



previsora
general

Seguros Colectivos Condiciones Generales y Particulares

Nº Póliza: 1/4/5000039737

Este documento contiene las condiciones generales y particulares de su Contrato de Seguro. Es muy importante que lea atentamente las condiciones y compruebe que todos los datos indicados son correctos. Si tiene cualquier duda puede contactar con su mediador de seguros o llamar a nuestro Departamento de Atención al Cliente a través del teléfono 902 28 30 32.

Previsora General, Mutualidad de Previsión Social a prima fija



1. DATOS IDENTIFICATIVOS

Tomador del Seguro

CRIELEC INSTAL.LACIONES, S.L.

N.I.F. B60908126

DELS LLIMS, 13.,

08181-SENTMENAT

Mediador

ASSESSORIA POLINYA, SCP

CIF. J59138909

CÓDIGO: 0840007

CALLE ONZE DE SETEMBRE, 1, 1º 2ª

08213-POLINYA

Teléfono: 937130744

Entidad Aseguradora

PREVISORA GENERAL, Mutualidad de Previsión Social a prima fija

Duración de la póliza

Fecha Alta Póliza: 15/01/1999

Duración de la póliza: ANUAL PRORROGABLE

Importe de la Prima y Domicilio de Pago

Prima neta anual: 247,45 euros

Forma de Pago: ANUAL

Consortio: 2,35 euros

Prima total: 249,80 euros

Domicilio de Pago:

0081-0095-32-0002158727 - BANCO DE SABADELL S.A.

Póliza Contratada

Descripción: Seguros Colectivos

Número Total Asegurados: 22,00

Suplemento: Nº 25 con fecha efecto 15/01/2012 y fecha vencimiento 15/01/2013.

2. GARANTIAS CONTRATADAS

CAPITALES

SEGURO COLECTIVO VOLUNTARIO

GARANTIAS:

Accidentes Colectivo
MUERTE POR ACCIDENTE LABORAL.
INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE LABORAL.

Nº ASEGURADOS:

22,00

C.C.C.:

08124852968

CNAE:

4322-FONTANERÍA, INSTALACIONES DE SISTEMAS DE CALEFACCIÓN Y AIRE ACONDICIONADO

BENEFICIARIOS:

SEGUN ORDEN DE PRELACION DE LA LEGISLACION APLICABLE

18.030,37
18.030,37



3. FIRMA Y CONSTANCIA DE LA RECEPCION DE INFORMACION

El Tomador declara haber recibido un ejemplar de la presente póliza y reconoce expresamente mediante su firma haber leído y entendido estas condiciones particulares y las condiciones generales que se adjuntan, aceptando las mismas, y en especial las cláusulas limitativas (Arts. 2, 4, 5, 6, 9, 11, 12, 13 y Anexo del Condicionado ACCIDENTES COLECTIVO)

El Tomador del seguro reconoce haber recibido toda la información exigida en los Art. 104 y 105 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados.

Asimismo declara haber leído y aceptado el contenido de la cláusula relativa al Tratamiento de Datos Personales en cumplimiento de la Ley 15/1999 de 13 de Diciembre.

Como prueba de conformidad con todo lo anterior, el Tomador del seguro firma la presente póliza en la fecha del día de hoy.



Fdo. Previsora General Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija

Fdo. El Tomador

Barcelona , a 20 de diciembre de 2012

REGLAMENTO DE LA SECCION IX
ACCIDENTES COLECTIVO

Art. 1.-COBERTURA.

En caso de accidente, Previsora General (en adelante la Mutualidad) garantiza a los sujetos protegidos o a los correspondientes beneficiarios, el pago de las indemnizaciones pactadas para los supuestos de incapacidad, temporal o permanente, o muerte del sujeto protegido inscrito en esta sección. Los gastos de asistencia sanitaria, provocados por el accidente, serán por cuenta de la Mutualidad, siempre que se haya estipulado su cobertura expresamente y que tal asistencia se haya efectuado en las condiciones previstas en este Reglamento.

Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del sujeto protegido.

La Mutualidad podrá anular, total o parcialmente, la presente cobertura en caso de que concurra mala fe por parte del asegurado.

Art. 2.-GARANTIAS DE LA COBERTURA.

La Mutualidad asume la cobertura de las garantías que hayan sido pactadas particularmente de las que a continuación se indican:

2.1 Muerte.- En caso de fallecimiento del sujeto protegido a consecuencia de accidente cubierto, la Mutualidad satisfará al beneficiario el capital establecido a tal efecto.

2.2 Incapacidad Permanente Absoluta.- En caso de Incapacidad Permanente Absoluta o Gran Invalidez sobrevenida al sujeto protegido a consecuencia de accidente cubierto, la Mutualidad se obliga al pago del capital establecido a tal efecto.

Se entiende por Incapacidad Permanente Absoluta la situación física irreversible determinante de la total ineptitud del sujeto protegido para el mantenimiento de cualquier relación laboral o actividad profesional.

Se entiende por Gran Invalidez la situación de la persona afecta de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

2.3 Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual.- En caso de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual, sobrevenida al sujeto protegido a consecuencia de accidente cubierto, la Mutualidad se obliga al pago del capital establecido a tal efecto.

Se entiende por Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual la situación física determinante de la total ineptitud del sujeto protegido para el ejercicio de su profesión habitual, expresamente declarada en la inscripción al grupo asegurado.

2.4 Incapacidad Permanente.- En caso de Incapacidad Permanente Completa o Parcial a consecuencia de un accidente cubierto, la Mutualidad se obliga al pago de la indemnización que resulte según las siguientes normas:

- En el caso de Incapacidad Permanente Completa se pagará el cien por cien del capital pactado para este tipo de garantía.

Se entiende por Incapacidad Permanente Completa: la pérdida total de los dos ojos o de las dos extremidades superiores o de las dos manos completas; la pérdida total de las dos extremidades inferiores o de los dos pies completos; la pérdida simultánea de una extremidad superior y de una extremidad inferior; la enajenación mental absoluta e incurable; la parálisis completa.

También se entenderá como Incapacidad Permanente Completa sobrevenida al sujeto protegido los casos de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual, Incapacidad Permanente Absoluta y Gran Invalidez, según dictámenes del órgano competente de la Seguridad Social.

- En el supuesto de Incapacidad Permanente Parcial, la indemnización a pagar, por parte de la Mutualidad, será la resultante de aplicar sobre el total del capital pactado para este tipo de garantía los siguientes porcentajes:

	Dcho.	Izdo.
Pérdida total de la extremidad superior	70%	60%
Pérdida total de ambas extremidades superiores		90%
Pérdida total de un antebrazo	60%	50%
Pérdida total de ambos antebrazos		70%
Pérdida total de una mano	50%	40%
Pérdida total de ambas manos		60%
Pérdida total del pulgar	10%	5%
Pérdida total de un dedo mano (no pulgar)	8%	4%
Pérdida total de cada falange distal y/o media mano	2%	1%
Pérdida total de una extremidad inferior		50%
Pérdida total de ambas extremidades inferiores		70%
Pérdida total de pierna		40%
Pérdida total de ambas piernas		60%
Pérdida total de pie		30%
Pérdida total de ambos pies		40%
Pérdida total dedo gordo del pie		4%
Pérdida total de otro dedo del pie		1%
Pérdida total de una falange dedo pie		0,50%
Pérdida visión un ojo		25%
Pérdida total de la visión		60%
Sordera completa de un oído		6%
Sordera total		40%

- La pérdida absoluta e irremediable de la funcionalidad de un órgano o de una extremidad se considera como su pérdida anatómica. En los casos de disminución de su función, el porcentaje anteriormente indicado se reducirá en proporción al grado de la funcionalidad perdida.

- En caso de pérdida anatómica o funcional de más de un órgano o extremidad, la indemnización se establece por la suma de los porcentajes correspondientes a cada lesión particular dentro del límite máximo del 100%.

- En caso de Incapacidad Permanente Parcial no indicada en los casos relacionados, la indemnización se establecerá tomando en cuenta, en relación con el

porcentaje de los casos relacionados, la medida en que la capacidad normal del sujeto protegido para cualquier trabajo provechoso, resulte permanentemente disminuida.

Si existiese falta de acuerdo en el grado de incapacidad, las partes se someterán a la decisión de Peritos Médicos, conforme a los artículos 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro. Sin embargo, si el Dictamen Médico tuviera carácter Oficial, la Mutualidad se subrogaría en su decisión al establecido por el correspondiente Ente Oficial.

Si después de fijada la incapacidad sobreviene la muerte del sujeto protegido, las cantidades satisfechas por la Mutualidad se considerarán a cuenta de la cobertura para caso de muerte.

2.5 Incapacidad Temporal.- En el supuesto de Incapacidad Temporal a consecuencia de un accidente cubierto, la Mutualidad se obliga al pago de la indemnización diaria pactada de acuerdo con las siguientes normas:

- a) Cuando el sujeto protegido ejerza habitualmente una profesión manual, la citada indemnización será satisfecha por entero mientras la Incapacidad Temporal le impida dedicarse habitualmente a su trabajo.
- b) Cuando el sujeto protegido ejerza una profesión liberal, de vigilancia y/o de dirección, o no tenga una profesión determinada, la citada indemnización diaria será satisfecha mientras la Incapacidad Temporal le impida abandonar su domicilio.
- c) La indemnización por Incapacidad Temporal se contará a partir del día siguiente a la presentación de la baja laboral en las oficinas de la Mutualidad hasta el máximo de 365 días.

2.6 Asistencia Sanitaria.- La Mutualidad toma a su cargo la asistencia sanitaria del sujeto protegido, en caso de accidente cubierto, en las siguientes condiciones:

- a) En caso de que el accidentado sea atendido por los servicios propios o designados por la Mutualidad, la asistencia sanitaria se concederá hasta un límite de 500.000 pesetas y durante el plazo máximo de un año desde la fecha del accidente.
- b) Si el accidentado no utilizase los servicios propios de la Mutualidad o los designados por ella, por no tratarse de intervención cruenta o bien por causa de urgencia, la Mutualidad atenderá los gastos de curación del accidentado hasta un límite máximo de 100.000 ptas. para las lesiones cuyo tratamiento sea de duración igual o superior a veinticinco días, hasta un máximo de veinticinco mil pesetas para los accidentes cuyo tratamiento tenga una duración igual o superior a diez días y hasta un máximo de diez mil pesetas para los accidentes cuyo tratamiento tenga una duración inferior a diez días. En estos casos, continuará subsistente el pleno derecho del sujeto a ser asistido por los servicios designados por la Mutualidad según lo establecido en el punto a).

No se hallan incluidos en esta cobertura los productos farmacéuticos, los aparatos ortopédicos y terapéuticos, así como cualquier tipo de prótesis y material de osteosíntesis, ni los desplazamientos cualquiera que sea el medio de transporte (ambulancia, taxi, etc.).

Art. 3.-ENFERMEDAD PROFESIONAL.

Por pacto expreso establecido particularmente, y aplicando los recargos correspondientes la Mutualidad puede cubrir la posible Muerte o Incapacidad Permanente derivadas de Enfermedad Profesional.

Art. 4.-RIESGOS EXCLUIDOS.

Quedan excluidos:

- a) Los accidentes provocados intencionadamente por el sujeto protegido, así como por su participación en apuestas, desafíos o riñas, salvo en los casos probados de legítima defensa o de tentativa de salvamento de personas o bienes.
- b) Los accidentes derivados de actos dolosos cometidos por el sujeto protegido y/o beneficiario, en los que éste tenga directa o indirectamente participación penal.
- c) Los accidentes sufridos por el sujeto protegido en situación de enajenación mental o por estar manifiestamente embriagado o bajo el efecto de drogas o estupefacientes.

A estos efectos, se considerará que hay embriaguez cuando la tasa de alcohol en la sangre sea superior a 0,5 gramos por litro, o de alcohol en aire espirado superior a 0,25 miligramos por litro, o el sujeto protegido sea sancionado o condenado por esta causa.

Asimismo, en el caso de vehículos de transporte de mercancías o viajeros, transporte escolar, servicio de urgencias, o transportes especiales, la tasa se sitúa en 0,3 gramos por litro o bien 0,15 miligramos por litro.

- d) Los accidentes causados por guerra civil o internacional, por actos realizados por fuerzas militares españolas o extranjeras, revolución, sedición, motín o desorden popular, temblor de tierra, erupción volcánica, inundación u otros fenómenos sísmicos o meteorológicos (excepto la caída del rayo), en general cualquier acontecimiento de carácter extraordinario o catastrófico.
- e) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de productos alimenticios o fármacos.
- f) Las lesiones que sean consecuencia de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos no motivados por un accidente cubierto por esta sección.
- g) Los accidentes que se deriven de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- h) Las hernias de cualquier clase, esfuerzos musculares o lumbago, sean o no de origen traumático, excepto en aquellos seguros contratados en cumplimiento de lo previsto por el correspondiente Convenio Colectivo aplicable.

i) Los accidentes que se deriven de actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional.

j) La agravación de las consecuencias de un accidente por una enfermedad, accidente o incapacidad preexistentes o sobrevenidas después de ocurrir aquel y por causa independiente del mismo. La Mutuality sólo responderá de las consecuencias que el accidente habría probablemente tenido sin la intervención agravante de tales circunstancias.

k) Los accidentes acaecidos por la conducción de vehículos a motor si el sujeto protegido no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente o bien no se haya suscrito el seguro obligatorio de dicho vehículo.

l) La utilización como pasajero de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para transporte público de viajeros.

m) Los producidos hallándose el accidentado en situación de desempleo, período en el cual las coberturas quedan en suspenso. La suspensión de coberturas comporta también la suspensión en el pago de cuotas.

Art. 5.-RIESGOS EXCLUIDOS SALVO PACTO EN CONTRARIO.

Quedan excluidos de la cobertura de esta sección, salvo que expresamente se incluyan en las particularidades del título de socio y en su caso se aplique el consiguiente recargo, los accidentes derivados de:

a) El uso y conducción de motocicletas o ciclomotores, excepto en aquellos seguros contratados en cumplimiento de lo previsto por el correspondiente Convenio Colectivo aplicable.

b) La práctica profesional de cualquier deporte.

c) La práctica como aficionado de los siguientes deportes: actividades subacuáticas, aéreas, bobsleigh, boxeo, caza, artes marciales, escalada, esquí acuático, motociclismo, motonáutica, vela a distancia superior a dos millas de la costa, espeleología, toreo, encierro de reses bravas, squash, así como otros deportes de nueva creación, cuyos riesgos puedan considerarse similares a los enumerados en este epígrafe.

d) La participación en competiciones o torneos organizados por Federaciones deportivas u Organismos similares.

Art. 6.- REGIMEN DE SALIDAS.

Mientras el sujeto protegido perciba subsidio, el Médico Inspector de la Mutuality establecerá un régimen de salidas a efectuar por el sujeto protegido en función de la gravedad del motivo de la baja laboral.

En el impreso que marcará el régimen de salidas deberán figurar, como mínimo, los siguientes datos:

- Nº de Póliza
- Nº de Expediente
- Nombre y Apellidos
- Diagnóstico

- Fecha de baja

- Régimen de salidas

En base al diagnóstico motivo de la baja laboral, se deberá seguir uno de los siguientes regímenes de salidas:

1.- Permanecer sin salir del domicilio hasta el día indicado por el Médico Inspector de la Mutuality. Las visitas al médico asistencial deberán ser justificadas en caso de solicitarse.

2.- Posibilidad de salir del domicilio, desde el día indicado por el Médico Inspector de la Mutuality, para acudir a rehabilitación. Se deberá comunicar, previamente, a la Mutua el horario en que se efectúa la rehabilitación y en qué centro.

3.- Régimen de salidas libre.

4.- Régimen específico a determinar por el Médico Inspector de la Mutuality.

Las salidas del domicilio en ningún caso permiten efectuar actividad laboral de ningún tipo, ni aún cuando dicha actividad sea meramente de control o supervisión.

En el supuesto de hallarse ausente el enfermo en el momento de personarse en su domicilio el Médico Inspector de la Mutuality, éste le dejará notificación de su visita, disponiendo el enfermo de un plazo de 24 horas, salvo causa justificada, para informar a la Mutuality sobre su situación, en orden al seguimiento de su siniestro. En caso de no recibir noticias suyas en el plazo previsto, se presumirá la finalización de su baja laboral, poniéndose fin al devengo del subsidio que venía percibiendo.

Art. 7.-MODALIDADES.

La inscripción a esta sección se puede realizar en las siguientes modalidades:

a) Modalidad actividad profesional.- Las garantías quedan limitadas a los accidentes que puede sufrir el sujeto protegido durante el ejercicio de su profesión, oficio o trabajo habitual. Se entenderán cubiertos asimismo los accidentes denominados "in itinere", o sea los que se produzcan durante el desplazamiento desde el domicilio del sujeto protegido hasta su lugar habitual de trabajo.

Se considerará accidente de trabajo aquel que sea declarado como tal por el correspondiente organismo de la Seguridad Social.

b) Modalidad vida privada.- Las garantías quedan limitadas a los accidentes extra profesionales, es decir, los acaecidos en la vida particular y privada del sujeto protegido, quedando por tanto excluidos los que puedan producirse en el ejercicio de actividades laborales, profesionales o empresariales.

c) Modalidad 24 horas.- Las garantías se extienden a los accidentes acaecidos, tanto durante la vida privada como en el curso de la actividad profesional del sujeto protegido (es decir, durante las 24 horas del día).

Art. 8.-DURACION.

La presente cobertura entrará en vigor al día siguiente al de la entrada de la póliza

correspondiente en las Oficinas Centrales de la Mutualidad, siempre que la Junta Directiva no disponga lo contrario.

La protección pactada tendrá una duración de un año, entendiéndose prorrogada por períodos anuales, salvo que alguna de las partes la denuncie con dos meses de antelación a su inmediato vencimiento.

Cuando el número de sujetos protegidos durante la relación de protección resulte inferior al mínimo absoluto de diez personas, podrá renovarse por una anualidad. Si al final del período de cobertura de la anualidad renovada tampoco se hubiera alcanzado el número mínimo, se aplicarán para la renovación las condiciones económicas de la sección VII (Accidentes Individual), excepto en aquellos casos en que se trate de un seguro contratado en cumplimiento de lo previsto por el correspondiente Convenio Colectivo aplicable al tomador del seguro.

Art. 9.-VARIACIONES EN LA COMPOSICION DEL GRUPO ASEGURADO.

El asociado está obligado a notificar a la Mutualidad las variaciones que se produzcan respecto a los sujetos protegidos, incluso a efectos de la cumplimentación de las pertinentes altas o bajas, todo ello en el plazo de siete días de producidas las citadas variaciones.

La edad mínima de entrada en el grupo asegurable es de catorce (14) años de edad.

No serán admitidas en esta Sección solicitudes de personas que no se hallen sujetas a alguno de los Regímenes de la Seguridad Social, o bien a un sistema alternativo a la misma, según lo previsto en la Disposición Adicional 15ª de la Ley 30/1995, de ordenación y supervisión de los seguros privados.

Las Altas son originadas por las inclusiones en la relación de sujetos protegidos de aquellas personas que, perteneciendo al grupo asegurable, satisfagan las condiciones de adhesión en un momento posterior al de la entrada en vigor de la relación de protección.

Las Bajas tendrán lugar por alguna de las causas siguientes:

- a) Pago del capital en caso de fallecimiento del sujeto protegido
- b) Pago de una indemnización por incapacidad equivalente al 100% del capital pactado
- c) Cumplimiento de la edad de salida del seguro, siendo el límite de edad el de sesenta y cinco (65) años.
- d) Salida del grupo asegurado por causa distinta de las anteriores.

En este último supuesto la Mutualidad devolverá al asociado, la parte de cuota correspondiente al período de riesgo no transcurrido.

La comunicación de las altas y bajas de sujetos protegidos se efectuará mediante el correspondiente documento de Movimiento Mensual de Sujetos Protegidos.

En caso de que el asociado sea una empresa, serán sujetos protegidos los trabajadores de la misma que se hallen en situación de alta en la Seguridad Social y, por tanto, estén incluidos en el TC-2, sin necesidad de comunicar a la Mutualidad las correspondientes variaciones, siempre que se trate de un seguro contratado en cumplimiento de lo previsto por el correspondiente Convenio Colectivo aplicable al tomador del seguro.

Art.10.- CUOTAS

En caso de que los sujetos protegidos contribuyan al coste de la relación de protección, el asociado se obliga al pago total del recibo, sin que pueda oponer a la Mutualidad excepción alguna por la falta de aquella contribución.

Art.11.- CAPITALES ASEGURADOS

El importe de los capitales asegurados para cada sujeto protegido vendrá determinado en función del módulo de variación que figura en los documentos de inscripción y será igual para todos los componentes de cada categoría del grupo.

El asociado viene obligado a comunicar a la Mutualidad las variaciones, que de acuerdo con el módulo, deben producirse en los capitales asegurados.

En caso de que el seguro se contrate en cumplimiento de lo previsto por el correspondiente Convenio Colectivo aplicable, los capitales asegurados serán aquellos establecidos por el mencionado Convenio Colectivo que se halle vigente en el momento de producirse el siniestro.

En caso de que en un mismo siniestro resulten afectados dos o más sujetos protegidos, el total de las indemnizaciones abonadas a todos los afectados no podrá superar en ningún caso la cantidad de ciento setenta y cinco millones de pesetas, teniendo siempre presentes los límites legales establecidos. En dicho supuesto, la citada cifra máxima se distribuirá proporcionalmente al número de sujetos protegidos que tengan derecho a indemnización por causa del siniestro.

Las reducciones y aumentos de capital entrarán en vigor en el próximo vencimiento de cuota o facturación o en la fecha que se estipule por las partes.

Art. 12.- EXCLUSIONES

A) Los subsidios se denegarán en las siguientes circunstancias:

A.1) Cuando, aún estando en situación de baja, el enfermo ejerza una actividad que le proporcione ingresos económicos, o bien cuando la Junta Directiva, previo informe médico, considere que puede ejercerla.

A.2) Cuando el accidentado no facilite las inspecciones médicas que considere oportunas la Mutualidad o no aporte los certificados médicos solicitados por la misma, así como los correspondientes partes de confirmación. En tal

caso, se estará a lo dispuesto en el artículo 18 del Reglamento General de las Secciones.

A.3) Cuando la situación de baja sea consecuencia de un accidente originado con anterioridad a la entrada en vigor de esta prestación.

A.4) Cuando el accidentado se halle, en el momento en que se produce el accidente, en situación de desempleo, período en el cual las coberturas quedan en suspenso.

A.5) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de salud que acompaña a la solicitud de ingreso, si medió dolo o culpa grave.

A.6) Cuando los partes de baja y alta sean entregados a la Mutualidad en el mismo momento, es decir, una vez finalizada la situación de baja.

A.7) Cuando, en el momento del accidente, el sujeto protegido no se halle totalmente al corriente de cuotas. El hecho de ponerse al corriente de pago de cuotas con posterioridad a la denegación del subsidio por ésta causa, no dará derecho al cobro del mismo.

B) Los subsidios finalizarán en las siguientes circunstancias:

B.1) Cuando el accidentado sea dado de alta por el facultativo responsable de su tratamiento o por el Médico Inspector de la Mutualidad.

B.2) Cuando se incumpla el artículo 6 en lo que se refiere a la comunicación a la Mutualidad, por parte del accidentado, en caso de ausencia del mismo ante la visita del Médico Inspector de la Mutualidad.

B.3) Cuando se incumpla el artículo 6 en lo que se refiere a los requisitos y régimen de salidas.

B.4) Cuando la patología se mantenga porque el sujeto protegido no se someta a intervención quirúrgica o porque no siga el tratamiento prescrito por el médico responsable de su tratamiento.

C) Los subsidios se suspenderán en las siguientes circunstancias:

C.1) Cuando el sujeto protegido se halle en lista de espera para intervención, pruebas, tratamiento, etc. en la Seguridad Social, tal como se indica en el Anexo a este Reglamento.

En los casos en que se compruebe la existencia de circunstancias que determinen el incumplimiento o infracción de la presente disposición y de sus concordantes, la Mutualidad señalará la fecha en que debió o deberá finalizar el subsidio, pudiendo llegar a la anulación total en caso de advertir notoria mala fe.

Art.13.-PAGO DE INDEMNIZACIONES.

Un mismo accidente no da derecho simultáneamente a las indemnizaciones para el caso de muerte y de incapacidad permanente (Absoluta, Total para la profesión habitual o Permanente). Si una vez liquidado el subsidio por incapacidad temporal, sobreviene incapacidad permanente en cualquiera de sus grados o muerte, las cantidades percibidas en concepto de incapacidad temporal se considerarán a cuenta de la cobertura para caso de incapacidad permanente o muerte.

Asimismo, si después de fijada la incapacidad permanente en cualquiera de sus grados, sobreviene la muerte del sujeto protegido, las cantidades satisfechas por la Mutualidad por tal concepto se considerarán a cuenta de la cobertura para caso de muerte.

A la solicitud de indemnización, se acompañarán los documentos justificativos que, según corresponda, se indican a continuación:

13.1.-Muerte.-

a) Certificado del médico que haya asistido al sujeto protegido en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento. En caso de muerte violenta, deberán acreditarse los hechos concretos que la produjeron mediante autopsia, informe de atestados, etc.

b) Certificado en extracto de inscripción de defunción en el Registro Civil.

c) Documentos que acrediten la personalidad y, en su caso, la condición de beneficiario (D.N.I., etc.).

Asimismo, con el fin de acreditar la condición de beneficiario, deberá aportarse la correspondiente declaración de herederos del causante.

d) Carta de exención del Impuesto de Sucesiones o de la liquidación, si procede, debidamente cumplimentada por la Delegación de Hacienda.

13.2.-Incapacidad Permanente Absoluta, Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual e Incapacidad Permanente.-

a) Certificado médico de la Seguridad Social en el que se determine la fecha de acaecimiento del accidente, y se evidencie el tipo de incapacidad resultante.

b) Resolución del I.N.S.S. en la que se declare la situación de Incapacidad y el grado de la misma; así como dictamen/propuesta del organismo público competente.

13.3.-Incapacidad Temporal.- Los partes de baja y alta laboral, expedidos por la Seguridad Social, o bien por el médico que asista al paciente en caso de hallarse incluido en un sistema alternativo a la Seguridad Social, que determinen esta incapacidad.

13.4.-Asistencia Sanitaria.- Las facturas acreditativas del tratamiento una vez terminado e informes médicos que lo justifiquen, a excepción de los productos farmacéuticos, los aparatos ortopédicos y terapéuticos, así como cualquier tipo de prótesis y material de osteosíntesis, los cuales se hallan excluidos de la presente cobertura.

Art. 14.-REVALORIZACION AUTOMATICA.

Por pacto expreso entre las partes establecido particularmente, las cantidades aseguradas podrán quedar modificadas en cada vencimiento anual siguiendo las fluctuaciones del Índice General de Precios al Consumo, que publica el Instituto Nacional de Estadística en su Boletín Mensual.

El coeficiente de revalorización aplicable a cada vencimiento se obtendrá dividiendo el índice al

vencimiento entre el índice base. A estos efectos se entiende por:

- a) Índice base: El último publicado por el Instituto Nacional de Estadística, en la fecha de emisión del título de socio.
- b) Índice de vencimiento: El último publicado por dicho Organismo con dos meses de anterioridad a cada vencimiento anual.

Los capitales asegurados en cada vencimiento anual, se obtendrán multiplicando los que figuren en el título de socio o suplemento del mismo, por el coeficiente de revalorización correspondiente a dicho vencimiento anual.

Los nuevos importes así obtenidos, se consignarán en documento adjunto al recibo de la cuota y serán garantizados durante el período a que dicho recibo se refiera.

Asimismo, la cuota neta anual quedará establecida, en cada vencimiento, multiplicando la que figura en el título de socio o suplemento del mismo, por el coeficiente de revalorización correspondiente a dicho vencimiento anual.

Todo suplemento al título de socio constituirá una nueva base sobre la que se aplicará la revalorización.

El asociado podrá renunciar a los beneficios de esta garantía en cada vencimiento anual, comunicándolo previamente a la Mutualidad con dos meses de antelación a dicho vencimiento.

Art. 15.- DOCUMENTOS INDIVIDUALES DE INSCRIPCIÓN

La Mutualidad emitirá para cada sujeto protegido el correspondiente documento individual de inscripción, en el que se harán constar inicialmente los capitales asegurados, designación de beneficiarios y particularidades de las modalidades del seguro contratado.

Art. 16.- CLAUSULA DE INDEMNIZACION DE LAS PERDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS ACAECIDOS EN ESPAÑA

De conformidad con lo establecido en los artículos 6 y 8 del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el artículo 4º de la Ley 21/1990, de 19 de diciembre (BOE de 20 de diciembre), el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo en favor de la citada Entidad de Derecho Público, mencionados en el artículo 7 del mismo Estatuto Legal, tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier Entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente, satisfaciendo el Consorcio de Compensación de Seguros las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España y que afecten a riesgos en ella situados, a los asegurados que, habiendo satisfecho los correspondientes recargos a su favor, se encuentren en alguna de las situaciones siguientes:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por póliza de seguro.
- b) Que, aún estando amparado por póliza de seguro, las obligaciones de la Entidad aseguradora no pudieron ser cumplidas por haber sido declarada en quiebra, suspensión de pagos o que, hallándose en una situación de insolvencia, estuviese sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o ésta hubiera sido asumida por la Comisión Liquidadora de Entidades Aseguradoras.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto Legal, modificado por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (BOE de 9 de noviembre); en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; en el Real Decreto 2022/1986, de 29 de agosto, por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes (BOE de 1 de octubre), y Disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES.

1.- ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS.

Se entiende por acontecimientos extraordinarios:

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caída 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 o Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

2.- RIESGOS EXCLUIDOS.

No serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los daños o siniestros siguientes:

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas o bienes asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los debidos a vicio o defecto propio de la cosa asegurada.
- d) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- e) Los que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".
- f) Los derivados de la energía nuclear.
- g) Los debidos a la mera acción del tiempo o a agentes atmosféricos distintos a los fenómenos de la naturaleza antes señalados.

h) Los causados por actuaciones 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, así como durante el transcurso de huelgas legales

i) Los indirectos o pérdidas de cualquier clase derivadas de daños directos o indirectos.

j) Los causados por mala fe del asegurado.

k) Los producidos antes del pago de la primera cuota.

l) Los producidos encontrándose la cobertura en suspensión de efectos o el contrato extinguido por falta de pago de cuotas.

m) Los correspondientes a pólizas cuya fecha o efecto, si fuera posterior, no precedan en 30 días a aquel en que haya ocurrido el siniestro, salvo en los casos de reemplazo o sustitución de póliza, o revalorización automática de capitales.

3.- FRANQUICIA.

En los seguros de personas no se efectuará deducción por franquicia.

II.-PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.

En caso de siniestro, el asegurado deberá:

a) Comunicar en las oficinas del Consorcio de Compensación de seguros o de la MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL la ocurrencia del siniestro dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que será facilitado en dichas oficinas, acompañando la siguiente documentación:

- Copia o fotocopia del recibo de cuota o certificación de la Entidad Aseguradora acreditativos del pago de la cuota correspondiente a la anualidad en curso, y en la que conste expresamente el importe, fecha y forma de pago de la misma.

- Copia o fotocopia de la cláusula de cobertura de riesgos extraordinarios, de las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza, así como de las modificaciones, apéndices o suplementos de dicha póliza, si las hubiere.

- Copia o fotocopia del DNI o NIF.

- Datos relativos a la Entidad bancaria donde deban ingresarse los importes indemnizables, con indicación del número de entidad, número de sucursal, dígito de control y número de cuenta, así como del domicilio de dicha Entidad.

ANEXO

LIMITACIONES A LA DURACION DE LOS SUBSIDIOS POR I.T.

- Por lista de espera para intervención quirúrgica en la Seguridad Social:	30 días.
- Por lista de espera para pruebas diagnósticas o tratamientos en la Seguridad Social:	15 días.
- Artritis traumática:	20 días.
- Avulsión ungueal:	15 días.
- Capsulitis traumática:	20 días.
- Conjuntivitis:	10 días.
- Contracturas:	20 días.
- Contusiones:	10 días.
- Cuerpo extraño corneal:	7 días.
- Derrames - Hemartrosis articulares:	30 días.
- Desgarros musculares:	30 días.
- Erosiones corneales:	7 días.
- Esguinces (sin intervención quirúrgica):	30 días.
- Fisura de falange:	30 días.
- Fisura costal:	30 días.
- Fisura metacarpiano:	30 días.
- Fisura metatarsiano:	30 días.
- Fisura peroné:	30 días.
- Hematomas:	15 días.
- Herida incisa:	10 días.
- Neuritis traumática:	20 días.
- Tendinitis:	20 días.
- Quemaduras de 1º y 2º grado que afecten a menos del 9% de la superficie corporal:	15 días.

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

En Resolución de 27 de Noviembre de 2006 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, BOE de 07.12.2006, se modifica el redactado de la Cláusula que consta en el Condicionado General de esta póliza y el redactado queda de la siguiente forma:

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, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, 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, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos 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 (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- 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.

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 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios, 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 éstos 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 conforme al artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.

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

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

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 se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página «web» del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

Data	Clau oficina	Oficina	Referència única
18-01-2023	901	SABADELL, BNAT.METGE Timestamp 2023-01-18-00.02.51.644518	100450039737
Nom del creditor			Referència del càrrec
PREVISORA GENERAL			0003060744
Identificació del creditor		Nom de l'últim creditor	
ES53000V58782145			
Nom del deutor		Nom de l'últim deutor	Banc creditor
CRIELEC INSTAL.LACIONS, S.L.			CAIXESBBXXX
POLIZA 1/4/5000039737 RECIBO 3060744 PERIODO: 15/01/2023 - 15/01/2024			
Import en EUR	Comissió en EUR	Valoració	
251,41	0,00	18-01-2023	
IBAN			
ES56 0081 0095 3200 0215 8727			

**CRIELEC INSTAL.LACIONS, S.L.**

00 0000

B-0027 (0081 - 0095)

Data	Clau oficina	Oficina	Referència única
18-01-2024	901	SABADELL, BNAT . METGE	100450039737
Nom del creditor		Timestamp 2024-01-18-00.17.46.034674	Referència del càrrec
PREVISORA GENERAL			0003174053
Identificació del creditor		Nom de l'últim creditor	
ES53000V58782145			
Nom del deutor		Nom de l'últim deutor	Banc creditor
CRIELEC INSTAL.LACIONS, S.L.			CAIXESBBXXX
POLIZA 1/4/5000039737 RECIBO 3174053 PERIODO: 15/01/2024 - 15/01/2025			

Import en EUR	Comissió en EUR	Valoració
231,75	0,00	18-01-2024
IBAN		
ES56 081 0095 3200 0215 8727		



CRIELEC INSTAL.LACIONS, S.L.

B-0027 (0081 - 0095)

Per a qualsevol aclariment es pot adreçar amb aquesta nota de càrrec a l'entitat indicada, que és la que ens ha facilitat aquesta informació.