento

El Asegurador abonará al Beneficiario el capital asegurado fijado en las condiciones particulares en caso de fallecimiento por accidente del Asegurado **siempre que el mismo se produzca dentro del plazo máximo de un año desde el acaecimiento de dicho accidente.**

Si el Fallecimiento se produce después del pago de una indemnización por la garantía de Invalidez Permanente Parcial y como consecuencia del mismo accidente, **la Entidad abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la suma asegurada para el caso de Fallecimiento, si esta es superior.**

1.2. Garantías de invalidez

El Asegurador abonará el capital establecido en las condiciones particulares, en caso de Gran Invalidez, Invalidez Permanente Absoluta e Invalidez Permanente Total del Asegurado como consecuencia directa de un accidente y **siempre que la misma se produzca dentro del plazo máximo de un año desde el acaecimiento de dicho accidente.**

El pago de la indemnización por estas garantías extingue el contrato.

En caso de Invalidez Permanente Parcial derivada de un accidente, **el Asegurador abonará la cuantía de la indemnización que le corresponda conforme al grado de limitación de la actividad que se obtenga de aplicar el siguiente baremo sobre el capital asegurado para Invalidez Permanente Total:**

Pérdida Total:

Del brazo o de la mano	70%
Del movimiento del hombro	25%
Del movimiento del codo	20%
Del movimiento de la muñeca	20%
Del pulgar y del índice	35%
De tres dedos que no sean pulgar o índice	25%
De tres dedos incluidos el pulgar o el índice	30%
Del pulgar y otros que no sea el índice	25%
Del índice y otros que no sea el pulgar	20%
Del pulgar sólo	20%
Del índice sólo	15%
Del medio, anular o meñique	10%
De dos de estos últimos dedos	15%
De una pierna	60%
De un pie	50%
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos	40%
Ablación de la mandíbula inferior	30%
Pérdida total de un ojo o reducción a la mitad de la visión binocular	30%
Sordera completa de ambos oídos	50%
Sordera completa de un oído	15%
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	40%
Fractura consolidada de una rótula	30%
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20%
Acortamiento por lo menos de cinco centímetros de miembro inferior	15%
Pérdida del dedo pulgar de un pie	10%
Pérdida de otro dedo del pie	5%

La determinación del grado de invalidez que derive del accidente se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. El Asegurador notificará por escrito al Asegurado la cuantía de la indemnización que le corresponde, de acuerdo con el grado de invalidez que deriva del certificado médico y el baremo anterior.

Si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme al artículo 12 de estas condiciones generales.

Por la pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad, la indemnización se determinará por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión y como máximo hasta el 100 por 100 de la Suma Asegurada.

Por cada falange de los dedos, únicamente se considerará Invalidez Permanente la pérdida anatómica total y la indemnización se establecerá de la siguiente forma: por la pérdida de una falange del pulgar o del dedo gordo del pie, la mitad; por la pérdida de una falange de cualquier otro dedo, un tercio, ambas fracciones sobre los porcentajes establecidos para la pérdida total del dedo respectivo.

Para los casos en que la lesión no esté expresamente indicada en el baremo de porcentajes anteriormente citado, la indemnización se establecerá teniendo en cuenta el grado en que resulte permanentemente disminuida la capacidad normal del Asegurado, según los dictámenes médicos, sin tener en cuenta la profesión del mismo.

En todo caso la pérdida absoluta o irreversible de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad, se considerará como una pérdida anatómica.

En los casos de disminución de su función, el porcentaje correspondiente antes indicado, se reducirá proporcionalmente al grado de funcionalidad perdida.

Si antes del accidente el Asegurado presentaba defectos físicos o funcionales, éste tendrá derecho a percibir solamente la indemnización correspondiente a la diferencia entre el grado de invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.

Una vez abonada la indemnización por la garantía de Invalidez Permanente Parcial, la póliza continuará en vigor para la garantía de Fallecimiento y el capital asegurado por dicha garantía se reducirá en el importe abonado.

Artículo 2 RIESGOS EXCLUIDOS

- 1. Los hechos que no tengan la consideración de accidentes.**
- 2. Las lesiones provocadas intencionadamente por el Asegurado, el suicidio o tentativa de suicidio, las mutilaciones voluntarias o el envenenamiento, o los accidentes causados por contravenir las leyes reglamentarias y disposiciones particulares referidas a la seguridad de las personas.**

- 3. Los accidentes que sean consecuencia de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado.**
- 4. Los accidentes mortales causados o provocados intencionadamente por los beneficiarios de la póliza.**
- 5. Las intoxicaciones alimentarias y por veneno.**
- 6. Las insolaciones o congelaciones u otros efectos de la temperatura atmosférica.**
- 7. Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluidas las de origen cardiovascular cualquiera que sea su causa, expresamente el infarto de miocardio, la hemorragia cerebral, el ictus o lesión similar de origen endógeno, aun cuando sean consideradas como accidente laboral, salvo pacto expreso en contrario.**
- 8. Los accidentes sobrevenidos como consecuencia de desvanecimientos y síncope, ataques de apoplejía o de epilepsia y epileptiformes de cualquier naturaleza, las hernias de cualquier clase, las consecuencias de los esfuerzos musculares, distensiones de ligamentos o lumbago, así como las varices, aunque esté cubierto el accidente que lo motive.**
- 9. El accidente ocurrido durante la práctica de deporte en el que el Asegurado cuente con licencia federativa o cuando sin contar con ella, se exija la obtención de licencia administrativa para el ejercicio de la actividad.**
- 10. Los accidentes ocurridos como consecuencia de la práctica como profesional de cualquier deporte y como aficionado de boxeo, full-contact, rugby, judo o luchas de cualquier clase, escalada, espeleología, acceso a glaciares, actividades subacuáticas con equipos autónomos, deportes hípicos, deportes aéreos o aquellos que impliquen riesgo aéreo como paracaidismo, ala delta, vuelo sin motor y similares, deportes que empleen armas de fuego, tiro con arco, toreo, rodeo o encierro de reses.**
- 11. El derivado de la participación en actos delictivos, apuestas, desafíos duelos o riñas, siempre que en este último caso no hubiera actuado en legítima defensa o en salvamento de personas o bienes.**
- 12. Los accidentes ocurridos cuando el Asegurado forme parte de la tripulación de cualquier tipo de aeronave, así como cuando es pasajero en una aeronave de uso particular.**
- 13. Los accidentes sufridos por el Asegurado por tener un índice de alcohol en sangre superior al permitido para la conducción de vehículos a motor, así como cuando haya consumido estupefacientes o drogas**

que no hayan sido prescritas o administradas por un médico, así como los sobrevenidos en caso de enajenación mental y/o sonambulismo.

14. Los accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o en viajes que tengan carácter de exploración.

15. Los daños corporales que pueda sufrir el Asegurado con ocasión de guerra, revoluciones, motines, tumultos populares, conflictos armados o actos de terrorismo, así como por causas que tengan la consideración legal de riesgos extraordinarios.

16. La acción directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

Artículo 3 ÁMBITO TERRITORIAL

Las garantías de la póliza tienen efecto para los siniestros ocurridos en todo el mundo.

Artículo 4 BASES DEL CONTRATO

La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Tomador, así como la proposición del Asegurador, en su caso, en unión de esta póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que solo alcanza, dentro de los límites pactados, a los bienes y riesgos en la misma especificados.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador o el Asegurado podrán reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Trascurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

El Tomador deberá informar al Asegurador si modifica su residencia habitual fuera del territorio español.

Artículo 5 PERFECCIÓN, EFECTOS Y DURACIÓN DEL SEGURO

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

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

Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las condiciones particulares.

A la expiración del periodo indicado en las condiciones particulares de esta póliza, se entenderá prorrogado el contrato por un plazo de un año y así sucesivamente a la expiración de cada anualidad.

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 periodo de seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

El Asegurador deberá comunicar al Tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

El contrato de seguro se extingue con el pago de la totalidad del capital asegurado y al término de la anualidad de seguro en la que el Asegurado alcance los 69 años de edad.

Artículo 6 NULIDAD DE LA PÓLIZA

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos en la Ley, si en el momento de su conclusión ya hubiera ocurrido el siniestro.

Artículo 7 DERECHO DE DESISTIMIENTO

En caso de contratación a distancia, el Tomador tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los 14 días siguientes a la fecha en la que se informe al Tomador de que el contrato ha sido celebrado, salvo que no hubiera recibido la información contractual establecida legalmente, en cuyo caso comenzará a contar desde el día que la reciba.

La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por escrito expedido por el Tomador en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esta fecha cesará la cobertura del riesgo por parte del Asegurador, y el Tomador tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo en el que el contrato hubiera tenido vigencia. El Asegurador dispondrá para ello de un plazo de 30 días a contar desde que reciba la comunicación de rescisión.

Artículo 8 BENEFICIARIOS

Para las garantías de Invalidez el Beneficiario es el propio Asegurado y para la de Fallecimiento el designado en las Condiciones Particulares.

Durante la vigencia del contrato el Tomador puede designar Beneficiario o modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad de consentimiento del Asegurador, salvo que el Tomador haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

La designación del Beneficiario o la revocación de éste se podrá hacer constar en las condiciones particulares o en una posterior declaración escrita al Asegurador, o bien en testamento, siempre que haya mención expresa a la póliza de seguro.

Si en el momento del fallecimiento del asegurado no hubiere beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del tomador.

Artículo 9 DECLARACIONES ANTES DE CONTRATAR EL SEGURO

El Tomador tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en dicho cuestionario.

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

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

Artículo 10 DECLARACIONES EN CASO DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

El Tomador o el Asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como les sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario al que se refiere el artículo anterior, salvo las relativas al estado de salud, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador o el Asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Si con anterioridad a la comunicación de la agravación del riesgo ocurre un siniestro, el Asegurador únicamente indemnizará el capital que hubiera asegurado aplicando la prima correspondiente al riesgo verdadero.

Si el Tomador o Asegurado no hubieran realizado, voluntariamente o de mala fe, la comunicación sobre la agravación del riesgo, el Asegurador queda liberado de efectuar la prestación correspondiente.

Si las nuevas circunstancias motivaran que el seguro pudiera contratarse en condiciones más favorables, la prima de la siguiente anualidad se reducirá en la proporción correspondiente. En caso contrario, el Tomador podrá rescindir el contrato y tendrá derecho a la devolución de la prima no consumida desde la fecha de la comunicación.

Artículo 11 PAGO DE LA PRIMA

La prima es anual, aunque se permite el fraccionamiento de su pago que podrá realizarse en semestres, trimestres o meses, con el recargo correspondiente.

Las primas se abonarán por anticipado contra recibo del Asegurador.

El pago de la prima se realizará mediante domiciliación bancaria de los recibos en la cuenta que a estos efectos señale el Tomador.

El Tomador o en su caso el Asegurado, entregará al Asegurador carta dirigida a una entidad financiera, en la que se autorice el pago por domiciliación bancaria.

La primera prima será exigible una vez celebrado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato, o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza. Si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento.

Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

El Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.

El impago de una fracción de prima, distinta de la primera de la primera anualidad, produce los mismos efectos que el impago de las primas sucesivas.

Artículo 12 TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

El Asegurado, o en su caso el Beneficiario, comunicará por escrito al Asegurador el siniestro, en el plazo de un mes desde su ocurrencia.

A no ser que se hubiera tenido conocimiento por otro medio, el retraso o la falta de declaración del siniestro faculta al Asegurador para reclamar los daños y perjuicios causados.

El incumplimiento del deber de informar sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro ocasionará la pérdida del derecho de la indemnización cuando concurra dolo o culpa grave.

El Asegurado o en su caso el Beneficiario, queda también obligado, en función de las garantías contratadas en las condiciones particulares a:

- a) Permitir que los servicios médicos del Asegurador examinen al Asegurado.
- b) Permitir la obtención de toda clase de informaciones o pruebas complementarias, incluso procurándolas directamente.
- c) Relevar del deber del secreto profesional a los profesionales que intervengan a raíz del siniestro en relación a la información que solicite el Asegurador.
- d) Recurrir sin dilación a un médico y cumplir sus prescripciones para procurar el pronto restablecimiento.

Si el Asegurado no aceptase la proposición del Asegurador en lo referente al grado de Invalidez Permanente Parcial, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos que regula el artículo 38 de la Ley de Contrato de Seguro. Es decir, cualquiera de ellas puede iniciar el procedimiento mediante el nombramiento de perito, comunicándolo por escrito a la otra. En esta comunicación ha de constar la aceptación de dicho perito y se ha de requerir expresamente a la otra parte para que, en el plazo de ocho días, desde que reciba tal comunicación, nombre el suyo.

Artículo 13 PAGO DE LAS PRESTACIONES

La indemnización se abonará por transferencia una vez finalizadas las investigaciones que confirmen la existencia del siniestro y de que obre en poder del Asegurador la documentación solicitada.

Dentro de los cuarenta días siguientes a la declaración del siniestro, la Compañía efectuará el pago del importe mínimo de lo que se pueda deber según las circunstancias conocidas.

En los casos de incapacidad este plazo se computará desde la presentación del dictamen/propuesta del Equipo de Valoración de Incapacidades, en el que se reconozcan las secuelas como definitivas.

Para el pago de las prestaciones deberán aportarse al Asegurador, los siguientes documentos:

a) Fallecimiento por accidente:

- Certificado literal de defunción.
- Certificado médico de defunción o informe de alta hospitalaria por fallecimiento por accidente.
- Testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el accidente (autopsia definitiva completa, e informe toxicológico, así como estudio histopatológico cuando corresponda).
- Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia del último testamento del Asegurado o acta de declaración de herederos.
- Carta de pago del Impuesto sobre Sucesiones (liquidación parcial a cuenta, autoliquidación o liquidación total del impuesto).
- Documentos que acrediten la personalidad de los Beneficiarios. Fotocopia del DNI de los Beneficiarios en vigor y número de cuenta de abono y certificado de titularidad de la cuenta corriente.

- Declaración de siniestro firmada por el Beneficiario.

Todos los justificantes documentales habrán de presentarse legalizados debidamente, en los casos que fuere preciso.

b) Invalidez (Gran Invalidez, Invalidez Permanente Absoluta, Invalidez Permanente Total e Invalidez Permanente Parcial):

- DNI del Asegurado.
- Dictamen propuesto del equipo de valoración de Incapacidades en el que conste el tipo de incapacidad declarada, el régimen de cotización a la Seguridad Social, las causas y cuadro clínico que motivan la incapacidad y si contiene revisión por expresa previsión de agravación o mejoría.
- Resolución de la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social en la que conste la fecha de la incapacidad a efectos económicos.
- Sentencia judicial firme, para los supuestos en que la incapacidad, su grado y efectos económicos se hubiera reconocido mediante resolución judicial firme. En su caso, se acompañará el testimonio judicial de que la resolución judicial no es recurrible.
- Informes médicos y hospitalarios donde figuren antecedentes, fechas de diagnóstico de los mismos. Tratamiento y evolución sobre las patologías origen de la incapacidad, y fecha de diagnóstico de cualquier otra patología.
- Declaración de siniestro firmada por el Asegurado.

La comprobación y determinación de la incapacidad se efectuará por el Asegurador después de la presentación de la citada documentación.

Artículo 14 MORA DEL ASEGURADOR

El Asegurador incurrirá en mora en el pago de la prestación, si por causa no justificada y que le sea imputable, no hubiera abonado la indemnización en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o el importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro. En tal caso, abonará al Asegurado o al Beneficiario, el interés de demora previsto legalmente.

Artículo 15 PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del presente contrato prescribirán en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

Artículo 16 COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN

El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española, y dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado.

En el supuesto de que el Asegurado tenga su domicilio en el extranjero, deberá señalar uno en España.

Artículo 17 IMPUESTOS Y RECARGOS

Todos los impuestos y recargos que graven el presente contrato, o que lo puedan gravar en el futuro, y que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta de los Tomadores, Asegurados o Beneficiarios según corresponda la naturaleza del hecho imponible.

Artículo 18 COMUNICACIONES

Las comunicaciones realizadas al Asegurador, por el Tomador o por el Asegurado, se dirigirán al domicilio del Asegurador señalado en la póliza.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador al Agente de Seguros que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.

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

En todo caso se precisará el consentimiento expreso del Tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador, y en su caso, al Asegurado, se realizarán al domicilio de éstos, recogido en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente al Asegurador el cambio de su domicilio. Las comunicaciones entre el Asegurador y el Tomador del seguro y en su caso el Asegurado, se realizarán mediante envío postal o por cualquier otro medio escrito, incluido correo electrónico, SMS o fax, en las direcciones facilitadas en la contratación o posteriormente a estos fines.

Artículo 19 CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el Tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier Entidad Aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la Entidad Aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la Entidad Aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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

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

- a) 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.
- b) 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:

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

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

INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

1. Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos

El responsable del tratamiento de sus datos personales es Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija (“Nueva Mutua Sanitaria”) con domicilio social en calle Villanueva nº 14, 4ª planta, 28001 Madrid.

Nueva Mutua Sanitaria ha nombrado un Delegado de Protección de Datos ante el cual podrá poner de manifiesto cualquier cuestión relativa al tratamiento de sus datos personales dirigiéndose al correo electrónico dpo@nuevamutuasantaria.es

2. Finalidad del tratamiento de sus datos de carácter personal

En NUEVA MUTUA SANITARIA tratamos sus datos de carácter personal con el máximo respeto y cumplimiento de la normativa aplicable en materia de protección de datos de carácter personal.

En el marco de la contratación de la presente póliza de seguro, los datos de carácter personal inherentes al Tomador, así como los datos de los Asegurados (incluidos datos de carácter sensible -tales como los datos de salud -) (los “Datos”), facilitados directamente por éstos a NUEVA MUTUA SANITARIA para la ejecución de la póliza de seguro contratada, serán tratados por ésta con las siguientes finalidades:

- a) la evaluación, ejecución y control de la póliza (lo que conllevará - entre otros- que la Mutua pueda comunicar los Datos a prestadores de servicios cuyo coste es objeto de cobertura y solicitarles asimismo información -incluidos datos personales, en su caso, de salud- sobre la causa que motiva la prestación cuyo coste es objeto de cobertura);
- b) el cumplimiento de obligaciones legales;
- c) la liquidación de siniestros, la colaboración estadístico actuarial para permitir la tarificación y selección de riesgos, la elaboración de estudios de técnica aseguradora y la prevención del fraude, así como para su cesión a reaseguradores para la evaluación, desarrollo, cumplimiento, control y ejecución de tal relación contractual de reaseguro.

Respecto a los datos que se identifican como datos identificativos y datos de contacto, con fundamento en el interés legítimo, los trataremos para darle a conocer comunicaciones comerciales e información (por medios

ordinarios, correo electrónico u otro medio de comunicación equivalente) sobre servicios y productos de NUEVA MUTUA SANITARIA, ofertas o promociones especiales de la Mutua, así como campañas de medicina preventiva.

Le informamos de que nos limitaremos a tratar sus datos de carácter personal con las finalidades citadas.

Le informamos de que, en ningún caso, se adoptarán decisiones automatizadas en base a su perfil.

Plazo de conservación de los datos personales

Al tratarse de su póliza de seguro de accidentes, trataremos sus datos de carácter personal durante todo el tiempo que permanezca en vigor y, una vez finalice la relación contractual, durante el tiempo necesario para cumplir con las exigencias legales.

Del mismo modo, en caso de que haya prestado su consentimiento para el envío de información comercial, trataremos sus datos de carácter personal hasta que usted manifieste su deseo de no seguir recibiendo información y comunicaciones comerciales por nuestra parte.

Legitimación para llevar a cabo el tratamiento de sus datos de carácter personal

Le informamos de que la legitimación para el tratamiento de sus datos es que el tratamiento es necesario para la ejecución de un contrato en el que usted es parte.

En cuanto al envío de información comercial, le informamos de que la legitimación para el tratamiento de sus datos es el interés legítimo debidamente ponderado.

3. ¿A qué destinatarios se comunican sus datos?

- A prestadores de servicios cuyo coste es objeto de cobertura y solicitarles asimismo información - incluidos datos personales, en su caso, de salud- sobre la causa que motiva la prestación cuyo coste es objeto de cobertura.
- A reaseguradores para la evaluación, desarrollo, cumplimiento, control y ejecución de relación contractual de reaseguro.
- A las entidades a las que estemos obligados por exigencia legal.

Además, le informamos también de que NUEVA MUTUA SANITARIA trabaja con varias entidades que le prestan un servicio que requiere acceso a datos de carácter personal, siendo, por tanto, estas entidades encargadas del tratamiento de NUEVA MUTUA SANITARIA.

4. Derechos del interesado en relación con el tratamiento de sus datos personales

Como titular de los datos de carácter personal, tanto en nombre propio como a través de un representante – legal o voluntario- podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, limitación del tratamiento, supresión, oposición, así como el derecho a la portabilidad de sus datos.

Para ejercerlos, debe ponerse en contacto con nosotros a través del correo electrónico dpo@nuevामutuasaniaria.es indicando en el Asunto "Derechos Protección de Datos" o, si lo prefiere, por correo postal a Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico en Calle Villanueva nº 14 4º, Madrid (28001), especificando qué derecho quiere ejercer y enviando una fotocopia de su DNI.

En el plazo máximo de 30 días –poniendo todo nuestro esfuerzo y los medios que estén a nuestro alcance para reducir ese plazo al máximo posible-, desde que recibamos su solicitud, obtendrá respuesta por nuestra parte. En caso de no quedar conforme, podrá acudir a la Agencia Española de Protección de Datos para solicitar la tutela de derechos.

Además, le informamos de que puede presentar una reclamación en materia de protección de datos ante la Agencia Española de Protección de Datos. Dispone de toda la información en su página web: www.aepd.es

5. Origen de los datos de carácter personal

Los datos personales que tratamos en NUEVA MUTUA SANITARIA han sido recogidos en la póliza de seguro y en otros documentos relacionados.

Las categorías de datos que se tratan son: Datos identificativos, datos de características personales, datos de circunstancias sociales, datos de empleo, datos académicos y sociales, datos económicos, financieros y de seguros y datos de salud.