



MM MUTUAMADRILEÑA

Accidentes

Condiciones Generales Accidentes Personales



Condiciones Generales Accidentes Personales

MUTUA MADRILEÑA, S.S.A.P.F., con domicilio social en Madrid, Paseo de la Castellana, 33, 28046 Madrid, NIF: V-28027118, inscrita en el Registro Mercantil Nº 1 de Madrid, Tomo: 1 de Mutua a Prima Fija, Folio: 56, Hoja: 4; Inscripción 2ª N.I.F. V-28027118 y en la Dirección General de Seguros con la clave M0083.

Condicionado Código: A1404

Condiciones Generales	página 6
Artículo Preliminar	página 6
a) Definiciones	página 6
b) Protección del asegurado	página 7
c) Protección de datos de carácter personal	página 8
Objeto y extensión del seguro	página 9
Objeto del seguro	página 9
Exclusiones generales para todas las modalidades	página 9
Personas no asegurables	página 11
Ambito geográfico	página 11
Duración del seguro	página 11
Designación de beneficiarios	página 12
Garantías Asegurables	página 12
Garantías básicas	página 12
Fallecimiento	página 12
Invalidez permanente	página 13
Liberación de pago de primas en caso de invalidez permanente	página 15
Adelanto de gastos de sepelio	página 15
Asistencia en viaje	página 15
Garantías Opcionales	página 18
Garantías y Riesgos cubiertos	página 18
Indemnización por hospitalización	página 18
Gastos de Asistencia Sanitaria	página 18
Gran invalidez	página 19
Protección total	página 19
Perfección, duración del contrato y pago de primas	página 19
Perfección, toma de efecto y duración del contrato	página 19
Resolución del contrato en determinados supuestos	página 20
Nulidad del contrato	página 20
Pago de primas	página 20
Declaraciones sobre el riesgo	página 21
Tramitación de siniestros	página 23
Siniestros. Obligaciones generales	página 23
Seguimiento de siniestros	página 23
Documentación a presentar en caso de siniestro	página 24
Peritaje	página 25
Disposiciones finales	página 26
Prescripción	página 26
Comunicaciones	página 26
Solución conflictos entre partes. Competencia	página 26
Riesgos extraordinarios	página 26
Riesgos de aviación	página 28

Póliza de Seguro Individual de Accidentes Personales

Condiciones Generales

Este contrato está sometido a la legislación española, controlado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones y compuesto por las Condiciones Generales, Particulares, Especiales y Suplementos y son de aplicación los siguientes textos legales, que pueden ser consultados en la página www.mutua.es:

- Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su Reglamento.
- Ley 22/2007 de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- Aquellas normas que en el futuro sustituyan o modifiquen las anteriores.

Se destacan especialmente en estas Condiciones Generales aquellas cláusulas limitativas de sus derechos, así como las exclusiones de cobertura de la póliza.

Podrá consultar el informe sobre la situación financiera y de solvencia del Grupo Mutua Madrileña en www.grupomutua.es/corporativa/informes-regulatorios.jsp

Artículo Preliminar

A) DEFINICIONES.

A los efectos de este contrato, se entenderá por:

Asegurador, Mutua, Sociedad o Compañía: La persona jurídica que, mediante el cobro de la prima, asume el riesgo contractualmente pactado.

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

Asegurado: La persona física sobre cuya vida o integridad corporal se establece las coberturas contratadas del Seguro y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones derivadas de la póliza.

Beneficiario: La persona física o jurídica, titular del derecho a las prestaciones del Seguro y que puede venir designado por la póliza o por el Tomador del Seguro.

Póliza: El documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, el Pacto Adicional y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla. También forman parte, en su caso, la solicitud-cuestionario que sirve de base para la emisión de la misma, así como la declaración del estado de salud realizada por el Asegurado a MMA, cuando se contenga en documento aparte.

Prima: El precio o coste del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

Accidente: La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca Invalidez, ya sea temporal o permanente, o muerte. Salvo pacto expreso en contrario no tendrá la consideración de accidente a efectos de esta póliza los infartos y otros episodios cardiovasculares o cerebrovasculares.

Enfermedad: Toda alteración de la salud que haga precisa asistencia facultativa y cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico habilitado legalmente para el ejercicio de la medicina.

Invalidez Permanente Absoluta: Toda lesión de carácter permanente que inhabilite por completo al asegurado para toda profesión u oficio.

Invalidez Permanente Parcial: Es aquella que ocasiona al asegurado una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para la profesión habitual y vida cotidiana, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de las mismas.

Siniestro: Suceso imprevisible y ajeno a la voluntad de las partes cuyas consecuencias se encuentran cubiertas por la Póliza. El conjunto de las lesiones derivadas de un mismo evento constituye un solo siniestro.

Suma asegurada: Cantidad máxima establecida en las Condiciones Particulares de la póliza, que estará obligada a pagar el Asegurador en caso de siniestro para cada una de las coberturas contratadas.

Accidente Laboral: Toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o como consecuencia del trabajo u ocupación profesional habitual que ejecute por cuenta propia o ajena. También se considera como accidente laboral el que sufra el Asegurado al ir o al volver del lugar de trabajo u ocupación profesional habitual (riesgo "in itinere").

Gran Invalidez: Es la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente absoluta y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesita la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos.

Vivienda: Edificación que en el momento de surgir el accidente cubierto por esta Póliza constituya el lugar de residencia habitual del Beneficiario de esta cobertura no entendiéndose por tal las residencias geriátricas, asilos, pensiones, hoteles, hostales, segundas residencias, y demás construcciones de este estilo.

Derecho de reducción: Tal y como establece el artículo 12 de las Condiciones Generales, el Asegurador tendrá derecho a la reducción del capital asegurado en caso de impago por parte del tomador de cualquiera de las fracciones de prima de la segunda o sucesivas anualidades. El capital reducido se calculará proporcionalmente al número de fracciones de prima pagadas.

B) PROTECCIÓN DEL ASEGURADO.

El control de la actividad aseguradora de MUTUA MADRILEÑA, Sociedad de Seguros, lo ejerce el Estado Español a través de la Dirección General de Seguros, del Ministerio de Economía y Hacienda.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 20 de estas Condiciones Generales, cuando el tomador del seguro o asegurado entienda que sus derechos derivados del contrato han resultado lesionados, previa reclamación ante el Director del Departamento correspondiente, podrá formular la oportuna reclamación ante el Departamento de Atención al Mutualista y el Cliente, que será resuelta por el Defensor del Mutualista y del Cliente en el plazo de dos meses.

También se consideran interesados, además de los tomadores del seguro y asegurados, los beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos para formular reclamación, si consideran lesionados sus derechos, ante el Departamento de Atención al Mutualista y al Cliente.

Las decisiones del Defensor del Mutualista y del Cliente vincularán a Mutua Madrileña Automovilista cuando resulten favorables al reclamante.

Agotada la vía de la reclamación ante el Defensor del Mutualista y del Cliente, el reclamante podrá acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

El tomador del seguro en un contrato de seguro individual de duración superior a seis meses que haya estipulado el contrato sobre la vida propia o la de un tercero tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o documento de cobertura provisional.

Cuando el contrato se haya celebrado a distancia, el plazo anterior se contará a partir de la fecha en la que se informe al tomador de que el contrato se ha celebrado o a partir del día en que el tomador reciba las condiciones contractuales y la información exigida por el art. 60 de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, si esta fecha es posterior.

La facultad unilateral de resolución del contrato deberá ejercitarse por el tomador mediante comunicación dirigida al asegurador a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación. La referida comunicación deberá expedirse por el tomador del seguro antes de que venza el plazo indicado en el apartado anterior.

A partir de la fecha en que se expida la comunicación a que se refiere el apartado anterior cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador y el tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia. El asegurador dispondrá para ello de un plazo de 30 días a contar desde el día que reciba la comunicación de resolución.

C) PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.

LE EXPLICAMOS COMO TRATAREMOS SUS DATOS. ES IMPORTANTE QUE LO LEA.

INFORMACION BÁSICA

QUIENES SON LOS RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO

- Mutua Madrileña Automovilista, SSPF, (en adelante, MM),

PARA QUE FINALIDAD/AES USAREMOS SUS DATOS

- Para gestionar sus productos de seguro de MM y enviarle comunicaciones no comerciales para gestionar su relación con nosotros.
- Para personalizar su experiencia como cliente.
- Para ofrecerle productos y servicios propios, de las empresas del Grupo Mutua y terceros personalizados para usted.
- Para comunicar sus datos a sociedades del Grupo Mutua para que le ofrezcan productos y servicios propios, adaptados a usted.
- Para la mejora de nuestros productos y servicios, presentes y futuros.

A QUIEN SE VAN A COMUNICAR LOS DATOS

No se van a ceder sus datos a terceros, salvo obligación legal o interés legítimo.

Únicamente si usted nos autoriza, los comunicaremos a las empresas del Grupo Mutua para las finalidades, que le explicamos en la "información adicional".

BASE LEGAL POR LA QUE TRATAMOS TUS DATOS

- Los productos y servicios que solicite y contrate.
- En cumplimiento de la Ley.
- El interés legítimo de MM.

CUÁLES SON TUS DERECHOS

Usted es el propietario de sus datos y usted decide sobre ellos, por ello, en cualquier momento puede acceder, rectificar y suprimir sus datos, así como otros derechos que le explicamos en la "información adicional ". Puedes consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la web: **WWW.MUTUA.ES**

Objeto y Extensión del Seguro

ARTÍCULO 1.- OBJETO DEL SEGURO

El Asegurador garantiza el pago de las indemnizaciones previstas en las Condiciones Particulares de esta Póliza, cuando el Asegurado sufra un Accidente Corporal durante:

- El ejercicio de la actividad Profesional declarada en dichas Condiciones, incluyendo los desplazamientos "in itinere".**
- El ejercicio de su actividad extra-profesional.**
- El uso, como conductor o pasajero, de vehículos privados de transporte terrestre y vehículos públicos de transporte terrestre o marítimo.**
- El uso como pasajero de aeronaves, siempre que se trate de líneas regulares y/o vuelos "Charter", debidamente autorizados.**

Las coberturas del presente contrato han sido pactadas libremente en el ámbito mercantil y las bases técnicas que sustentan el cálculo de la prima no contemplan factores de riesgo debidos a enfermedad ni a ningún tipo de alteración en el funcionamiento orgánico interno del cuerpo del Asegurado, como pueda ser el infarto de miocardio, la hemorragia cerebral o lesión similar de origen endógeno, que en ningún caso quedan incluidos en el objeto de esta cobertura, salvo pacto expreso en contrario.

ARTÍCULO 2.- EXCLUSIONES GENERALES PARA TODAS LAS MODALIDADES

Se excluyen de las coberturas de esta póliza para todas las modalidades contratadas, sin perjuicio de las exclusiones particulares para cada cobertura específica, las siguientes:

- Los hechos que no tengan la consideración de accidente, de acuerdo con la definición establecida en este contrato. En especial, los siguientes:**
 - Actos dolosos que sean cometidos por el Asegurado y/o Beneficiario, o con su cooperación.**
 - Participación del Asegurado en duelos, riñas, apuestas, actos de temeridad manifiesta e injustificada, o cualquier acción ilegal en que, con pleno consentimiento y conocimiento, participe el Asegurado.**
 - Actos de imprudencia temeraria o negligencia grave del Asegurado, declarados judicialmente.**
- Los accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de este contrato, así como sus consecuencias.**

- c) Los accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado, como el suicidio o su tentativa así como la automutilación.
- d) Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluyendo las de origen cardiovascular, expresamente el infarto de miocardio, la hemorragia cerebral, así como ictus o lesión similar de origen endógeno aún cuando sean consideradas por los Organismos competentes como accidente laboral, salvo pacto adicional expreso en las Condiciones Particulares.
- e) Las lesiones u otras consecuencias debidas a intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos que no hayan sido motivados por un hecho cubierto o que se lleven a cabo por razones distintas a la sanidad como, por ejemplo, los procesos de cirugía estética.
- f) Los accidentes sobrevenidos como consecuencia de desvanecimientos y síncope, ictus, ataques de apoplejía o de epilepsia y epileptiformes de cualquier naturaleza.
- g) Las hernias, desgarros y lumbagos cuyo origen no tenga carácter traumático.
- h) Los accidentes y lesiones que sobrevengan en estado de enajenación mental, sonambulismo, embriaguez o bajo los efectos de estupefacientes u otras drogas no prescritas por el médico.
- i) Las intoxicaciones por veneno, así como las alimentarias.
- j) Las insolaciones, congelaciones u otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que el Asegurado esté expuesto a ello como consecuencia de un accidente garantizado.
- k) Los accidentes ocurridos en regiones inexploradas y/o viajes que tengan carácter de exploración.
- l) Los accidentes y lesiones ocurridos por exposición a sustancias radiactivas o nucleares.
- m) Los accidentes cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros de acuerdo con la legislación vigente.
- n) Los accidentes que ocurran como consecuencia de actos terroristas, guerras, invasiones, insurrecciones, motín o tumulto popular y maniobras militares, aún en tiempos de paz, los que guarden relación directa o indirecta con la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de cataclismos, como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, así como aquellos calificados por el Estado como de “catástrofe o calamidad nacional”.
- o) De los accidentes aéreos quedan excluidos los profesionales de la Aviación (pilotos, mecánicos, radiotelegrafistas, sobrecargos, azafatas, camareros, etc.) que ocupen una aeronave como integrantes de su tripulación por imperativo de las funciones que tengan asignadas. También se excluye de la cobertura de esta póliza la utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros así como, en todo caso, de helicópteros.
- p) Los accidentes derivados de la práctica por parte del Asegurado de cualquier deporte con carácter profesional, además de los siguientes deportes que practique el Asegurado con carácter de aficionado, salvo Pacto Adicional expreso en las Condiciones Particulares: ala delta, aviones ultraligeros, automovilismo, boxeo, escalada deportiva o acceso a glaciares, montañismo, espeleología, motociclismo, navegación marina a más de dos millas náuticas de la costa, paracaidismo, parapente, puenting, rodeo, saltos de esquí, saltos de trampolín, submarinismo, tentadero, toreo y vuelo sin motor.

q) Tampoco se cubren, salvo que expresamente sean aceptados por la Mutua, se incluyan en las Condiciones Particulares y se abone la sobreprima correspondiente, los accidentes derivados de:

- La práctica por parte del Asegurado, con carácter de aficionado, de los siguientes deportes y/o actividades: barranquismo, bicicleta de montaña, bobsleigh, carreras de caballos, caza, ciclismo en carretera, corte de troncos, equitación, esquí, esquí acuático, fútbol americano, fútbol australiano, halterofilia, Hockey sobre hielo, Hockey sobre patines, judo, karate, karting, kitesurfing, kung fu, levantamiento de piedras, lucha de cualquier clase, motonáutica, patinaje artístico, piragüismo en aguas bravas, polo, rafting, remo, rugby, snowboard, surf, taekwondo, tiro con arco, tiro olímpico, vela, windsurf, y, en general cualquier deporte o actividad recreativa de carácter notoriamente peligroso.
- La participación en competiciones o torneos organizados o no por federaciones deportivas u organismos similares así como la participación en competiciones de velocidad o resistencia de cualquier naturaleza, incluidos los entrenamientos.
- La utilización de motocicletas de cilindrada igual o superior a 250 c.c.

ARTÍCULO 3.- PERSONAS NO ASEGURABLES

1. Con carácter general, las personas menores de 14 años y mayores de 65 años (salvo pacto expreso en contrario).
2. Los Incapacitados Absoluta y Permanentemente para el desarrollo de cualquier actividad profesional o laboral.
3. Los afectados de enajenación mental, parálisis, apoplejía, epilepsia, alcoholismo, toxicomanía, enfermedades de la médula espinal, encefalitis, sordera completa, ceguera o gran miopía (superior a 10 dioptrías).

ARTÍCULO 4.- ÁMBITO GEOGRÁFICO

Las coberturas de Fallecimiento, Gran Invalidez e Invalidez Permanente surtirán efecto en todo el mundo, salvo que deriven de accidentes excluidos de cobertura en la presente póliza. El resto de garantías tendrán efecto en el Espacio Económico Europeo.

No se prorrogará la póliza a su vencimiento si el asegurado trasladara su domicilio al extranjero, y tal circunstancia no se hubiera puesto en conocimiento del Asegurador.

ARTÍCULO 5.- DURACIÓN DEL SEGURO

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y a su vencimiento se prorrogará por períodos no superiores al año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del período de seguro en curso.

En todo caso, el seguro se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de 65 años. El asegurador podrá aceptar la prórroga año a año de los contratos existentes hasta que el asegurado cumpla 70 años, momento en que, a su vencimiento, la póliza quedará cancelada.

ARTÍCULO 6.- DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

1. En caso de Fallecimiento:

Durante la vigencia del contrato, el Asegurado puede designar Beneficiario o modificar la designación hecha previamente sin necesidad del consentimiento de la Mutua, salvo que haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

Si el Asegurado no lo hace expresamente, quedaran designados Beneficiarios, en caso de fallecimiento del Asegurado, por ORDEN DE PRELACIÓN preferente y excluyente los siguientes:

1. El Cónyuge del Asegurado no separado legalmente
2. Los hijos del Asegurado a partes iguales
3. Los padres del Asegurado
4. Los herederos legales del Asegurado

2. Para el resto de las garantías:
El propio Asegurado.

Garantías Asegurables

Garantías Básicas

ARTÍCULO 7.- GARANTÍAS Y RIESGOS CUBIERTOS

La Mutua, en su condición de Asegurador de esta Póliza, asume la cobertura de aquellos de los riesgos que a continuación se indican siempre que los mismos hayan sido pactados expresamente en las Condiciones Particulares y con los límites que en ellas se determinan.

ARTÍCULO 7.1. FALLECIMIENTO

El Asegurador pagará a los Beneficiarios designados el capital indicado en las Condiciones Particulares si en el plazo de un año, a contar desde las veinticuatro horas de la ocurrencia del accidente, el Asegurado fallece a consecuencia directa del mismo, siempre que se trate de uno de los supuestos cubiertos por la póliza.

Los pagos que el Asegurador pudiera haber hecho en concepto de cualquier otra garantía de la póliza como consecuencia del accidente que ocasione la muerte del Asegurado, se deducirán de la indemnización garantizada en caso de muerte.

Si al fallecer el Asegurado no hubiese beneficiario designado, ni reglas para su determinación, la suma asegurada formará parte del patrimonio del Tomador del Seguro.

Si con anterioridad al fallecimiento el Asegurador hubiera pagado una indemnización por Invalidez Permanente, a consecuencia del mismo accidente y sin que hubiese transcurrido más de un año desde su ocurrencia, ésta deberá indemnizar la diferencia entre el importe pagado y la suma asegurada en caso de fallecimiento. Si lo ya indemnizado fuera superior, la Compañía no reclamará la diferencia.

ARTÍCULO 7.2. INVALIDEZ PERMANENTE

A los efectos de la presente cobertura se definen los siguientes tipos de Invalidez Permanente:

Invalidez Permanente Parcial: Es aquella que ocasiona al asegurado una disminución no inferior al 33% en su rendimiento normal para la profesión habitual y vida cotidiana, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de las mismas.

Invalidez Permanente Absoluta: Toda lesión, de carácter permanente, cuyas secuelas inhabilite al Asegurado para desempeñar por completo cualquier tipo de profesión u oficio.

El Asegurador pagará al Asegurado el capital establecido a tal efecto en las Condiciones Particulares en caso de Invalidez Permanente como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza y, se manifieste dentro del plazo de un año a contar desde el día que aconteció el accidente.

El grado de invalidez será independiente de la profesión y edad del Asegurado, y vendrá determinado en porcentajes respecto a la Invalidez Permanente Absoluta y de acuerdo con la siguiente tabla o baremo:

Pérdida total del Movimiento	Derecho	Izquierdo
Del brazo o de la mano	70%	60%
Del hombro	20%	20%
Del codo	20%	15%
De la muñeca	20%	15%
Del pulgar y del índice	40%	30%
De tres dedos que no sean pulgar o índice	25%	20%
De tres dedos incluidos pulgar o índice	35%	30%
Del pulgar y otro que no sea el índice	30%	25%
Del índice y otro que no sea el pulgar	25%	20%
Del pulgar sólo	22%	18%
Del índice sólo	15%	12%
Del medio, anular o meñique	10%	8%
De dos de estos últimos dedos	15%	12%
De una pierna o un pié	50%	50%
Amputación parcial de un pié, comprendidos todos los dedos	40%	40%
Pérdida total de la voz		25%
Ablación mandíbula inferior		30%
Pérdida total de un ojo, o reducción a la mitad de la visión binocular	30%	30%
Fractura no consolidada de una pierna o un pié	40%	40%
Fractura no consolidada de una rótula	20%	20%
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20%	20%
Acortamiento por lo menos de 5 cms. de un miembro inferior	15%	15%
Sordera completa de un oído	10%	10%
Pérdida del dedo pulgar de un pié	10%	10%
Pérdida de otro dedo del pié	5%	5%

El baremo recoge secuelas funcionales, por tanto no se contemplarían aquellas algias que no puedan ser objetivadas mediante pruebas complementarias (RMN, EMG, TAC...).

En el caso de que la causa que origina la INVALIDEZ PERMANENTE no estuviera reflejada en la tabla anterior, el Grado de la Invalidez Permanente se determinará por analogía de gravedad a las contempladas en la misma.

Las limitaciones parciales se realizarán sobre el porcentaje de la pérdida total del miembro, órgano o articulación o su pérdida de movilidad o anquilosis, en ningún caso se trata del Baremo de Tráfico recogido en el RDL 8/2004.

Si el Asegurado fuera zurdo y así lo hubiera declarado en las Condiciones Particulares, se invertirán los porcentajes previstos en el Baremo para los Miembros Superiores.

Si después del pago de la indemnización por Invalidez Permanente Parcial el Asegurado muere o resulta gran inválido a consecuencia del mismo accidente, el Asegurador abonará la diferencia entre la indemnización pagada y la asegurada para caso de Muerte o Gran Invalidez, si ésta es superior; si fuera inferior no procederá reembolso alguno por parte del Beneficiario.

Si con anterioridad al accidente algún miembro u órgano presentara amputaciones o limitaciones funcionales, el porcentaje de indemnización será la diferencia entre el de la invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.

La indemnización total pagadera por varias pérdidas o inutilizaciones de miembros causadas por un mismo accidente, se calcula sumando el 50% de los importes correspondientes a cada una de las mismas al importe correspondiente a la principal, sin que dicha indemnización pueda exceder de la cantidad asegurada para el caso de Invalidez Permanente Absoluta.

La valoración de las lesiones de miembros u órganos provocadas por el accidente no puede verse aumentada por el estado de malformación de otros miembros u órganos que no hayan sido afectados por el mismo.

La pérdida o lesión de miembros u órganos ya malformados se valorará por diferencia entre el estado anterior y posterior al accidente.

Las limitaciones y pérdidas anatómicas de carácter parcial se indemnizarán proporcionalmente respecto a la pérdida absoluta del miembro u órgano afectado. La impotencia funcional absoluta de un miembro u órgano será considerada como pérdida total del mismo.

La suma de diversos porcentajes parciales, referidos a un mismo miembro u órgano, no podrá superar el porcentaje de indemnización, establecido para la pérdida total del mismo. La acumulación de todos los porcentajes de invalidez, derivados del mismo accidente no dará lugar a una indemnización superior al 100 por 100.

La determinación de la Invalidez Permanente se realizará exclusivamente en España y de acuerdo con los documentos y pruebas que solicite el Asegurador.

Queda excluida de cobertura la Invalidez Permanente como consecuencia de un infarto de miocardio.

ARTÍCULO 7.3. LIBERACIÓN DEL PAGO DE PRIMAS EN CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Cuando el Asegurado quede afecto por una Invalidez Permanente tal y como se define en el artículo 7.2 anterior, la Mutua liberará al Tomador del pago de los recibos de prima correspondientes a las pólizas de seguro que tuviera contratadas con ella y venzan en los doce meses siguientes a la fecha de pago de la indemnización por Invalidez Permanente.

Esta liberación de pago de recibos acabará antes de que transcurra el plazo antes mencionado cuando el importe acumulado de los recibos liberados alcance el límite indicado en las Condiciones Particulares que en ningún caso podrá ser superior a 3.000 euros. Si esta circunstancia se produjera, el Tomador vendrá obligado al pago de la parte del importe del recibo que no pudiese liberarse.

ARTÍCULO 7.4. ADELANTO DE GASTOS DE SEPELIO

Prevía justificación, en cualquiera de las formas admitidas en Derecho, del acaecimiento de la muerte del Asegurado, así como de la existencia del seguro al corriente de pago, si el mismo tiene lugar como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, la Mutua pagará al Beneficiario la suma establecida al efecto.

Los beneficiarios podrán solicitar un anticipo a cuenta de la indemnización final para atender a gastos justificados de sepelio o de liquidación de impuestos o tasas derivados del fallecimiento del Asegurado, hasta el límite del 5% del capital contratado. **En ningún caso el anticipo podrá ser superior a 6.000 Euros.**

El importe de esta garantía se descontará de la indemnización de fallecimiento por accidente.

ARTÍCULO 7.5. ASISTENCIA EN VIAJE

a) Activación del servicio:

Sólo se activarán las prestaciones de Asistencia en Viaje cuando los asegurados de la póliza de accidentes, siempre que sean residentes en España, hayan utilizado el servicio de atención al Mutualista de Mutua Madrileña.

b) Ámbito temporal:

Los servicios de asistencia se prestarán siempre que el tiempo de permanencia por viaje o desplazamiento en el extranjero no sea superior a 30 días consecutivos.

c) Ámbito territorial:

Todo el mundo, a más de 25 Km. del domicilio del asegurado (10 Km. en islas), excepto en caso de accidente de circulación, en que se prestará desde el lugar en que éste se haya producido (Km. 0).

d) Garantías:

d.1. Repatriación o transporte sanitario de heridos.

Cuando en el transcurso de un viaje, el asegurado sufriera un accidente, el Asegurador se hará cargo de:

d.1.1. Gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más cercano.

d.1.2. Control por parte de su equipo médico, en contacto con el médico que atienda al asegurado herido, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio. **La Compañía Aseguradora quedará eximida de cualquier responsabilidad y pago de gastos en el caso de que las indicaciones del equipo médico asesor no fueran atendidas por el asegurado.**

d.1.3. Gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el Asegurador se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado del mismo.

d.1.4. El medio de transporte utilizado en Europa cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requiera, será el avión sanitario especial.

d.1.5. En otro caso, o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

d.2. Regreso anticipado del asegurado a causa de fallecimiento o enfermedad grave de un familiar.

Si encontrándose el asegurado en viaje, debe interrumpirlo en razón del fallecimiento o enfermedad grave (que conlleve una hospitalización superior a 5 días) de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, de hermano o hermana, el Asegurador le hará entrega de un billete de ferrocarril (primera clase) o avión (clase turista) desde el lugar en que se encuentre en tal momento y con destino al lugar de inhumación u hospitalización en España del familiar fallecido; y un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse tal evento.

d.3. Billeto de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel.

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado **a causa de un accidente cubierto por la póliza**, y no cuente con la asistencia de un familiar, y su internado se prevea de duración superior a 5 días, la Mutua pondrá a disposición de un familiar del mismo un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado. **Si dicha hospitalización es en el extranjero, el Asegurador se hará cargo de los gastos del hotel del familiar, contra los justificantes oportunos, hasta un importe máximo de 60€, impuestos incluidos, por día, con un máximo de 10 días.**

d.4. Transporte o repatriación de fallecidos.

El Asegurador se hará cargo de todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del Asegurado, así como de su transporte o repatriación hasta el lugar de su inhumación en España.

d.5. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero.

Si a consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, el Asegurado necesitase asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, el Asegurador se hará cargo de:

- **Gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.**
- **Gastos farmacéuticos prescritos por un médico.**
- **Gastos de hospitalización e intervenciones quirúrgicas.**

La cantidad máxima cubierta por el Asegurador, para el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, es de 6.000€ impuestos incluidos.

d.6. Gastos de prolongación de estancia en un hotel en el extranjero

Cuando sea de aplicación la garantía de gastos médicos, **el Asegurador se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del Asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, hasta un importe conjunto de 60€ día y hasta un máximo de 600€, impuestos incluidos.**

d.7. Envío de medicamentos:

Cuando el Asegurado lo solicitase, la Mutua se encargará de la búsqueda y gastos de envío de los medicamentos que le fueran indispensables al asegurado en un tratamiento médico y no sea posible su provisión en la localidad donde éste se hallare. El coste del medicamento será abonado por el Asegurado a la entrega del mismo.

d.8. Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales

En caso de robo o pérdida de equipajes y efectos o documentos personales, el Asegurador asesorará al Asegurado para la denuncia de los hechos. Si posteriormente fuesen recuperados, el Asegurador se encargará del envío hasta el lugar donde se encuentre el asegurado o hasta su domicilio en España.

d.9. Repatriación por siniestro en domicilio

En el supuesto que el domicilio habitual del asegurado sufra un siniestro que lo dejara inhabitable, el Asegurador se hará cargo de los gastos de repatriación o traslado del Asegurado hasta su domicilio habitual en el medio de locomoción más adecuado.

Para todas las garantías previstas en los apartados d.1, y d.4 se establece un límite máximo conjunto de 9.000€, impuestos incluidos, por siniestro, para el conjunto de personas afectadas.

EXCLUSIONES DE ESTA MODALIDAD

Además de las exclusiones genéricas contenidas en el artículo 2 de estas Condiciones Generales, serán de aplicación específica a las coberturas reguladas en esta modalidad las siguientes exclusiones:

- **Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al centro de atención al cliente de MUTUA MADRILEÑA y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.**
- **Cualquier servicio que tenga su origen en hechos ocurridos con anterioridad al alta de asegurado.**
- **Lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas, excepto para la garantía de repatriación sanitaria.**
- **Viajes en el extranjero de duración superior a 30 días consecutivos.**
- **Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en España, aunque corresponda a un tratamiento iniciado en el extranjero.**
- **Los gastos de prótesis, gafas y lentillas.**
- **Los partos y embarazos excepto complicaciones imprevisibles durante los seis primeros meses de gestación. Las reclamaciones derivadas, directa o indirectamente, de las complicaciones ocurridas a partir del séptimo mes de embarazo, o durante el transcurso del mismo si la asegurada ha sufrido complicaciones en embarazos anteriores.**
- **Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 90€.**
- **En el traslado o repatriación de fallecidos: los gastos de inhumación, incineración y ceremonia.**
- **Los eventos ocasionados por la práctica de deportes en competición y el rescate de personas en el mar, montaña o desierto. Las reclamaciones derivadas de siniestros ocurridos por la práctica de deportes: de invierno, motociclismo, automovilismo, las carreras (salvo que sean a pie) alpinismo, montañismo, excursiones de alta montaña, submarinismo, espeleología, puenting, ala delta, parapente, barranquismo, paracaidismo y en general todo tipo de deportes de riesgo, aventura o multiaventura.**
- **Los siniestros derivados en forma directa o indirecta, de hechos producidos por energía nuclear, alteraciones genéticas, radiaciones radiactivas, catástrofes naturales, acciones bélicas, disturbios y actos terroristas o cualquiera otros casos fortuitos o de fuerza mayor que impidan la prestación del servicio.**
- **De circunstancias que hayan sido objeto de indemnización por cualquier otro conducto, incluidas las cantidades recuperadas por el asegurado de seguros sanitarios privados, de acuerdos sanitarios recíprocos, de líneas aéreas, de hoteles, de seguros del hogar o de cualquier compensación que sea la base de una reclamación.**

- **Los gastos suplementarios derivados del alojamiento en habitaciones individuales o privadas de hospitales.**
- **Las reclamaciones por tratamiento médico de cualquier clase que no haya sido autorizado por un médico colegiado, o de un médico en posesión de una licencia estatal vigente para ejercer como tal.**
- **De la exposición al peligro por parte del asegurado, que deberá demostrar haber adoptado todas las medidas preventivas necesarias para evitar enfermedades y lesiones, tales como vacunas y otras recomendaciones sanitarias que procedan, incluidas las prescripciones médicas que le hayan sido indicadas.**

Garantías Opcionales

ARTÍCULO 8.- GARANTÍAS Y RIESGOS CUBIERTOS

Las coberturas que a continuación se relacionan son opcionales y, en consecuencia, deberán ser expresamente pactadas entre el Tomador y el Asegurador y constar así en las Condiciones Particulares de esta Póliza. No se podrán contratar independientemente de las garantías básicas.

ARTÍCULO 8.1. INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN

Previa contratación expresa de esta cobertura y así constase en las Condiciones Particulares, si a consecuencia de un accidente, el Asegurado debe ser ingresado en un Centro Hospitalario, público o privado, y siempre que permaneciese ingresado un mínimo de 24 horas, el Asegurador le indemnizará con el importe indicado en las Condiciones Particulares por cada día de hospitalización **con un límite máximo de 180 días y 15.000 euros. A estos efectos se computarán como días de indemnización ciclos completos de 24 horas.**

ARTÍCULO 8.2. GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA

Previa contratación expresa de esta cobertura y así constase en las Condiciones Particulares, el Asegurador reembolsará, previa justificación, los gastos de asistencia médico-farmacéutica y/o de hospitalización que el Asegurado precise **hasta el límite indicado en las condiciones particulares, siempre que dichos gastos sean consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza y la asistencia se preste durante un periodo máximo de un año a contar desde la fecha de ocurrencia del accidente.**

Esta garantía incluye:

1. Gastos de traslado urgente del Asegurado desde el lugar del accidente hasta el centro sanitario donde reciba la primera atención médica.
2. Gastos por honorarios médicos, gastos farmacéuticos y/o de hospitalización.
3. Gastos de traslado a su residencia habitual cuando el accidente haya ocurrido en lugar distinto a la misma **(se exceptúan los gastos por traslado en transporte aéreo).**
4. Gastos de traslado cuando el Asegurado deba recibir asistencia médica en provincia distinta a la de su residencia habitual **(se exceptúan los gastos por traslado en transporte aéreo).**
5. Cuando el Asegurado necesite ser hospitalizado durante un periodo superior a 72 horas, se abonarán gastos de acompañante debidamente justificados y con el límite máximo de 30€ diarios, durante un periodo máximo de 30 días.

La Mutua podrá ejercitar, los derechos y acciones que por razón del siniestro pudieran corresponder al asegurado frente a las personas responsables del accidente, sin poder 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 la Mutua en su derecho a subrogarse.

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

ARTÍCULO 8.3. GRAN INVALIDEZ

Previa contratación expresa de esta cobertura y siempre que conste así en las Condiciones Particulares, en caso de que, como consecuencia de sufrir un accidente cubierto por esta póliza, al Asegurado se le dictamine en el plazo de un año desde el mismo, a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social o del organismo análogo en aquellas Comunidades Autónomas que tengan competencia, la situación de gran invalidez, la Mutua abonará una indemnización equivalente al 50 % adicional de la suma asegurada para la garantía de Invalidez Permanente Absoluta por Accidente.

Este capital adicional ascenderá a la cantidad (o porcentaje sobre el capital asegurado para el caso de Invalidez Permanente Absoluta) que conste pactado en las Condiciones Particulares de esta póliza.

El Beneficiario no podrá recibir simultáneamente la indemnización correspondiente a esta cobertura y a la de indemnización por hospitalización.

ARTÍCULO 8.4. PROTECCIÓN TOTAL

Por esta garantía, y siempre que haya sido objeto de contratación expresa y conste así en las Condiciones Particulares, la Mutua reembolsará al Asegurado la indemnización **pactada y hasta el límite consignado en dichas Condiciones Particulares** si, como consecuencia de haber sufrido el Asegurado un accidente cubierto por la póliza, necesitase incurrir en el plazo inferior a un año a:

- Gastos de cirugía estética reparadora
- Adaptación de vehículo/vivienda
- Compra de silla de ruedas

Para estas dos últimas coberturas será necesario que previamente se haya declarado la Invalidez Permanente del Asegurado.

En todos los casos será necesario que se presenten previamente los presupuestos para su aceptación por parte de la Compañía y reembolso posterior de gastos hasta los límites establecidos en las Condiciones Particulares. De no cumplirse este requisito previo, la Compañía no efectuará ningún pago por este concepto.

No tendrá lugar la anterior cobertura si las consecuencias del accidente sufrido por el Asegurado estuviesen cubiertas por un seguro de responsabilidad civil.

Perfección, Duración del Contrato y Pago de la Prima

ARTICULO 9.- PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

1. **Las garantías de la Póliza entran en vigor a la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares, siempre y cuando el Asegurado o Tomador del Seguro hayan firmado la Póliza y pagado el recibo de prima correspondiente, salvo pacto en contrario. El seguro terminará a la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares.**

2. A la expiración del plazo estipulado, si el contrato es de duración anual, quedará tácitamente prorrogado por un año más y así en lo sucesivo, salvo que alguna de las partes hubiera solicitado su resolución, de acuerdo con lo previsto en el siguiente párrafo.
3. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte efectuada dentro de los dos meses anteriores a la conclusión del periodo del seguro en curso.
4. El Socio que solicite la resolución del contrato antes de su vencimiento no tendrá derecho a reintegro alguno de cuota.

ARTICULO 10.-RESOLUCIÓN DEL CONTRATO EN DETERMINADOS SUPUESTOS

En los casos de Fallecimiento, Invalidez Permanente Absoluta del Asegurado y Gran Invalidez, una vez pagada por el Asegurador la indemnización pactada, el contrato quedará resuelto de pleno derecho.

ARTÍCULO 11.- NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro.

ARTÍCULO 12.- PAGO DE PRIMAS

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la prima de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares del contrato. Los recibos de prima deberán hacerse efectivos por el Tomador del seguro en los correspondientes vencimientos por anualidades completas y anticipadas.

NORMA GENERAL

Prima inicial

Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, Mutua tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto expreso en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, Mutua quedará liberada de su obligación.

Primas sucesivas

Mutua notificará con al menos 30 días de anterioridad al vencimiento del contrato la cuota anual que le corresponda pagar al tomador del seguro. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si Mutua no reclama el pago pendiente de la prima, dentro de los seis meses siguientes a su vencimiento, el contrato quedará extinguido.

Si el contrato no hubiere sido resuelto conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pague la prima.

FRACCIONAMIENTO DE PAGO

Podrá pactarse el fraccionamiento del pago de la prima anual, en los plazos y de acuerdo a las estipulaciones que se establezcan en las Condiciones Particulares del contrato.

Primera prima.

La cobertura no entrará en vigor hasta el pago del primero de los plazos. Si se produjera el impago de tres fracciones mensuales o una trimestral de prima durante la primera anualidad, el contrato quedará definitivamente resuelto, notificándose dicho extremo al Tomador.

En el supuesto de impago de menos de tres fracciones mensuales de prima durante la primera anualidad, Mutua podrá exigir el pago de las fracciones de prima no satisfechas en vía ejecutiva con base en la póliza, así como no renovar dicho contrato a su vencimiento.

En caso de producirse algún siniestro amparado por la póliza, y encontrarse alguna de las fracciones de prima que correspondan a la primera anualidad impagada, Mutua quedará liberada de todas sus obligaciones derivadas del contrato.

Primas sucesivas.

Si se produjera el impago de menos tres fracciones mensuales o una trimestral de prima, correspondientes a la segunda o sucesivas anualidades, las coberturas quedarán suspendidas un mes después del día del vencimiento de la última de las fracciones impagadas. En el caso de que se produzca cualquier siniestro amparado por la póliza los capitales asegurados se reducirán en proporción al número de fracciones impagadas.

En este caso Mutua estará facultada a no renovar el contrato al vencimiento del mismo.

El impago de más de tres fracciones mensuales, correspondientes a la segunda o sucesivas anualidades no generará el derecho de reducción contemplado anteriormente, quedando el contrato automáticamente resuelto, notificándose tal circunstancia al tomador.

ARTÍCULO 13.- DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

a) Al concertar el seguro y durante su vigencia:

1. La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro y por el Asegurado en el cuestionario que le ha sometido el Asegurador, que han motivado la aceptación del riesgo por el Asegurador, la asunción por su parte de las obligaciones para él derivadas del contrato y la fijación de la prima.
2. El tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.
El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.
Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

3. El Tomador del seguro y en su caso el Asegurado o Beneficiario deberán, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que según el cuestionario que le ha sido sometido por el Asegurador antes de la conclusión del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no la habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.
4. Igualmente, el Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado o Beneficiario deberán comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de profesión y domicilio del Asegurado. Si el cambio de profesión o domicilio supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo establecido en los puntos B.5 y B.6 de este mismo artículo; si, por el contrario, supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en punto C.2 de este artículo.
5. El Tomador del seguro debe comunicar al Asegurador la existencia de otras pólizas, contratadas con distintos aseguradores, cubriendo los efectos que un mismo riesgo puede producir sobre el mismo interés y la misma persona. El incumplimiento de este deber sólo puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine, sin que el Asegurador pueda deducir de la suma asegurada cantidad alguna por este concepto.

b) En caso de agravación del riesgo:

1. En caso de que durante la vigencia de la póliza le fuese comunicada al Asegurador una agravación del riesgo, éste puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en un plazo de dos meses, a contar del día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el Tomador del seguro dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador del seguro, dándole para que conteste, un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes, comunicará al Tomador del seguro la rescisión definitiva.
2. El Asegurador podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.
3. Si sobreviniere un siniestro sin haberse realizado declaración de agravación del riesgo, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.
4. En el caso de agravación del riesgo durante el tiempo del seguro que dé lugar a un aumento de prima, cuando por esta causa queda rescindido el contrato, el Asegurador hará suya en su totalidad la prima cobrada. Siempre que dicha agravación se hubiera producido por causas ajenas a la voluntad del Asegurado, éste tendrá derecho a ser reembolsado de la parte de la prima satisfecha correspondiente al periodo que falte transcurrir de la anualidad en curso.
5. El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro o Asegurado, en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Desde el momento mismo en que el Asegurador haga esta declaración, quedarán de su propiedad las primas correspondientes al periodo en curso, salvo que concurren dolo o culpa grave por su parte.
6. Si el siniestro sobreviniere antes de que el Asegurador hubiere hecho la declaración a que se refiere el número anterior, la prestación de éste se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la póliza y la que corresponda de acuerdo con la verdadera entidad del riesgo. Cuando la reserva o inexactitud se hubiere producido mediante dolo o culpa grave del Tomador del seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

c) En caso de disminución del riesgo:

1. El Tomador del seguro o el Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del seguro.
2. En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá deducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador o Asegurado, 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.

Tramitación de Siniestros

ARTÍCULO 14.- SINIESTROS. OBLIGACIONES GENERALES

En caso de siniestro, el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario deberán:

- a) Emplear los medios a su alcance para conservar la vida del Asegurado, minorando las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho a Mutua Madrileña a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta el grado de culpa y la importancia de los daños.
- b) Comunicarlo a Mutua Madrileña, dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido, con indicación de:
 - Número de póliza
 - Tipo de siniestro acaecido
 - Fecha y hora del siniestro
 - Causas conocidas y presumidas
 - Medios adoptados para minorar las consecuencias
- c) Facilitar por escrito a Mutua Madrileña, dentro del plazo máximo de cinco días a partir de la notificación del siniestro toda clase de circunstancias y consecuencias del mismo. En caso de violación de este deber, el rehúse del siniestro sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave del Tomador del seguro o del Asegurado con intención de defraudar a Mutua Madrileña.
- d) En caso de existir varios aseguradores, esta comunicación deberá hacerse a cada uno de ellos, con indicación del nombre de los demás. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a que Mutua Madrileña pueda reclamar los daños y perjuicios causados.

ARTÍCULO 15.- SEGUIMIENTO DE LOS SINIESTROS

La Compañía podrá solicitar cuantos documentos y certificados considere precisos para la correcta evaluación del siniestro, debiendo ser suministrados a la misma por cuenta del Tomador, Asegurado o Beneficiario.

El Asegurado y sus familiares deberán permitir la visita de los médicos designados por Mutua Madrileña, tanto en el domicilio del Asegurado como en el Centro Hospitalario en que se encuentre internado, para comprobar el estado de salud y/o la evolución del accidente.

La oposición por parte del Asegurado o de sus familiares a la entrega de la documentación requerida o a las visitas de los médicos de Mutua Madrileña dará lugar al cese del cobro de las indemnizaciones.

En todo caso, Mutua Madrileña puede dar por concluido el accidente, a efectos del pago de las indemnizaciones, cuando a juicio del médico por ella designado se pretendiera la prolongación artificiosa de sus consecuencias.

ARTÍCULO 16.- DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR EN CASO DE SINIESTRO

Con independencia a los plazos de comunicación establecidos en el presente condicionado para la notificación del siniestro y en función de la cobertura afectada deberá presentarse en el plazo más breve posible la siguiente documentación, dependiendo de la cobertura contratada y de que se trate:

16.1. Caso de Fallecimiento:

1. Informe del médico o médicos que hayan asistido al Asegurado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento, o autopsia en su caso.
2. Certificado literal de la inscripción de defunción del asegurado en el Registro Civil.
3. Certificado del Registro de Últimas Voluntades.
4. Documentación acreditativa de la condición de beneficiarios, NIF o NIE en su caso.
5. Acreditación del cumplimiento de las obligaciones fiscales del beneficiario.
6. Liquidación del Impuesto de Sucesiones, carta de pago o exención.

El Asegurador se reserva el derecho de pedir otra documentación que se considere oportuna a efectos de la correcta tramitación del siniestro.

16.2. Caso de Invalidez Permanente:

Certificado médico y certificado de la autoridad competente que especifique el motivo de la lesión con detalle del diagnóstico de las secuelas que han de ser objeto de valoración por parte del Asegurador.

Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social (o del organismo análogo en aquellas Comunidades Autónomas que tengan competencia) en que figuren: dictamen médico emitido por la Unidad de Valoración de Incapacidades, la propuesta y la resolución de la Dirección Provincial concediendo la Incapacidad Permanente.

Diligencias judiciales y documentos, en caso de existir, que acrediten la Invalidez Permanente por accidente.

16.3. Caso de Adelanto de Gastos de Sepelio:

Se deberán aportar los mismos documentos que para el fallecimiento con excepción de la justificación de las obligaciones fiscales y liquidación de impuestos.

16.4. Caso de Hospitalización:

En caso de que, como consecuencia de un accidente cubierto por esta póliza, fuera necesario el internamiento del asegurado en un centro Sanitario, deberá aportar:

1. Circunstancias y causas que originaron el accidente.
2. Nombre, apellidos, dirección profesional, teléfono y número de colegiado del facultativo que determina el ingreso hospitalario.
3. Diagnóstico completo del proceso que genera la hospitalización firmado por el facultativo.
4. Estimación del facultativo la probable duración de la hospitalización.
5. Certificado del centro hospitalario en que se detalle la fecha y horas exactas de entrada y salida del mismo.

16.5. Caso de Gastos de Asistencia Sanitaria

1. Certificado médico en que se determine fecha y tipo de Accidente, así como evolución y secuelas definitivas del mismo, al igual que indicación del tratamiento prescrito.
2. Nombre, dos apellidos, dirección completa, teléfono y número de colegiado del facultativo que determina el tratamiento.
3. Factura en la que se detallen los gastos ocasionados y se especifique N.I.F., según sea emitida por profesional o Sociedad Médica.

16.6. Caso de Gran Invalidez

1. Certificado médico y certificado de la autoridad competente que especifique el motivo de la lesión con detalle del diagnóstico de las secuelas que han de ser objeto de valoración por parte del Asegurador.
2. Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social (o del organismo análogo en aquellas Comunidades Autónomas que tengan competencia) en que figuren: dictamen médico emitido por la Unidad de Valoración de Incapacidades, la propuesta y la resolución de la Dirección Provincial concediendo la Gran Invalidez.
3. Diligencias judiciales y documentos, en caso de existir, que acrediten la Gran Invalidez por accidente.

16.7. Caso de Protección Total:

Después de ser aprobados los presupuestos por parte de Mutua, se exigirán las facturas originales correspondientes para poder efectuar el reembolso pactado.

ARTÍCULO 17.- PERITAJE

En caso de discrepancia en la evaluación del siniestro el Asegurador deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que el Asegurador pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

Si las partes se pusiesen de acuerdo en cualquier momento sobre el importe y la forma de la indemnización, el Asegurador deberá pagar la suma convenida. Si no se lograra el acuerdo dentro del plazo de los cuarenta días, a partir de la recepción de la declaración del siniestro, 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 hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

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

Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán de común acuerdo un tercer Perito, y de no existir éste, la 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 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 de forma indubitada, siendo vinculante para éstos, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes dentro del plazo de treinta días, en el caso del Asegurador, y ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiere en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Si el dictamen de los Peritos fuera impugnado, el Asegurador deberá abonar el importe mínimo referido en los apartados anteriores, 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 del Asegurador en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable el Asegurado se viera obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada con el interés previsto legalmente y que en este caso, empezará a devengarse desde que la valoración devino inatacable para el Asegurador 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.

Disposiciones finales

ARTÍCULO 18.- PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del Contrato prescribirán a los dos años para los seguros de daños y a los cinco años, si el seguro es de personas a contar desde la fecha en que pudieron ejercitarse.

ARTÍCULO 19.- COMUNICACIONES

Las comunicaciones del Tomador y, a través de este, en su caso, las de los Asegurados o Beneficiarios, se realizarán en el domicilio social de la Mutua, señalado en la póliza.

Las comunicaciones de la Mutua al Tomador, al Asegurado o a los Beneficiarios se realizarán en sus domicilios, recogidos en la póliza, salvo que hubieran notificado a la Mutua el cambio de su domicilio.

ARTÍCULO 20.- SOLUCION DE CONFLICTOS ENTRE PARTES. COMPETENCIA

1. Si las dos partes, Asegurador y Tomador del Seguro o Asegurado, estuviesen conformes, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros de conformidad con la legislación vigente.
2. Si cualquiera de ellas o ambas decidiesen ejercitar sus acciones ante los órganos jurisdiccionales, deberán recurrir al Juez del lugar del domicilio del Asegurado, que será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de esta Póliza.

ARTÍCULO 21.- RIESGOS EXTRAORDINARIOS

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

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

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

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

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

Resumen de las Normas Legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos.

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

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

2. Riesgos excluidos.

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.

- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura.

- a) La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
- b) En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - 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.conorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

ARTÍCULO 22.- RIESGOS DE AVIACIÓN

La Cobertura de los Riesgos de Aviación se regirá por las siguientes condiciones:

1. Las garantías de esta Póliza en los Accidentes de Aviación **sólo serán válidas siempre que el Asegurado ocupe plaza como pasajero en las Aeronaves que se especifican en el punto 3 siguiente.**
2. **Comenzará el Riesgo de Aviación** en el momento en que el Asegurado pone pie en la escalerilla del avión, para emprender un vuelo, y termina, en el momento que pise tierra, una vez rendido el viaje.

3. La Cobertura se garantiza en los siguientes medios de transporte:

- Aeronaves debidamente autorizadas por las autoridades competentes para el transporte público de pasajeros.
- Los aparatos que sean propiedad de empresa industrial o comercial, utilizados exclusivamente para su servicio y que tengan más de un motor.

4. Quedan excluidos:

- **Todos los Asegurados que viajen formando grupo (equipos deportivos, masas corales, etc.).**
- **Los profesionales de la Aviación y/o toda persona cuando realice alguna misión a bordo (pilotos, mecánicos, radiotelegrafistas, azafatas, camareros, etc.) y en las aeronaves del Estado los militares en acto de servicio en las mismas.**
- **Personas transportadas en aeronaves de propiedad particular.**





MUTUAMADRILEÑA
Accidentes