UMAS
MUTUA DE SEGUROS

Póliza de Seguro Individual y Colectiva de Accidentes Personales.

UMAS
MUTUA DE SEGUROS

SEGURO INDIVIDUAL Y COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

De acuerdo con los establecido en los arts. 3 y 8 de la Ley 50/80 de 8 octubre, de Contrato de Seguro, se resaltan en letra negrita las exclusiones y limitaciones de los derechos de los Asegurados contenidas en las condiciones generales de la póliza.

ARTÍCULO PRELIMINAR: DEFINICIONES 7

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO 7

ARTÍCULO 1°: RIESGOS CUBIERTOS 7

ARTÍCULO 2°: LÍMITES GEOGRÁFICOS 8

ARTÍCULO 3°: RIESGOS EXCLUIDOS 8

ARTÍCULO ESPECIAL: CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS 9

ARTÍCULO 4°: COMIENZO Y DURACIÓN DEL SEGURO 10

ARTÍCULO 5°: IDENTIFICACIÓN Y VARIACIONES DEL COLECTIVOASEGURADO (SÓLO EN CASO DE GRUPO) 11

ARTÍCULO 6°: GARANTÍAS DEL SEGURO 11

ARTÍCULO 7°: BASES DEL SEGURO 15

ARTÍCULO 8°: PAGO DE LA PRIMA 16

ARTÍCULO 9°: MODIFICACIONES EN EL RIESGO 17

ARTÍCULO 10°: DEBER DE INFORMACIÓN 17

ARTÍCULO 11°: PAGO DE INDEMNIZACIONES 18

ARTÍCULO 12°: DISCONFORMIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ 18

ARTÍCULO 13°: SUBROGACIÓN 19

ARTÍCULO 14°: PRESCRIPCIÓN 19

ARTÍCULO 15°: ARBITRAJE Y JURISDICCIÓN 19

ARTÍCULO 16°: COMUNICACIONES 19

ARTÍCULO 17°: DERECHO DE TERCEROS 20

SINIESTROS 20

ARTÍCULO 18°: OBLIGACIONES 20

ARTÍCULO 19°: RECONOCIMIENTO MÉDICO 20

ARTÍCULO 20°: DEBER DE INFORMACIÓN 20

ARTÍCULO 21°: PAGO DE INDEMNIZACIÓN 21

ARTÍCULO 22°: DERECHO DE SUBROGACIÓN 21

CLÁUSULAS ESPECIALES 21

ARTÍCULO 23°: GASTOS DE SEPELIO 21

ARTÍCULO 24°: REVAL ORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE CAPITALES ASEGURADOS 21

ARTÍCULO 25°: INCAPACIDAD PROFESIONAL 22

ARTÍCULO 26°: CONTROL DEL GRUPO ASEGURADO SEGÚN SU AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL 22

ARTÍCULO 27°: ASEGURAMIENTO ESPECIAL PARA CENTROS DOCENTES 23

ARTÍCULO 28°: GARANTÍAS DEL SEGURO 24

ARTÍCULO 29°: CONVENIOS COLECTIVOS DE TRABAJO 24

CONDICIONES GENERALES

SEGURO INDIVIDUAL Y COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES.

ARTÍCULO PRELIMINAR: DEFINICIONES

A los efectos de este contrato, se entenderá con carácter general por:

1. ASEGURADOR: UNIÓN MUTUA ASISTENCIAL DE SEGUROS A PRIMA FIJA (UMAS), en adelante denominada **«la Mutua».**

2. TOMADOR DEL SEGURO: La persona, física o jurídica, que juntamente con **la Mutua**, suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo aquellas que corresponden expresamente al Asegurado y/o Beneficiario.

3. ASEGURADO: La persona, física o jurídica, titular del interés objeto del seguro y que en defecto del Tomador asume las obligaciones derivadas del contrato.

4. BENEFICIARIO: La persona, física o jurídica, a quien el Tomador del Seguro, o en su caso, el Asegurado, reconoce el derecho a percibir en la cuantía que corresponda la indemnización derivada de este contrato.

5. PÓLIZA/CONTRATO: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante del contrato o 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.

6. PRIMA: El precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación en cada momento.

7. SUMA ASEGURADA: La cantidad fijada en las Condiciones Particulares del contrato, que constituye el límite máximo de indemnización para cada una de las garantías.

8. ACCIDENTE: Lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

También se considerarán como accidentes a efectos del seguro:

- La asfixia o lesiones internas a consecuencia de gases o vapores; inmersión o sumersión, o por ingestión de materias líquidas o sólidas no alimenticias.
- Las infecciones derivadas de un accidente cubierto por el contrato.
- Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos motivados por un accidente cubierto por el contrato.
- Las lesiones sufridas a consecuencia de legítima defensa.

9. SINIESTRO: Hecho cuyas consecuencias económicamente dañosas estén cubiertas por el contrato.

10. FRANQUICIA: Cantidad expresamente pactada que se deducirá de la indemnización que corresponda en cada siniestro. A los efectos de la garantía de incapacidad temporal, la franquicia tomará el nombre de «carencia», que se estipulará por días a cargo del Asegurado y no por importe en euros.

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

ARTÍCULO 1°: RIESGOS CUBIERTOS

1.1. Las coberturas del seguro amparan, con carácter general, los accidentes que pueda sufrir el Asegurado, tanto en su vida privada, como en el ejercicio de la actividad profesional declarada a efectos de contratación del seguro.

No obstante, si la cobertura se limita al riesgo profesional exclusivamente, el seguro sólo amparará los accidentes sufridos con ocasión, o como consecuencia, del ejercicio de la profesión declarada. Si, por el contrario,

la cobertura se limita al riesgo extraprofesional exclusivamente, el seguro sólo amparará los accidentes que no puedan ser conceptuados como riesgo profesional.

1.2. Las garantías que puedan contratarse son las siguientes:

- Fallecimiento por accidente.
- Invalidez permanente.
- Invalidez temporal o incapacidad temporal.
- Asistencia sanitaria.

ARTÍCULO 2°: LÍMITES GEOGRÁFICOS

2.1. Las coberturas del contrato son de aplicación a los accidentes ocurridos en cualquier lugar del mundo respecto a las garantías de fallecimiento e invalidez permanente, cuando se trate de una cobertura expresamente garantizada por el contrato.

2.2. Las garantías de invalidez temporal y asistencia sanitaria sólo son de aplicación, salvo pacto en contrario, respecto a los accidentes ocurridos en el ámbito de la Unión Europea (UE). Sin embargo, fuera de los territorios de soberanía española, el seguro sólo surte efectos en viajes o estancias de una duración máxima de diez días.

ARTÍCULO 3°: RIESGOS EXCLUIDOS

El presente contrato no incluye los daños que se produzcan por las causas siguientes

(a) Las enfermedades de cualquier clase y naturaleza, que no sean consecuencia directa de un traumatismo accidental; los desvanecimientos y síncopes; ataques de apoplejía, de epilepsia o epileptiformes de cualquier naturaleza, ni las lesiones corporales producidas con ocasión de estas manifestaciones o de otros estados morbosos, cualesquiera que fuesen.

(b) Las consecuencias de aneurismas, congestión, insolación, congelación y otros efectos de la temperatura atmosférica, a no ser que el Asegurado esté expuesto a ellos como consecuencia de un accidente cubierto por este contrato.

(c) Los efectos de reumatismo, las hernias de cualquier naturaleza u origen, ni sus agravaciones, ni otro tipo de lesiones dérmicas como roces, varices, o similar.

(d) La muerte por asfixia durante el baño o la natación y sea únicamente debida a la acción del agua.

(e) Lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por el contrato.

(f) Los accidentes sobrevenidos al Asegurado en estado de perturbación mental, embriaguez, bajo el efecto de drogas o estupefacientes, de sonambulismo; el suicidio o tentativa de él.

A los efectos del contrato, se considera que existe embriaguez cuando el grado de alcoholemia, según los medios de determinación o medición en la Legislación Española en vigor en cada momento, sea superior a las tasas legalmente permitidas por dicha legislación.

(g) Hechos de carácter político o social, motines y alborotos o tumultos populares, terrorismo, fuerzas o medidas militares en tiempos de paz, inundaciones, erupciones volcánicas, huracanes, movimientos sísmicos, desprendimientos de tierra, otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter excepcional y, en general, cualquier causa de carácter extraordinario o catastrófico

Estos riesgos podrán ser indemnizados por el Consorcio de Compensación de Seguros, según su propia normativa, de acuerdo con lo que determina el Artículo Especial de las presentes Condiciones Generales.

(h) Guerra, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebelión, revolución, insurrección o usurpación del poder.

(i) Reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva.

(j) Participación del Asegurado en juegos de azar, apuestas, desafíos y riñas.

(k) Los daños causados intencionadamente por el Asegurado, salvo que hayan sido producidos para evitar un mal mayor. Tampoco se cubrirán los daños derivados de actos dolosos cometidos por el Asegurado y/o Beneficiario o en los que éste tenga directa o indirectamente participación penal.

(l) Los gastos indirectos causados por un siniestro amparado por el contrato, tales como (a título enunciativo y no limitativo) taxis, desplazamientos y comidas en establecimientos sanitarios.

(m) Salvo que expresamente se incluyan en las Condiciones Particulares no se cubren las prótesis, reparaciones de cualquier tipo y tratamientos dentales.

(n) Quedan excluidos los siniestros derivados de uso y circulación de vehículo a motor y de los elementos remolcados o incorporados a los mismos, salvo pacto en contrario.

3.1. Tampoco se cubren, salvo que expresamente se incluyan en las Condiciones Particulares bajo la rúbrica de «Riesgos Especiales» y se abone la sobreprima correspondiente, las consecuencias de los hechos siguientes:

(a) La práctica de los siguientes deportes: automovilismo y motociclismo en cualquiera de sus modalidades, caza de cualquier tipo, uso de ciclomotores, motocicletas, bicicletas, submarinismo en cualquiera de sus formas, navegación en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros, uso de embarcaciones de vela o motor en alta mar o más de dos kilómetros de la entrada en puerto, esquí acuático, acrobatismo en cualquiera de sus versiones, ascensiones a montañas, escalada, espeleología, boxeo, lucha en cualquiera de sus modalidades, artes marciales, paracaidismo, aerostación, vuelo libre, vuelo sin motor, riesgos de somatén o institución análoga y, en general, cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso.

(b) La participación en competiciones o torneos organizados por federaciones deportivas u organismos similares.

(c) La utilización como pasajero o tripulante de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros, así como los de helicópteros y, en general, se excluye cualquier tipo de vuelo aéreo en línea no regular o de exploración.

ARTÍCULO ESPECIAL: CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

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

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

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

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

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

I. RESUMEN DE 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.

(d) Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certifica-

rán, 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) Lo siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura.

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

2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

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

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

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
- 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.

ARTÍCULO 4°: COMIENZO Y DURACIÓN DEL SEGURO

4.1. El seguro entrará en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares del contrato, una vez firmado el contrato y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, **la Mutua** haya cobrado el primer recibo de prima.

4.2. Será nulo el contrato si en el momento de su formalización ha ocurrido el siniestro.

4.3. El seguro se contrata por un año, considerándose no obstante, renovado tácitamente por períodos anuales sucesivos, a menos que, se comunique el deseo de rescindirlo, con al menos un mes de anticipación en el caso del Tomador y dos meses de anticipación en el caso de **la Mutua**; a la conclusión del período de seguro en curso.

4.4. Si cualquiera de las partes desea modificar las coberturas y garantías pactadas, excluyendo o reduciendo las mismas, lo comunicará a la otra, al menos con dos meses de antelación al vencimiento del período en curso. Si la parte notificada no contesta quince días antes de este vencimiento, se entenderá que lo acepta y surtirá efectos en el siguiente período del seguro, y si contesta negativamente podrá rescindirse el contrato a partir de dicho vencimiento.

ARTÍCULO 5°: IDENTIFICACIÓN Y VARIACIONES DEL COLECTIVOASEGURADO (SÓLO EN CASO DE GRUPO)

5.1. En el caso en que se asegure a un colectivo de personas, se entenderán incluidas las coberturas del contrato bajo las siguientes Condiciones que se estipulan en el presente Artículo.

5.2. La identificación de los contratos adheridos al seguro se realizará, salvo pacto en contrario, mediante la relación de personas que, a tal efecto, aporte el Tomador del Seguro, se incluya o no en el contrato.

5.3. Las altas se producirán por la inclusión como asegurados, de quienes reúnan las condiciones de adhesión con posterioridad a la entrada en vigor del seguro.

Las bajas tendrán lugar por alguna de las causas siguientes:

(a) Salida del grupo asegurado o del asegurable.

(b) Al término de la anualidad de seguro en que se cumpla la edad límite de 65 años prevista en el **artículo 7°**, punto **7.2** de estas Condiciones Generales.

(c) Fallecimiento del Asegurado.

En los dos primeros supuestos, **la Mutua** dará de baja al asegurado al primer vencimiento del contrato.

5.4. El Tomador debe comunicar a **la Mutua** las altas mediante los Boletines de adhesión, y las bajas mediante escrito al efecto. **La Mutua**, al acusar recibo, hará constar las primas devengadas a su favor por las altas y el extorno devengado a favor del Tomador por las bajas y efectuará la regularización de primas de conformidad con el plazo fijado en las condiciones particulares del contrato.

Las altas surtirán efecto desde las doce de la noche de la fecha que figure en el suplemento emitido; las bajas, desde las cero horas de la fecha en que se solicite al efecto en la correspondiente notificación.

ARTÍCULO 6°: GARANTÍAS DEL SEGURO

La Mutua asume la cobertura de las garantías que a continuación se indican, hasta el límite de las sumas aseguradas en cada caso y en tanto su inclusión figure expresamente señalada en las Condiciones Particulares del contrato.

6.1. Fallecimiento por accidente.

6.1.1. Si como consecuencia de un accidente cubierto por el contrato se produjera la muerte del Asegurado, **la Mutua** pagará al beneficiario la suma establecida a tal efecto.

6.1.2. Si con posterioridad a que La Mutua hubiera pagado una indemnización por invalidez ocurriera el fallecimiento del Asegurado, a consecuencia del mismo accidente y sin que hubiera transcurrido más de un año desde su ocurrencia, la Mutua sólo estará obligada a pagar la diferencia entre el importe indemnizado y la suma asegurada para la garantía de fallecimiento accidental. Si lo ya indemnizado fuera superior, la Mutua no

podrá reclamar la diferencia.

6.1.3. Si en el momento del fallecimiento del Asegurado no hubiese beneficiario concretamente designado ni reglas para su determinación, la suma asegurada formará parte del patrimonio del Tomador del Seguro.

6.1.4. Cuando sean varios los beneficiarios y salvo pacto en contrario, el pago de la suma asegurada se efectuará por partes iguales o en proporción a la cuota hereditaria si la designación se hubiera hecho en favor de los herederos. **La parte no adquirida por un beneficiario acrecentará la de los demás excepto en caso de que alguno de ellos fuera causante doloso del accidente, en tal caso quedará nula la designación hecha a su favor y, salvo pacto en contrario, la parte no adquirida por el causante formará parte del patrimonio del Tomador del Seguro.**

6.1.5. La designación de beneficiario corresponde al Tomador y podrá hacerse en el contrato o en una posterior declaración escrita comunicada a **la Mutua** o en testamento, pudiendo revocarse en cualquier momento en la misma forma establecida para consignarla mientras el Tomador del Seguro no haya renunciado expresamente por escrito a tal facultad.

6.2. Invalidez permanente.

A efectos del presente contrato, será considerada invalidez permanente, la pérdida anatómica, o impotencia funcional, de miembros u órganos que sean consecuencia de lesiones corporales originadas por un accidente cubierto por el contrato.

El importe de las indemnizaciones por este concepto se fijará mediante la aplicación, sobre la suma asegurada para esta garantía, de los porcentajes de indemnización siguientes:

6.2.1. Tipo de invalidez y Porcentajes de Indemnización:

	Porcentaje de Indemnización
Cabeza y sistema nervioso:	
• Enajenación mental completa	100%
• Epilepsia en su grado máximo	60%
• Ceguera absoluta	100%
• Pérdida de un ojo o de la visión del mismo si ha perdido con anterioridad el otro	70%
• Pérdida de un ojo conservando el otro o disminución a la mitad de la visión binocular	25%
• Catarata traumática bilateral operada (afaquia)	20%
• Catarata traumática unilateral operada (afaquia)	10%
• Sordera completa	50%
• Sordera total de un oído habiendo perdido el otro con anterioridad	30%
• Sordera total de un oído	15%
• Pérdida total del olfato o del gusto	5%
• Mudez absoluta con imposibilidad de emitir sonidos coherentes	70%
• Ablación de la mandíbula inferior	30%
• Trastornos graves en las articulaciones de ambos maxilares	15%
Columna vertebral	
• Paraplejia	100%
• Cuadriplejia	100%
• Limitaciones de movilidad a consecuencia de fracturas vertebrales sin complicaciones neurológicas ni deformaciones graves de columna	3% por Vértebra; Máx 20%
• Síndrome de Barre-Lieou	10%
Tórax, abdomen y parato genito-urinario	
• Pérdida de un pulmón o reducción al 50 por 100 de la capacidad pulmonar	20 %
• Hernia diafragmática	10%
• Nefrectomía	10%

- Esplenectomía 5%
- Ano contra natura 20%

Miembros superiores

- Amputación de un brazo desde la articulación del húmero 70%
- Amputación de un brazo al nivel del codo o por encima de éste 65%
- Amputación de un brazo por debajo del codo 60%
- Amputación de una mano al nivel de la muñeca o por debajo de ésta 55%
- Amputación de cuatro dedos de una mano 50%
- Amputación de un dedo pulgar 20%
- Amputación total de un dedo índice o de dos falanges del mismo 15%
- Amputación total de cualquier otro dedo de una mano o de dos de sus falanges 5%
- Pérdida total del movimiento de un hombro 25%
- Pérdida total del movimiento de un codo 20%
- Parálisis total del nervio radial del cubital o del mediano 25%
- Pérdida total del movimiento de una muñeca 20%

Pelvis y miembros inferiores

- Pérdida total del movimiento de cadera 20%
- Amputación de una pierna por encima de la articulación de la rodilla 60%
- Amputación de una pierna conservando la articulación de la rodilla 55%
- Amputación de un pie 50%
- Amputación parcial de un pie conservando el talón 20%
- Amputación de un dedo gordo 10%
- Amputación de cualquier dedo del pie 5%
- Acortamiento de una pierna en cinco centímetros o más 10%
- Parálisis total de ciático poplíteo externo 15%
- Pérdida total del movimiento de una rodilla 20%
- Pérdida total del movimiento de un tobillo 15%
- Dificultades graves en la deambulación subsiguiente a la fractura de uno de los calcáneos 10%

6.2.2 En la aplicación del anterior baremo se tendrán en cuenta las siguientes normas:

(a) **Los porcentajes de indemnización correspondientes a los miembros superiores deben ser reducidos en un 15 por 100 cuando no se trate del lado dominante (lesiones en el miembro izquierdo de un diestro y viceversa), salvo para el caso de amputación de una mano asociada a la de un pie.**

(b) Las indemnizaciones se fijarán independientemente de la profesión y edad del Asegurado, así como de cualquier otro factor ajeno al baremo.

(c) Cuando existan varios tipos de invalidez derivados de un mismo accidente se acumularán sus porcentajes de indemnización correspondientes, con máximo del 100 por 100 de la suma asegurada para esta garantía.

(d) La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro u órgano será considerada como pérdida total del mismo.

(e) La suma de los porcentajes de indemnización por varios tipos de invalidez parcial en un mismo miembro u órgano no podrá ser superior al porcentaje establecido para su pérdida total.

(f) Los tipos de invalidez no especificados de modo expreso en el baremo se indemnizarán por analogía con otros casos que figuren en el mismo.

(g) Las limitaciones y las pérdidas anatómicas de carácter parcial serán indemnizadas en proporción a la pérdida o impotencia funcional absoluta del miembro u órgano afectado.

(h) **Si un miembro u órgano afectado por un accidente presentaba con anterioridad al mismo, amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización aplicable será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el de la que resulte después del accidente.**

El grado de invalidez, a efectos de indemnización definitiva, será establecido por **la Mutua** cuando el estado físico del Asegurado sea reconocido médicamente como definitivo y presente el correspondiente certificado médico de incapacidad. Si transcurridos doce meses desde la fecha del accidente no pudiera realizarse dicha fijación, el Asegurado podrá solicitar de **la Mutua** un nuevo plazo de hasta doce meses más, transcurrido el cual, ésta habrá de fijar la invalidez en base a la que se estime resultará definitiva.

6.2.3.Si el Asegurado no aceptase la proposición de la Mutua, efectuada conforme el certificado médico de incapacidad y en base al baremo del contrato, se aplicarán las normas siguientes:

(a) Cada parte designará perito médico, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado el suyo; de no hacerlo en este plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculada por el mismo.

Si los peritos llegan a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, el grado de invalidez y las demás circunstancias que influyan en la determinación del mismo, así como la propuesta del porcentaje de indemnización correspondiente.

(b) Cuando no haya acuerdo entre los peritos médicos, ambas partes designarán, de conformidad, un tercer perito. De no existir tal designación, se hará por el Juez de Primera Instancia del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo que señalen las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.

(c) El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes dentro del plazo de treinta días, en el caso de **la Mutua** y ciento ochenta en el del Asegurado, computándose ambas desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiera en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

(d) Si el dictamen de los peritos fuese impugnado, **la Mutua** deberá abonar el importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias que conozca, y si no lo fuera, abonará, en un plazo de cinco días, el importe de la indemnización señalada por los peritos.

(e) Si **la Mutua** demorase el pago de la indemnización devenida y el Asegurado se viera obligado a reclamarla judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada en un 20 por 100 anual, que empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para **la Mutua** y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso.

(f) Cada parte satisfará los honorarios de su perito. Los del perito tercero y demás gastos que ocasione la tasación pericial serán de cuenta y cargo por mitad del Asegurado y de **la Mutua**. No obstante, si cualquiera de las partes hubiera hecho necesaria la peritación por haber mantenido una valoración del daño manifiestamente desproporcionado, será ella la única responsable de dichos gastos.

6.3.Invalidez temporal.

6.3.1. Se considerará como tal, a efectos del seguro, la imposibilidad material del Asegurado para realizar su trabajo u ocupación habitual, en tanto dicha incapacidad se derive de un accidente cubierto por el contrato y exista el correspondiente certificado médico de baja a efectos laborales.

La suma asegurada para esta garantía tendrá carácter de indemnización diaria pagadera, por meses o períodos menores, mientras persiste la situación de baja a efectos laborales y **durante un máximo de trescientos sesenta y cinco días a contar desde la fecha de baja inicial.** En todo caso, siempre se computará como indemnizable, el tiempo que efectivamente ha dejado de percibir el Asegurado, sus honorarios por el concepto que se entendiese asegurado, no teniendo **la Mutua** obligación a pagar la indemnización diaria por aquellos días, semanas o meses en los que el Asegurado no fuera a ingresar, por su actividad, declarada en el contrato, cantidades habituales de la mencionada actividad.

6.3.2. El alta médica y/o la incorporación a la actividad habitual darán lugar a la extinción de las prestaciones de la Mutua en virtud de esta garantía.

6.3.3. Si en las Condiciones Particulares del contrato se hubiera establecido un período de carencia, la Mutua asumirá el pago de la indemnización en exceso del mismo y durante un máximo de trescientos sesenta y cinco días. El plazo de carencia se computará desde la fecha de baja inicial.

6.4 Asistencia sanitaria.

6.4.1. Mediante la inclusión de esta cobertura queda garantizado **durante un período máximo de trescientos sesenta y cinco días a contar desde la fecha de ocurrencia del siniestro**, y hasta el límite de la suma asegurada para esta garantía en caso de accidente cubierto por el contrato el pago de:

(a) Los gastos de asistencia médica, ambulancia (en caso necesario), farmacia, ingreso hospitalario, y rehabilitación física.

(b) Las prótesis o aparatos ortopédicos de tipo funcional y tratamientos dentales **siempre que figure su inclusión en las Condiciones Particulares del Contrato, y con el límite que se contemple en las mencionadas Condiciones.**

Para los daños en prótesis preexistentes, se estará a lo dispuesto en el párrafo anterior.

Las pruebas y tratamientos especiales tales como (a título enunciativo y no limitativo) resonancias, scanner, operaciones, así como el ingreso hospitalario; estarán condicionados a la previa autorización de la Mutua.

Quedan excluidos de esta garantía de Asistencia Sanitaria:

(a) **Los trasplantes de miembros u órganos, la cirugía plástica y estética, salvo pacto expreso en contrario.**

(b) **Los gastos farmacéuticos o similares que no sean expresamente recetados por el médico que atendió el accidente objeto del seguro, y para ese accidente concreto.**

La asistencia médica deberá efectuarse por facultativos aceptados expresamente por la Mutua; en caso contrario, la Mutua pagará solamente la cantidad estipulada para «Facultativos Ajenos» en las Condiciones Particulares del contrato. No obstante, **la Mutua** abonarán íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia o primeros auxilios con independencia de quien los preste.

6.4.2. Cuando el asegurado tenga cubierta esta garantía mediante otros contratos de seguro, **la Mutua** contribuirá al abono de los gastos de asistencia médica en la proporción que exista entre la garantía por ella otorgada y la totalidad de la cobertura obtenida por el Asegurado.

Si en las Condiciones Particulares del contrato se hubiera establecido alguna franquicia aplicable a esta garantía, la Mutua asumirá el pago de estos gastos en exceso de aquélla y hasta el límite asegurado.

ARTÍCULO 7°: BASES DEL SEGURO

7.1 El presente contrato se concierta en base a las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro , así como las efectuadas por los asegurados en sus respectivos Boletines de adhesión, que han determinado la aceptación del riesgo por **la Mutua** y el cálculo de la prima correspondiente. La solicitud de seguro y los Boletines de adhesión forman parte integrante del contrato.

Las personas afectadas por alguna lesión, enfermedad crónica o minusvalía física o psíquica deberán manifestarlo previamente y/o consignarlo en el Boletín de adhesión, y no estarán aseguradas mientras **la Mutua** no haya aceptado expresamente su cobertura y establecido las condiciones que pudiera corresponder.

Los menores de edad sólo podrán ser asegurados mediante autorización escrita de sus representantes legales. En cualquier caso, no podrá contratarse la garantía de fallecimiento accidental respecto a menores de catorce años o personas legalmente incapacitadas, salvo pacto expreso en contrario.

7.2 No son asegurables:

Quienes tengan cumplidos sesenta y cinco años en el momento de contratarse el seguro, salvo pacto en contrario. No obstante, la Mutua aceptará la prórroga anual, hasta aquella en que se cumplan setenta años, para los que ya estuvieran asegurados antes de cumplir los sesenta y cinco años.

El Tomador del Seguro deberá comunicar a la Mutua la existencia de cualquier otro seguro de accidente sobre el mismo grupo asegurado en este contrato. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que la Mutua reclame los daños y perjuicios que de ello pudieran derivarse, si bien no implicará reducción alguna de las sumas aseguradas.

7.3 Si el contenido del contrato y/o los certificados individuales difieren de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar a **la Mutua**, en el plazo de un mes a contar desde la entrega del contrato y/o el certificado, para que subsane la divergencia existente.

Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en el contrato y/o los certificados individuales.

7.4 En el caso de seguros colectivos, si el Tomador del Seguro o los Asegurados al formalizar el contrato, incurriesen en reserva o inexactitud sobre las circunstancias por ellos conocidas que pudiesen influir en la valoración del riesgo, se aplicarán las reglas siguientes:

(a) La Mutua podrá rescindir el contrato, si fuera imputable al Tomador, o la cobertura individual de cada asegurado, si a ellos fuese imputable, mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderán a la Mutua, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período del seguro en curso en el momento en que haga esta declaración.

(b) Si el siniestro sobreviene antes de que la Mutua efectúe dicha declaración, la indemnización 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 o del Asegurado, la Mutua quedará liberada del pago de la indemnización.

ARTÍCULO 8°: PAGO DE LA PRIMA

8.1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de primas se deberán hacer efectivos en los correspondientes vencimientos.

Si en las Condiciones Particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro.

Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, **la Mutua** tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en el contrato. **En todo caso, y salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Mutua quedará liberada de su obligación.**

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura de la Mutua queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Mutua 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 Mutua** 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.

8.2. Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

(a) El Tomador del Seguro entregará a **la Mutua**, carta dirigida al establecimiento bancario, caja de ahorros o entidad de financiación, dando la orden oportuna al efecto.

(b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentando el cobro dentro del plazo de gracia de un mes no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado a pagarla. En este caso, **la Mutua** notificará al Asegurado que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de **la Mutua** y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

Transcurrido el plazo de un mes desde el vencimiento sin haberse efectuado el pago, el seguro quedará en suspenso.

(c) Si **la Mutua** dejase transcurrir el plazo de carencia sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquella deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima, concediéndole nuevo plazo de un mes para que comunique a la Mutua la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado a **la Mutua**.

Transcurrido el plazo de un mes desde la indicada fecha sin haberse efectuado el pago, el seguro quedará en suspenso.

8.3. La Mutua sólo queda obligada por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

El pago de las primas efectuado a un agente afecto representante dela **Mutua**, surtirá los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a ésta.

ARTÍCULO 9°: MODIFICACIONES EN EL RIESGO

9.1. El Tomador del Seguro o el Asegurado durante la vigencia del contrato deberán comunicar a **la Mutua**, tan pronto como sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Tendrán la consideración de agravaciones del riesgo:

- **El cambio de actividad u ocupación del Asegurado, aun de carácter temporal, que signifique un mayor riesgo de accidente respecto a la situación declarada previamente a la Mutua. No obstante, no tendrán tal consideración los trabajos o reparaciones domésticas realizadas sin fines lucrativos.**
- **La incapacidad o invalidez de tipo permanente y las enfermedades de carácter crónico sobrevenidas al Asegurado por hechos no amparados por este contrato.**

9.2. La agravación del riesgo podrá o no ser aceptada por **la Mutua** y se le aplicarán las normas siguientes:

(a) En caso de aceptación, **la Mutua** propondrá al Tomador del Seguro la modificación correspondiente al contrato en el plazo de dos meses a contar desde el momento en que la agravación haya sido declarada. El Tomador del Seguro dispone de quince días desde la recepción de esa proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, **la Mutua** 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 siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

(b) Si **la Mutua** no acepta la modificación del riesgo, podrá rescindir el contrato, comunicándolo al Tomador del Seguro dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación.

9.3. En el caso de que el Tomador del Seguro, o el Asegurado, no haya notificado la modificación del riesgo y sobreviniera un siniestro, la Mutua quedará liberada de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Mutua se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

9.4. Si la agravación del riesgo no fuera imputable al Tomador del Seguro o al Asegurado y **la Mutua** no aceptara la modificación, quedará obligada a la devolución de la prima no devengada.

9.5. Durante el curso del contrato el Tomador del Seguro o el Asegurado podrá poner en conocimiento de **la Mutua** todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por aquélla en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

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

9.6. En el caso de que el Asegurado sea un grupo o colectivo determinado, se atenderá a los puntos precedentes del presente artículo 9.°, tomando en consideración dicha circunstancia y teniendo en cuenta que cada sujeto es considerado un Asegurado a los efectos del presente contrato y, por tanto, sujeto a las mencionadas modificaciones, sin perjuicio de que el resto del grupo o colectivo se mantenga en las circunstancias habituales expresadas en las Condiciones Particulares del contrato. Por tanto, se encuentra obligado el Tomador del Seguro a especificar, en cada momento, las variaciones que pudieran surgir a cada sujeto asegurado.

9.7. En atención al caso de grupo o colectivo, se reputarán modificaciones, las altas o bajas que vayan aconteciendo en el mencionado grupo o colectivo. Se encuentra el Tomador obligado a notificar dichas modificaciones.

La regularización de las primas en función de las altas y las bajas producidas, se efectuará con la periodicidad pactada en las Condiciones Particulares del contrato o, en su defecto, quedará el Tomador obligado a enviar al menos una relación actualizada del grupo cada seis meses, a contar desde el inicio del seguro, indicado en las Condiciones Particulares del contrato. **Dicha regularización se formalizará mediante suplemento, para cuyo pago de primas existirá un plazo de carencia de un mes a contar desde la fecha de presentación del mismo.**

9.8. Si el Tomador no enviase los documentos de regulación o hubiese transcurrido el plazo de carencia para abonar la prima correspondiente sin efectuar el pago del recibo, el contrato quedará automáticamente en sus-

pensión de garantías respecto a las personas incorporadas al seguro durante el período a regularizar.

ARTÍCULO 10°: DEBER DE INFORMACIÓN

El Tomador del Seguro, o Asegurado o el Beneficiario deberán comunicar a la Mutua el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo pacto en contrario.

En todos los casos el Tomador del Seguro o el Asegurado deberán dar a **la Mutua** toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro:

Para los casos de invalidez, tanto permanente como temporal, el Tomador del Seguro o el Asegurado deberá:

(a) **Dar a la Mutua toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro.**

(b) **Enviar a la Mutua, en períodos no superiores a treinta días y en tanto no se produzca el alta definitiva, certificados médicos sobre el curso de las lesiones.**

Cuando no se cubra por **la Mutua** la garantía de servicio médico, los gastos de emisión certificados médicos irán a cargo del Asegurado.

(c) **Poner en conocimiento de la Mutua, dentro del plazo máximo de quince días, cuando sobreviniera la muerte durante el período de curación.**

El incumplimiento de estos deberes dará lugar a que la Mutua pueda reclamar los daños y perjuicios que se le irroguen, a no ser que hubiese ocurrido por dolo o culpa grave por parte del Tomador o del Asegurado, que en tal caso perderán el derecho a la indemnización.

ARTÍCULO 11°: PAGO DE INDEMNIZACIONES

11.1. Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de invalidez permanente.

No obstante, este derecho cesará, en cualquier caso, en el momento en que se haya declarado la invalidez permanente.

11.2. La indemnización será satisfecha por **la Mutua** al término de las investigaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y las consecuencias de éste. Para obtener el pago, **el Tomador deberá remitir a la Mutua los documentos justificativos que según corresponde se indican a continuación:**

1. Fallecimiento:

(a) Partida de nacimiento y certificación literal del acta de defunción del Asegurado.

(b) Certificación del Registro General de Actos de Ultima Voluntad, si el beneficiario se hubiera designado en testamento y, de haberse otorgado el mismo, certificación del albacea respecto a los beneficiarios designados.

(c) Los que acrediten la personalidad de los beneficiarios. Si éstos fuesen los herederos legales será necesario, además, la declaración de herederos.

(d) Carta de pago o exención del Impuesto General sobre las Sucesiones debidamente cumplimentada por la Consejería de Hacienda correspondiente.

2. Invalidez Permanente.

Certificado médico de alta, con expresión del tipo de invalidez resultante del accidente.

3. Invalidez Temporal.

Partes de alta y baja que determinen esta invalidez, así como su duración, salvo que **la Mutua** pueda establecer una fecha anterior de alta.

4. Asistencia Sanitaria.

Una vez terminado el tratamiento, se remitirán a **la Mutua** las facturas acreditativas del mismo.

ARTÍCULO 12°: DISCONFORMIDAD EN LA EVALUACIÓN DEL GRADO DE INVALIDEZ

Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de la indemnización, **la Mutua** deberá pagar la suma convenida si su naturaleza así lo permitiera.

Si no lograse el acuerdo al término de las investigaciones realizadas por la Mutua, cada parte designará un perito, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiese designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que aceptan el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del siniestro, y demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización, según la naturaleza de seguro de que se trate y la propuesta del importe líquido de la indemnización.

Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad, y de no existir éste, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar del domicilio del Asegurado, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En este caso el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días, a partir de la aceptación de su nombramiento por el perito tercero.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso de **la Mutua** y ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiese en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Si el dictamen de los peritos fuera impugnado, **la Mutua** deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo undécimo, y si no lo fuera, abonará el importe de la indemnización señalado por los peritos en un plazo de cinco días.

En el supuesto de que por demora de **la Mutua** en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable, el Asegurado se viere obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro, que, en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para **la Mutua** y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado por el proceso, a cuya indemnización hará expresa condena la sentencia, cualquiera que fuere el procedimiento judicial aplicable.

ARTÍCULO 13°: SUBROGACIÓN

13.1 La Mutua, en base a los pagos que hubiera efectuado por la garantía de asistencia médica, podrá ejercitar, con gastos a su cargo, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al Asegurado frente a las personas responsables del accidente, no pudiendo ejercer en perjuicio del mismo los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado estará obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar a **la Mutua** en su derecho a subrogarse.

13.2 En caso de concurrencia de **la Mutua** y el Asegurado frente a un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses

ARTÍCULO 14°: PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años.

ARTÍCULO 15°: ARBITRAJE Y JURISDICCIÓN

15.1 El presente contrato 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, a cuyo efecto, éste designará uno en España si estuviera domiciliado en el extranjero.

15.2 Con expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de este contrato al juicio de árbitros de acuerdo con la legislación vigente.

ARTÍCULO 16°: COMUNICACIONES

16.1 Las comunicaciones a **la Mutua** del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de **la Mutua**, señalado en el contrato, o, en su caso, a través del agente, si es afecto representante.

16.2 Las comunicaciones de **la Mutua** al Tomador del Seguro y, en su caso, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán en el domicilio de éstos, recogidos en el contrato, salvo que los mismos hayan notificado fehacientemente a **la Mutua** el cambio de su domicilio.

16.3 Las comunicaciones hechas por un mediador independiente a **la Mutua** en nombre del Asegurado surtirán los mismos efectos que si las realizase éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo.

16.4 Asimismo, las comunicaciones que efectúe el Asegurado a un agente afecto representante de **la Mutua** surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a ésta.

16.5 El pago de las primas que efectúe el Asegurado a un agente afecto representante de **la Mutua** surtirán los mismos efectos que si se hubiera realizado directamente a ésta.

ARTÍCULO 17°: DERECHO DE TERCEROS

17.1 El derecho de terceros a beneficiarse del seguro en su calidad de acreedores del Asegurado se extenderá únicamente a las indemnizaciones que correspondan en base a las garantías de fallecimiento accidental y/o invalidez permanente. A este fin el Asegurado comunicará a **la Mutua** la existencia de tal derecho y la fecha de su vencimiento. **la Mutua** notificada dicha existencia, no podrá pagar la indemnización debida sin el consentimiento del titular de tal derecho; en caso de litigio entre éste y el Asegurado, se depositará su importe en la forma que convenga a los interesados y, en defecto de convenio, en la establecida en los artículos 1176 y siguientes del Código Civil. Si **la Mutua** pagase la indemnización, transcurrido el plazo de tres meses desde la notificación del siniestro a los acreedores sin que éstos se hubiesen presentado, quedará liberada de su obligación.

17.2 La extinción del contrato de seguro no será oponible al acreedor hasta que transcurra un mes desde que se le comunicó el hecho que motivó la extinción.

Dichos acreedores podrán pagar la prima impagada por el Tomador del Seguro o por el Asegurado, aun cuando éstos se opusieran. A este efecto, **la Mutua** deberá notificar a dichos acreedores el impago en que ha incurrido el Asegurado.

SINIESTROS

ARTÍCULO 18°: OBLIGACIONES

Al ocurrir un siniestro, el Tomador del Seguro, los asegurados o los beneficiarios están obligados a:

(a) Emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. **El incumplimiento de este deber dará derecho a la Mutua a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del Asegurado. Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Mutua, ésta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.**

(b) Comunicar el acaecimiento del siniestro a **la Mutua** dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, salvo que se fije uno más amplio en las Condiciones Particulares del contrato.

En caso de incumplimiento de esta obligación, la Mutua podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración del siniestro, salvo si se probase que aquélla tuvo conocimiento del siniestro por otro medio.

(c) Facilitar a **la Mutua** toda clase de informaciones sobre las circunstancias del siniestro, la asistencia médica inicial y la evolución de las lesiones del Asegurado, además de la información complementaria que aquélla solicitase. **El incumplimiento de este deber de información dará lugar a la pérdida del derecho a la indemnización en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.**

ARTÍCULO 19°: RECONOCIMIENTO MÉDICO

Los Asegurados quedan obligados, salvo causa justificada, a someterse al reconocimiento de los médicos que

designe la Mutua, si ésta lo estima necesario a fin de completar los informes facilitados y a trasladarse, por cuenta de la misma, al lugar que corresponda para que se efectúe tal reconocimiento.

ARTÍCULO 20°: DEBER DE INFORMACIÓN

El Asegurado, el Tomador del Seguro o, en su caso, los beneficiarios, vendrán obligados a facilitar a **la Mutua** toda clase de informaciones que ésta precise para el buen enjuiciamiento del caso, sobre las circunstancias o estado de salud del Asegurado, previo a la ocurrencia del siniestro.

ARTÍCULO 21°: PAGO DE INDEMNIZACIÓN

1. **La Mutua** está obligada a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y, en su caso, el grado de invalidez resultante del mismo; la determinación del grado de invalidez se efectuará después de la presentación del certificado médico de incapacidad. **La Mutua** se obliga al pago de la indemnización en el plazo de cinco días a contar desde el momento en que se produzca el acuerdo sobre el importe y la forma de indemnización.

En cualquier supuesto **la Mutua** deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por ella conocidas.

2. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro **la Mutua** no hubiere realizado la prestación correspondiente, o indemnización, **la Mutua** vendrá obligada a abonar el interés legal vigente en ese momento incrementado en un 50%. Transcurridos dos años y a partir de esa fecha, el interés anual no podrá ser inferior al 20%.

ARTÍCULO 22°: DERECHO DE SUBROGACIÓN

1. **La Mutua**, en base a los pagos que hubiera efectuado por la garantía de asistencia sanitaria, podrá ejercitar los derechos y acciones que por razón del siniestro correspondieran a los Asegurados frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización, y sin que tal derecho pueda ejercitarse en perjuicio del Asegurado

2. Los asegurados serán responsables de los perjuicios que con sus actos u omisiones puedan causar a **la Mutua** en su derecho a subrogarse.

3. **la Mutua** no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad de los asegurados, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto de los asegurados, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consaguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. Esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

CLÁUSULAS ESPECIALES

Siempre que en las Condiciones Particulares se consigne expresamente la inclusión de alguna/s de estas cláusulas, las Condiciones Generales se considerarán modificadas en función del contenido de la/s misma/s; el texto de las Cláusulas Especiales prevalecerá sobre las Condiciones Generales.

ARTÍCULO 23°: GASTOS DE SEPELIO

La Mutua garantiza, como complemento de la garantía de fallecimiento accidental, **el pago de los gastos de sepelio derivados de la muerte del Asegurado, entendiéndose como tales los de traslado desde el lugar del accidente hasta el de inhumación, en el lugar de residencia habitual y otros de similar naturaleza. El pago será efectuado, contra presentación de los justificantes correspondientes y hasta el límite de la suma asegurada para este concepto,** en un plazo máximo de cinco días a contar desde la recepción de los justificantes realizándose en moneda en circulación en España, ó Euro.

Tendrán la consideración de beneficiario a efectos de esta cobertura, las personas que demuestren haber satisfecho tales gastos.

ARTÍCULO 24°: REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA DE CAPITALES ASEGURADOS

En los contratos en que se haya pactado expresamente la «Revalorización Automática de Capitales Asegurados» ésta se entenderá anualmente y de acuerdo con las siguientes normas:

(a) **Cuando el índice de revalorización sea un porcentaje fijo**, la revalorización se efectuará aplicando dicho porcentaje a los capitales garantizados para la anualidad anterior o a los inicialmente contratados, según la modalidad pactada.

(b) **Si el índice aplicable elegido por el Tomador del Seguro fuera de carácter variable,** la revalorización se producirá en la misma proporción en que dicho índice se haya modificado respecto al de la anualidad anterior, conforme a los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística.

La revalorización de capitales originará el reajuste correspondiente de las primas.

24.1 Para la cobertura de asistencia sanitaria, cuando haya sido pactada una suma asegurada concreta, es decir, no ilimitada, no podrá convenirse la revalorización de las sumas aseguradas.

24.2 En cualquier caso, el Tomador del Seguro o la Mutua podrán renunciar a la revalorización automática de capitales asegurados, sin más requisito que comunicarlo con anterioridad suficiente al vencimiento anual del seguro o, como máximo, dentro de los treinta días posteriores al mismo.

24.3 Si la garantía de asistencia sanitaria se contrata con carácter de ilimitada, se haya o no pactado la revalorización a que se refiere el artículo anterior, la prima correspondiente a dicha garantía quedará sujeta a revalorización anual en función de la variación experimentada por el índice de Precios al Consumo en su apartado de «Servicios Médicos y Conservación de la Salud».

ARTÍCULO 25°: INCAPACIDAD PROFESIONAL

Mediante el pacto expreso de esta cobertura se conviene, en derogación de lo establecido en el artículo **6.2** de las Condiciones Generales del Seguro, que las indemnizaciones por invalidez permanente sean pagadas en función de la incapacidad profesional que se derive de las lesiones corporales originadas por un accidente cubierto por el contrato.

A efectos de esta cobertura se entenderá por:

- Incapacidad Permanente Total, la situación física irreversible determinante de la total inaptitud para el ejercicio de la profesión habitual o de una actividad similar propia de la formación y conocimientos profesionales del Asegurado.
- Incapacidad Permanente Absoluta, la situación física irreversible determinante de la total inaptitud para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

La suma asegurada será de aplicación al tipo de incapacidad específicamente consignado en las Condiciones Particulares del Contrato y a cualquier otra de grado superior, salvo que se estipulen sumas aseguradas específicas para cada uno de los grados de incapacidad profesional enunciados.

Si también se consignase capital para el concepto de invalidez permanente, se entenderá que las lesiones que no alcancen el grado de incapacidad profesional asegurado serán indemnizables en función del baremo que a tal efecto figura en el artículo **6.2** de las Condiciones Generales.

Si el Asegurado estuviera sometido a la Jurisdicción Laboral, se considerará derogado el artículo **6.2** de las Condiciones Generales. En tal caso el pago de indemnizaciones será efectuado por **la Mutua** cuando sea firme la resolución del Organismo correspondiente, siempre que la incapacidad profesional declarada alcance el grado establecido en las Condiciones Particulares del contrato.

ARTÍCULO 26°: CONTROL DEL GRUPO ASEGURADO SEGÚN SU AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL

26.1 Condiciones de adhesión.

No será necesaria la cumplimentación individualizada de Boletines de adhesión, quedando derogado el artículo 7.1 de las Condiciones Generales en cuanto a ello se refiere; la designación de beneficiarios se efectuará conforme a lo establecido al respecto en las Condiciones Particulares de la contrato.

26.2 Identificación y variaciones del grupo asegurado.

Siempre que el grupo o colectivo asegurado pueda ser identificado a través de su afiliación a la Seguridad Social, se entenderá expresamente derogado el artículo 7° de las Condiciones Generales, sirviendo como base de la mencionada identificación y correspondiente control, los siguientes criterios:

1. Inicialmente tendrán la condición de asegurados las personas incluidas en la última Relación Nominal de Trabajadores a efectos de la Seguridad Social, correspondiente al mes inmediatamente anterior a la fecha de efecto del contrato (modelo RNT), así como los trabajadores dados de alta hasta la fecha de firma del contrato, quedando excluidos los que hayan causado baja en el mismo período, y los que, figurando en el citado modelo RNT, se encuentren en situación de incapacidad laboral transitoria y en tanto se mantenga tal situación.

No obstante, y una vez que cesen en dicha situación, podrán incorporarse al seguro mediante solicitud del Tomador y aceptación expresa de **la Mutua**.

A efectos de contratación del contrato, el Tomador del Seguro deberá facilitar a **la Mutua** copia del citado modelo RNT, así como de los de alta y baja (modelo oficial) de los trabajadores que la hayan causado con posterioridad al cierre del mismo.

2. No será necesario comunicar a **la Mutua**, en cada caso concreto, las altas y bajas que vayan produciéndose en la anualidad del seguro en curso, siendo suficiente la acreditación de su formalización ante la Seguridad Social en este mismo período. Las altas surtirán efecto a las cero horas del día siguiente a aquel en que se presente el modelo oficial, en las oficinas del Organismo de la Seguridad Social competente; las bajas, desde la fecha que a tal efecto se indique en el citado modelo.

3. La regularización de primas en función de las altas y bajas que proceda se efectuará en el plazo fijado en las Condiciones Particulares del contrato, para lo cual el Tomador facilitará a **la Mutua** copia de todos los modelos RNT que correspondan al período objeto de regularización; dichos modelos deberán ser remitidos a **la Mutua** en un plazo máximo de quince días a partir de la presentación ante el Organismo competente, del modelo correspondiente al mes en que finaliza el período a regularizar.

26.3 El incumplimiento de esta obligación por parte del Tomador del Seguro, de acuerdo con lo establecido en el artículo 9° de estas Condiciones Generales, originará que el contrato queda automáticamente en suspensión de garantías respecto a las personas incorporadas al seguro durante el período a regularizar, liberando a **la Mutua**, por tanto, de sus obligaciones en cuanto al pago de las prestaciones para las citadas personas.

En este caso, si **la Mutua** viniera obligada a pagar cualquier suma a los asegurados o, en su caso, a los beneficiarios, quedará subrogada en los derechos y acciones que correspondan a los mismos para repercutir frente al Tomador del Seguro.

En cuanto a la formalización de las regularizaciones y el pago de las mismas rige en su totalidad lo dispuesto en el artículo 9° de estas Condiciones Generales.

ARTÍCULO 27°: ASEGURAMIENTO ESPECIAL PARA CENTROS DOCENTES

27.1 Objeto y extensión del seguro.

1. Queda derogado el artículo 1, punto 1, de las Condiciones Generales del seguro, conviniéndose que las coberturas del contrato queden limitadas a garantizar los accidentes ocurridos:

(a) Durante la estancia en el recinto o instalaciones del Centro.

(b) Con motivo de la realización, bajo la responsabilidad del Tomador, de actividades docentes, culturales, recreativas o deportivas fuera del recinto o instalaciones del Centro.

No obstante, también se considerarán cubiertos los accidentes sufridos con ocasión de los desplazamientos necesarios para la realización de las actividades enunciadas en los dos apartados precedentes.

En caso de excursiones o viajes de duración superior a un día, se considerarán excluidos, salvo pacto en contrario.

2. Las coberturas del seguro serán de aplicación únicamente a los accidentes sufridos en España, quedando derogado el artículo 2° de las Condiciones Generales.

27.2 Identificación y variaciones del grupo asegurado.
Queda derogado el **artículo 9°**, punto **9.7**, de las Condiciones Generales conviniéndose rijan los siguientes criterios:

1. **En los casos en que el grupo asegurable corresponda a la totalidad de los alumnos del Centro Docente, tendrán la condición de asegurados, los alumnos que figuren de alta en el registro oficial de matrículas en el momento de contratar el seguro, así como aquellos que se matriculen durante la anualidad del seguro en curso.**

2. Será necesario comunicar a **la Mutua**, en cada caso concreto, las altas y bajas que vayan produciéndose en la anualidad de seguro en curso, pero el Tomador podrá optar, bien por una copia de la mencionada matrícula, bien por una relación nominal, bien por otro medio que considere oportuno para comunicar las variaciones al menos una vez por anualidad del seguro. **En el caso en que no se reciba documentación alguna en dicho período, se aplicará íntegramente el artículo 9°, punto 9.8, de estas Condiciones Generales.**

27.3 Cuando el grupo asegurable no corresponda a la totalidad de los alumnos matriculados en el Centro Docente, se aplicará en su extensión de lo dispuesto en el **artículo 9°**, punto **9.7**, de estas Condiciones Generales.

27.4 **La regularización de primas en función de altas y bajas que proceda, se efectuará en el plazo fijado en las Condiciones Particulares del contrato,** para lo cual, el Tomador del Seguro comunicará a **la Mutua** mediante la documentación correspondiente el movimiento de altas y bajas producido en la anualidad objeto de regularización.

27.5 Asimismo y en esta misma fecha de regularización, **el Tomador del Seguro deberá comunicar a la Mutua al objeto de establecer la prima de seguro para la siguiente anualidad, el número de alumnos matriculados en el Centro, si fuera éste el sistema de identificación de asegurados o bien deberá facilitar la relación nominal de asegurados, en el supuesto que el Grupo asegurable no corresponda a la totalidad de los alumnos matriculados en el Centro, o bien otro medio que considere el Centro oportuno, cuya documentación tenga entidad suficiente para conocer la identidad de los asegurados.**

ARTÍCULO 28°: GARANTÍAS DEL SEGURO

1. **Fallecimiento accidental: Cuando los asegurados sean menores de catorce años o se encuentren legalmente incapacitados, la Mutua sólo pagará, contra presentación de los justificantes correspondientes y hasta el límite asegurado, los gastos justificados de sepelio, entendiéndose como tales los de traslado desde el lugar del accidente hasta el de inhumación, en el lugar de residencia habitual, y otros de similar naturaleza; tendrán la consideración de beneficiarios los padres o tutores o quienes demuestren haber satisfecho tales gastos. En otros casos se estará a lo dispuesto en las Condiciones Generales.**

2. **Invalidez permanente:** Rige en su totalidad lo establecido en el artículo **6.2**, de las Condiciones Generales.

3. **Asistencia sanitaria:** Rigen en su totalidad en lo establecido en el artículo **6.4** de las Condiciones Generales.

ARTÍCULO 29°: CONVENIOS COLECTIVOS DE TRABAJO

29.1 Objeto y extensión del seguro.

1. Como ampliación de lo dispuesto en el **artículo 1°** de las Condiciones Generales de la contrato, en cuanto a la definición de accidente se refiere, se conviene que tendrán la consideración de accidentes laborales los supuestos contemplados en el artículo 156 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre).

2. No obstante, para los casos de accidentes no laborales, y siempre que figure incluida esta cobertura en las Condiciones Particulares del contrato, rige en su totalidad lo dispuesto en el mencionado **artículo 1°**, así como las exclusiones establecidas en el **artículo 3°** de estas Condiciones Generales.

3. En cualquier caso, los riesgos declarados catastróficos quedan excluidos de este seguro, siendo de aplicación lo dispuesto en el artículo Especial de las Condiciones Generales del contrato en cuanto a su protección por el «Consorcio de Compensación de Seguros».

29.2 Pago de indemnizaciones.

En caso de accidente laboral, además de la documentación que corresponda de acuerdo con las Condiciones Generales, se deberá aportar a la Mutua una certificación de la Entidad Aseguradora del riesgo de accidentes de trabajo o del Organismo competente, respecto a la aceptación del siniestro y las consecuencias del mismo.

El Tomador del Seguro deberá facilitar a la Mutua la documentación que ésta solicite, al objeto de verificar la condición de Asegurado en función del sistema de identificación del grupo asegurado establecido en las Condiciones Particulares del contrato.

29.3 Beneficiarios del seguro.

Tendrán tal condición, si en el Convenio Laboral no se estipula nada al respecto, las personas designadas a tal efecto en las Condiciones Particulares del contrato.

UMAS
MUTUA DE SEGUROS

www.umas.es
umas@umas.es
913 191 010

Combinado Parroquial y Centros Religiosos

Accidenetes Individuales y Accidentes Colectivos

Responsabilidad Civil General

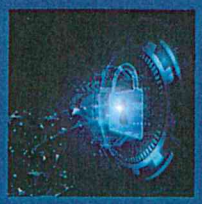
Combinado Hogar

Combinado Centros Docentes

Combinado Comercio e Industria

Combinado Residencias

Automóvil



Ciber Riesgos

D&O

Modelo ACCIDENTES-06/2019

UMAS, UNIÓN MUTUA ASISTENCIAL DE SEGUROS A PRIMA FIJA.
Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Sección 1, Hoja 10/1 del tomo 28577 del libro 0 Folio 185.
NIF G-28747574.
C/ Santa Engracia, 10-12. 28010 Madrid.
Nº Registro DGSFP M-0363.