

Artículo 1. DEFINICIONES

Mutualidad

PREVISORA GENERAL, Mutualidad DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA, CIF V-58782145, con domicilio social en Barcelona, en Calle Balmes, 28 y titular del dominio de Internet "www.previsorageneral.com".

La Mutualidad está inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, al Folio 39, Volumen 24.055, Hoja B-63.429, y su actividad está sometida al control administrativo de la autoridad gubernativa competente de conformidad con la legislación vigente.

La Mutualidad es la entidad aseguradora que asume las coberturas del riesgo objeto de este condicionado y garantiza el pago de la indemnización correspondiente.

Accidente

Todo evento acaecido durante la vigencia de esta póliza derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Asegurado

Cada una de las personas físicas sobre las que se estipula la cobertura de los riesgos o Asistencia.

Edad

Es la del cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto de la póliza. Si en la determinación de la edad existiera un error, se estará a lo dispuesto en el artículo 90 de la Ley de Contrato de Seguro.

La Mutualidad solo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad de cualquiera de los asegurados, en el momento de la entrada en vigor de aquel, excede de los límites de admisión establecidos por la Mutualidad en el cuestionario.

Enfermedad

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que sea diagnosticada por un médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad congénita

Toda enfermedad con la que nace el Asegurado, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del Asegurado.

Enfermedad preexistente

Toda enfermedad del Asegurado padecida con anterioridad a la contratación de este seguro, diagnosticada o no por un médico.

Fecha de efecto

Es la fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada para cada uno de los Asegurados. En ningún caso la cobertura entrará en vigor con anterioridad al momento en que el Tomador haya satisfecho la primera prima correspondiente a dicho Asegurado.

Tomador

Es la persona física o jurídica que contrata la cobertura del riesgo objeto de esta póliza para el asegurado. El tomador puede contratar por cuenta propia o ajena, si bien en caso de duda, se presumirá que ha contratado por cuenta propia. Si el tomador del seguro y el asegurado son personas distintas, las obligaciones y los deberes que derivan del contrato corresponden al mutualista.

Prima

El precio de la cobertura cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente póliza.

Siniestro

Todo hecho cuyas consecuencias están garantizadas por alguna de las modalidades objeto de la relación de protección.

Póliza

El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: estas Condiciones Generales y las Particulares, así como los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Artículo 2. OBJETO

La prestación de Protección de Pagos consiste en reembolsar el importe de los recibos como máximo durante 6 meses consecutivos, a aquel Tomador que entre en situación de Desempleo, si es trabajador por cuenta ajena, o en situación laboral de Incapacidad Temporal si es profesional autónomo. A partir de la renovación de la anualidad 2017 la prestación se extiende al Tomador, persona jurídica, a la que se le reconozca una situación de concurso de acreedores.

Para tener derecho a esta prestación se deben cumplir las condiciones siguientes:

- Ha de ser tomador de una póliza de seguro de salud, enfermedad (subsídios en caso de baja laboral, intervención y hospitalización), accidentes individuales o vida de Previsora General,
- Ha de ser tomador de una póliza de seguro de convenio colectivo o accidentes y vida colectivo. **Todo ello para las pólizas de nueva emisión con efecto a partir de 1 de enero de 2017 y a partir de la renovación para las pólizas emitidas con anterioridad a esta fecha.**
- Mayor de 18 años y menor de 70 años, y no ser persona incapacitada o estar tramitando expediente de invalidez ante los organismos oficiales competentes y ser residente en España.
- El tomador debe estar al corriente de pago de todos los recibos.

Artículo 3. DURACION DEL CONTRATO Y RESCISIÓN

El contrato entra en vigor en la fecha y hora señaladas en el contrato de seguro una vez firmada la póliza y satisfecho al Asegurador el pago del primer recibo de prima.

La cobertura pactada tendrá una duración de un año, entendiéndose prorrogada por periodos anuales, salvo que alguna de las partes notifique por escrito a la otra parte, la oposición a la prórroga del contrato con un mes de antelación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

A cada vencimiento de la póliza, la Mutualidad, por los cauces legales previstos, podrá modificar los condicionados a los que está sujeta la póliza.

Las modificaciones serán vinculantes para ambas partes contratantes. En cada prórroga se revisará si las pólizas de seguro y sus condiciones generales y particulares están debidamente firmadas y, si no fuera así, la Mutualidad podrá exigir la firma del contrato. Si el tomador no firma la póliza, la Mutualidad podría anular la póliza y, en su caso, devolver la prima correspondiente.

Artículo 4. CONDICIONES DE ADHESION

Las condiciones de adhesión serán las que figuran en el documento de inscripción suscrito por la Mutualidad y aceptadas por el tomador de la póliza.

Esta prestación va dirigida a todo aquel mutualista, tomador de una póliza de seguro de salud, enfermedad (subsidios en caso de baja laboral, intervención y hospitalización), accidentes individuales y vida de Previsora General, con edad mayor de 18 y menor de 70 años, y no ser persona incapacitada o estar tramitando expediente de invalidez ante los organismos oficiales competentes y ser residente en España.

Esta prestación se dará a todo aquel mutualista, tomador de una póliza de seguro de convenio colectivo o accidentes y vida colectivo, **para las pólizas de nueva emisión con efecto a partir de 1 de enero de 2017 y a partir de la renovación para las pólizas emitidas con anterioridad a esta fecha.**

Artículo 5. DE LA PRIMA DEL SEGURO

Paqo de la prima

El Tomador del seguro o el Asegurado, en su caso, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en sus correspondientes vencimientos.

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

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, o el impago de cualquiera de los fraccionamientos de la misma, la cobertura quedará suspendida a partir del transcurso de un mes después del día de su vencimiento. Si la Mutualidad no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido *ex lege*.

Si la póliza se anulase por causas ajenas a la Mutualidad, antes de terminar cualquier anualidad de seguro, el tomador del seguro o el Asegurado deberá satisfacer las fracciones de prima que falten para completar el importe de la prima anual.

Podrá convenirse el cobro de los recibos de prima mediante domiciliación bancaria, en cuyo supuesto el tomador del seguro entregará a la Mutualidad una carta dirigida al establecimiento bancario dando la orden oportuna al efecto, obligándose a notificar a la Mutualidad las modificaciones de la domiciliación. El impago derivado del incumplimiento de dicha obligación no perjudicará a la Mutualidad, estándose en cuanto a sus consecuencias a lo establecido para el impago de primas.

El asegurador, de acuerdo con sus bases técnicas, podrá actualizar anualmente la prima, en función de criterios estadísticos y financieros, estableciéndose la equivalencia actuarial para fijar la prima. Esta actualización se fundamentará en el aumento de la frecuencia de las prestaciones, la incorporación de nuevas coberturas o cualquier otro parámetro de consecuencias similares. En cualquier caso se tendrán en cuenta los principios de indivisibilidad, invariabilidad, suficiencia y equidad.

Con independencia de las mencionadas actualizaciones, la prima o cuota anual se establece en cada renovación teniendo en cuenta la edad alcanzada por el asegurado, aplicándose la tarifa de primas o cuotas que la Mutuality tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El mutualista presta conformidad expresa a las variaciones que, por este motivo, se produzcan en el importe de las primas o cuotas.

El pago de los tributos legalmente repercutibles de cualquier naturaleza, creados o por crear, que se devenguen por razón de este seguro o en relación con el mismo, serán satisfechos por el tomador o, en su caso, por el asegurado.

Artículo 6. COBERTURAS

6.1 Incapacidad Temporal

A efectos de esta cobertura, se entiende por Incapacidad Temporal la situación física reversible, originada independientemente de la voluntad del Asegurado, siendo este trabajador por cuenta propia, determinante de la total ineptitud de éste para realizar su profesión, trabajo, ocupación o actividad remuneradora habitual.

Exclusiones

- 1. Accidentes ocurridos o enfermedades contraídas o iniciadas antes de la fecha de alta en este Seguro o no estando el mismo al corriente de pago de las primas.**
- 2. Intento de suicidio**, tanto si el Asegurado estuviese o no en pleno uso de sus facultades.
- 3. Participación activa del Asegurado en acciones delictivas o como consecuencia de su resistencia a ser arrestado o detenido.**
- 4. Aviación:** Será cubierto este riesgo siempre que **el Asegurado viaje como pasajero**. En un **avión dependiente de un servicio comercial o del servicio militar de transporte aéreo de cualquier país con gobierno reconocido, que sea operado por un piloto con licencia en regla y en vuelos regulares o irregulares entre aeropuertos o aeródromos debidamente acondicionados para el tráfico de pasajeros.**
- 5. Los riesgos que sean consecuencia directa o indirecta de la reacción nuclear o contaminación radioactiva.**
- 6. Terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas o huracanes.**
- 7. Los riesgos que sean consecuencia de guerra y demás extraordinarios.**
- 8. Casos o accidentes provocados intencionadamente por el Asegurado o por tratamientos, o prescritos por un Médico, o las consecuencias de operaciones quirúrgicas o de tratamientos que no sean estrictamente necesarios para la curación de una enfermedad o accidente de los descritos en la Póliza.**
- 9. La práctica como profesional de cualquier deporte, así como, en cualquier caso, la práctica de la escalada, boxeo, polo a caballo y concursos hípicas, ascensiones a alta montaña, caza mayor, deportes subacuáticos o cualquier práctica deportiva que implique riesgos aéreos.**
- 10. Las consecuencias de participación del Asegurado en carreras, concursos, rallyes o apuestas con vehículos de motor.**
- 11. Anomalías congénitas o condiciones que surjan o resulten de las mismas.**
- 12. Cualquier accidente o enfermedad sufridos por el Asegurado por efecto del alcohol o de cualquier droga, que no hubiera sido prescrita o administrada por un médico.**
- 13. Infracciones, imprudencias o negligencias graves del Asegurado.**

14. Queda expresamente excluida **la Incapacidad derivada de enfermedades psiquiátras, mentales o desórdenes nerviosos.**
15. Queda expresamente excluida **la Incapacidad derivada de hernias o lumbagos.**
16. **Maternidad biológica, adopción y acogimiento familiar dentro del periodo de descanso legalmente establecido.**

La garantía cesará en la fecha del primer vencimiento de la póliza suscrita por el asegurado, una vez haya alcanzado la edad de 65 años.

6.2 Desempleo

La cobertura tendrá efecto una vez transcurrido el periodo de carencia, siendo objeto de dicha cobertura aquella situación en la que el Asegurado quede en situación de desempleo, siendo este trabajador por cuenta ajena con contrato indefinido de al menos 12 meses de antigüedad en la misma empresa en que cause baja, con una jornada mínima de treinta horas semanales.

Exclusiones

1. **Despido procedente.**
2. **Despido improcedente notificado al asegurado durante el periodo de carencia de la cobertura.**
3. **Desempleo por el cual no se recibe prestación del Servicio Público de Empleo Estatal (SPEE). El pago de la indemnización cesará en el momento que cese el cobro de dicha prestación.**
4. **La resolución o natural vencimiento de un contrato de trabajo a término fijo o de un contrato interino.**
5. **Jubilación anticipada, incluso si se percibe prestación del Servicio Público de Empleo Estatal (SPEE).**
6. **Dimisión o Despido voluntario.**
7. **Despido o cualquier expediente administrativo o proceso para la reducción de plantilla en la empresa para la que preste sus servicios el asegurado cuando el empresario es un pariente próximo del cliente asegurado, sea cónyuge del asegurado o pariente por consanguineidad hasta el primer grado en línea recta o en segundo grado colateral o el asegurado es socio o accionista de la compañía o miembro del comité de dirección.**
8. **Huelgas o actos ilegales.**
9. **El desempleo de personas que trabajan por cuenta propia (autónomos) así como los funcionarios.**
10. **Desempleo después de un empleo ocasional, parcial o temporal.**
11. **Los despidos comunicados al asegurado con anterioridad a la fecha de efecto del seguro, aun cuando la fecha de efectividad del despido sea posterior.**
12. **Los despidos contra los que se hayan iniciado acciones legales con anterioridad a la fecha de efecto del seguro aun cuando no exista acuerdo o resolución firme.**
13. **Los despidos consecuencia de un expediente de regulación de empleo cuya presentación a la autoridad laboral competente esté dentro del periodo de carencia o con anterioridad a la fecha de efecto del seguro.**

14. Los despidos consecuencia de un expediente de regulación de empleo cuando su existencia hubiera sido conocida por el asegurado con anterioridad a la fecha de efecto del seguro.

La garantía cesará en la fecha del primer vencimiento de la póliza suscrita por el asegurado, una vez haya alcanzado la edad de 65 años.

Disfrutarán de la cobertura de desempleo, las personas que en la fecha de siniestro cumplan los requisitos de elegibilidad de dicha cobertura.

6.3 Concurso de Acreedores

A efectos de esta cobertura, se entiende por Concurso de Acreedores al procedimiento legal que se origina cuando una persona física o jurídica deviene en una situación de insolvencia en la que no puede hacer frente a la totalidad de los pagos que adeuda.

Exclusiones

1. Si la declaración de concurso de acreedores no se ha publicado en los Boletines Oficiales (BOE, BORM) y se ha inscrito en el Registro Mercantil, de la Propiedad y de Resoluciones Concursales.

2. Que la declaración de concurso sea anterior al 1 de enero de 2017.

Artículo 7. INDEMNIZACIONES.

7.1 Incapacidad Temporal

La indemnización comprenderá un importe igual a 1/12 parte de la prima anual de la póliza de que el asegurado es tomador, por cada periodo de 30 días de probada Incapacidad. Se establece un periodo máximo de indemnización de seis meses continuos dentro del periodo de cobertura.

En el caso de Incapacidad Temporal del tomador, se establece un **importe máximo de indemnización mensual de 250€/mes**, cúmulos incluidos. Se establece un periodo de franquicia de carácter retroactivo equivalente a 30 días naturales, para que nazca el derecho a cobro de la indemnización correspondiente en aquellos casos en que el Tomador sufra Incapacidad Temporal. Una vez transcurrido este periodo de 30 días, el cliente tendrá derecho a la indemnización desde el primer día de Incapacidad Temporal. En los meses siguientes al de la primera notificación de baja temporal, y una vez transcurrido el periodo de franquicia, será necesario que el asegurado se encuentre incapacitado durante un periodo completo de treinta días para que surja el derecho al cobro. De acuerdo con ello, el tomador tendrá derecho a percibir el importe correspondiente a tantas cuotas mensuales como periodos completos de 30 días haya estado en situación de probada Incapacidad a partir de la finalización del periodo de carencia y del cumplimiento del periodo de franquicia retroactiva establecidos en las Condiciones Especiales reguladoras de la cobertura y durante los cuales no existe derecho a indemnización alguna.

Documentación requerida en caso de siniestro de Incapacidad Temporal:

- a) Copia DNI/NIE del Tomador de la póliza.
- b) Certificado médico amplio y detallado, que indique motivos y causas, con fecha de inicio y procesos de la enfermedad o accidente que hayan causado la prestación correspondiente.
- c) Parte de baja, continuidad y alta de la incapacidad temporal, bien de la Seguridad Social o bien del sistema sustitutorio al que se halle adscrito el Asegurado expedido por el facultativo perteneciente a estos organismos que realice el seguimiento, indicando expresamente en el mismo el diagnóstico correspondiente.
- d) Mensualmente, justificante bancario que acredite estar al corriente de pago del seguro.
- e) En caso de accidente: Documentos que acrediten el accidente.

7.2 Desempleo

Para esta modalidad dentro de la Cobertura de Protección de Pagos se garantiza al Beneficiario el pago de un importe igual a 1/12 parte de la prima anual de la póliza del que el asegurado es tomador, una vez transcurridos los periodos de franquicia retroactivo equivalente a 30 días naturales y 60 días de carencia. Este periodo de carencia sólo se aplicará en el primer año de vigencia de la póliza cuya fecha de alta sea posterior al 1 de enero de 2011, quedando sin efecto para todas aquellas que su fecha de alta sea anterior a la fecha mencionada.

Se establece un periodo máximo de indemnización de seis meses continuos dentro del periodo de cobertura. En el caso de Desempleo del tomador, **se establece un importe máximo de indemnización mensual de 250€/mes**, cúmulos incluidos

Junto a ello, se establece un periodo de recalificación entre siniestros de seis meses. De acuerdo con ello, debe existir, al menos, un periodo de seis meses de empleo continuado (con una jornada laboral de, al menos, treinta horas semanales) después de la finalización de un primer siniestro para poder recalificar uno nuevo.

Documentación requerida en caso de siniestro de Desempleo:

- a) Copia DNI/NIE del Tomador de la póliza.
- b) Contrato de Trabajo en vigor en el momento del despido.
- c) Notificación de despido de la empresa y/o documentación que acredite el tipo de despido.
- d) Resolución de aprobación de las prestaciones por desempleo emitido por el Servicio Público de Empleo Estatal (SPEE).
- e) Mensualmente, justificantes de Pago de la prestación de desempleo.
- f) Mensualmente, justificante bancario que acredite estar al corriente de pago del seguro.

7.3 Concurso de Acreedores

La indemnización comprenderá un importe igual a 1/12 parte de la prima anual de la póliza de que el asegurado es tomador, por cada periodo de 30 días de probada continuidad del concurso. Se establece un periodo máximo de indemnización de seis meses continuos dentro del periodo de cobertura, y un **importe máximo de indemnización mensual de 250€/mes**, cúmulos incluidos.

Documentación requerida en caso de siniestro de Concurso de Acreedores:

- a) Copia de la declaración de concurso de acreedores en Boletines Oficiales (BOE, BORM) .
- b) Inscripción de la declaración de concurso de acreedores en el Registro Mercantil, de la Propiedad y de Resoluciones Concursales.
- c) Nombramiento del administrador concursal

Artículo 8. NORMATIVA APLICABLE

El presente contrato se regirá, en general, por las normas de todo tipo vigentes en cada momento, de ámbito comunitario, estatal o autonómico.

En particular, serán de aplicación la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras, el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Real Decreto Legislativo 6/2004 que aprueba Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 2486/1998 que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Real Decreto 1430/2002 que

aprueba el Reglamento Mutualidades de Previsión Social, el Real Decreto 303/2004 que aprueba el Reglamento de los comisionados par la defensa del cliente de servicios financieros y la Orden ECO 734/2004 Departamento y Servicios de Atención y Defensor del Cliente y por la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre de desarrollo de la Ley Orgánica de Protección de Datos.

En cuanto al régimen fiscal resulta de aplicación Real Decreto Legislativo 3/2004 que aprueba la Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y el Real Decreto 1775/2004 que aprueba su Reglamento, así como en su caso, por la Ley 29/1987 del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, o, por las normas tributarias que las modifiquen o puedan sustituirlas.

El presente Condicionado, contiene las condiciones aplicables a la relación de protección entre la Mutualidad y el Asociado/Tomador, el Asegurado y, en su caso el Beneficiario. Dichas normas han de ser interpretadas y aplicadas de acuerdo con las disposiciones legales y reglamentarias de la actividad de Previsión Social

La Mutualidad ha celebrado el contrato y elaborado la póliza de acuerdo con la Solicitud del Tomador del Seguro y en base a sus respuestas al Cuestionario previo correspondiente, así como en base a las declaraciones que sobre su estado de salud formule el Asegurado en el Cuestionario o reconocimiento médico oportuno, únicos datos conocidos por la Mutualidad y de ahí la importancia de una exacta y correcta declaración.

Artículo 9. TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Esta cláusula está incluida en el Anexo adjunto según la normativa vigente.

Artículo 10. PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

El asegurado, en caso de disconformidad con la Mutualidad, o con algún Agente de ésta, podrá exponer sus quejas o reclamaciones, según proceda, ante el Servicio de Atención al Cliente o ante el Defensor del Cliente, los cuales deberán emitir la resolución correspondiente a la queja o reclamación planteada en el plazo máximo de dos meses desde su presentación.

A tal efecto la Mutualidad tiene en todas sus oficinas abiertas al público, así como en su página web, el reglamento de funcionamiento de dichos servicios, así como la dirección postal y electrónica de contacto.

Denegada la admisión de la queja o reclamación, o desestimada, total o parcialmente, su petición o transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de su presentación sin que haya sido resuelta, el interesado podrá presentarla ante la Administración supervisora de la Mutualidad.

Artículo 11. JURISDICCIÓN

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado.

Artículo 12. COMUNICACIONES

1. Todas las comunicaciones derivadas de la presente póliza deberán hacerse por escrito.
2. Las comunicaciones al Asegurador se dirigirán al domicilio de éste o a sus oficinas que aparezcan recogidas en las Condiciones Particulares.
3. Las comunicaciones al Tomador y al Asegurado se dirigirán al domicilio recogido en las Condiciones Particulares, salvo que se haya notificado su cambio de forma fehaciente.

Artículo 13. ACEPTACIÓN DE LAS CONDICIONES CONTRACTUALES

El tomador declara:

- Haber recibido los Estatutos y la Póliza de Seguro, con las condiciones generales, particulares y los suplementos que le pudieran corresponder, y haber sido adecuadamente informado sobre los mismos, aceptando íntegramente su contenido.
- Haber sido informado y aceptar expresamente las cláusulas limitativas que pudieran existir, en cumplimiento de lo establecido en el Artículo 3 de la ley 50/1980, de 8 de octubre, del contrato de seguro.
- Haber recibido toda la información requerida para la formalización de este contrato relativa a la identidad de la Mutualidad, la garantía ofrecida, la duración del contrato y condiciones para su rescisión, las condiciones relativas a la prima y a la prestación asistencial.