

CONDICIONES GENERALES

BAJA DIARIA

BAREMO

BAJA DIARIA BAREMO

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre del mismo año), por el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004 de 29 de Octubre, por las disposiciones complementarias y las reglamentarias que le sean aplicables y por lo establecido en las Condiciones Particulares, en las Especiales, en su caso, junto con sus Apéndices, suplementos o anexos.

El Estado miembro y autoridad a quienes corresponde el control de la actividad de la Entidad son España y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.

LAS CLÁUSULAS LIMITATIVAS QUE APARECEN DESTACADAS EN ESTE CONDICIONADO GENERAL (ÍNTegramENTE TRASCRTAS EN EL CONDICIONADO PARTICULAR) HAN SIDO ESPECÍFICAMENTE ACEPTADAS POR EL TOMADOR DEL SEGURO COMO PACTO ADICIONAL A LAS CONDICIONES PARTICULARES DE ESTA PÓLIZA.

ARTÍCULO PRELIMINAR - Definiciones de los elementos del contrato

Para los efectos de este contrato se entiende por:

MUTUA:

SURNE, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado en esta póliza con domicilio social en la c/ Cardenal Gardoqui, 1- Bajo, 48008 Bilbao.

TOMADOR - MUTUALISTA

La persona física o jurídica que, juntamente con la Mutua, suscribe este contrato. Le corresponden las obligaciones que del contrato se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado y/o el Beneficiario/s.

ASEGURADO

La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el seguro, que reúna las correspondientes condiciones de adhesión requeridas y que en defecto del Tomador-Mutualista asume las obligaciones derivadas del contrato.

BENEFICIARIO

La persona física o jurídica designada como titular del derecho a la indemnización. El beneficiario será el propio Asegurado, salvo pacto expreso en contrario recogido, en las Condiciones Particulares de la Póliza.

PÓLIZA

El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza:

- La solicitud de adhesión, la declaración de salud y el cuestionario de actividades.
- Las Condiciones Generales del Contrato de Seguro, que regulan los derechos y deberes de las partes.
- Las Condiciones Particulares y sus Anexos que individualizan el riesgo, recogen los datos propios o individuales que afectan a las personas que integran el contrato, así como las cláusulas que por voluntad de las partes completen o modifiquen las Condiciones Generales en los términos que sean permitidos por la Ley.

PERIODO DE CARENCIA

Periodo de tiempo contado a partir de la fecha de efecto del seguro, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza.

- 1. El periodo de carencia GENERAL excluye la baja por enfermedad y hospitalización durante los DOS MESES siguientes a contar desde la fecha de contratación de la póliza**
- 2. Para la prestación de parto el periodo de carencia para esta garantía se establece en 10 meses.**
- 3. En el caso de contratar la garantía de Invalidez Absoluta esta solo tendrá efecto a partir de la segunda anualidad del seguro.**

SINIESTRO

Es la ocurrencia de un hecho indemnizable según la naturaleza y alcance de la cobertura.

INDEMNIZACIÓN

Es el importe que deberá satisfacer la Mutua al Beneficiario en caso de siniestro, a tanto alzado o en pagos periódicos, en su caso, para cada una de las coberturas garantizadas, de acuerdo con lo previsto en las Condiciones Particulares de esta póliza.

ACCIDENTE

Lesión corporal derivada de un hecho violento, súbito, externo y ajeno a la intencionalidad del asegurado, que produzca directamente un daño corporal confirmado por un médico calificado legalmente y que incapacita permanente o transitoriamente al Asegurado para su actividad profesional.

ENFERMEDAD

Causa sobrevenida no derivada de accidente que implica una lesión corporal confirmada por un médico calificado legalmente, que haga precisa la asistencia facultativa, y que incapacita al Asegurado permanente o transitoriamente para su actividad profesional.

PRIMA

Es el precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación, en cada momento.

INVALIDEZ ABSOLUTA

Se entiende por Invalidez Absoluta la pérdida orgánica o funcional de los miembros y facultades del asegurado de carácter permanente e irreversible, cuya intensidad le incapacite para todo trabajo o actividad laboral o profesional de modo definitivo.

EDAD

La edad del Asegurado en su cumpleaños más cercano, por exceso o defecto a la fecha de efecto de la póliza

BAREMO INDEMNIZACIÓN

Relación de lesiones y enfermedades con la duración de días de incapacidad temporal, en función de la cual se indemniza al Asegurado.

Por lo tanto la indemnización es independiente de la duración real de la Incapacidad Temporal, no guarda relación con la misma y está previamente determinada.

ARTÍCULO 1º - Objeto del seguro

A cambio del pago de la prima, en los términos previstos en la presente póliza, la Mutua se obliga a otorgar las siguientes prestaciones, en caso de enfermedad o accidente:

A) BAJA DIARIA BAREMADA

La Mutua garantiza en estos casos el pago de la indemnización prevista en las Condiciones Particulares multiplicado por el número de días fijado en el BAREMO DE INDEMNIZACIÓN, en función del tipo de enfermedad o lesión padecida por el asegurado, **siempre que el siniestro sobrevenga una vez transcurrido un periodo GENERAL de carencia de DOS MESES desde la fecha de contratación de la póliza** (excepto cuando se trate de renovaciones de la póliza, que no se aplica ningún periodo de carencia).

Si la patología a indemnizar no figura expresamente en el baremo se indemnizará por analogía o semejanza con alguna de las que consten según el criterio del Equipo Médico designado por la Mutua, siempre que no se encuentre entre los riesgos excluidos de cobertura.

Si el asegurado padeciera varias dolencias al mismo tiempo o si sobreviniera una nueva a la inicialmente declarada, **las indemnizaciones serán acumulables hasta un máximo del 125% de la que tenga asignado en el baremo un número mayor de días.**

Las lesiones o enfermedades, de igual o similar causa cuya duración en el Baremo sea igual o menor a 15 días, solo podrán indemnizarse un máximo de tres veces al año y siempre que entre la última alta y la siguiente baja hayan transcurrido un mínimo de 60 días.

La indemnización diaria se fijará en las Condiciones Particulares. **En todo caso, la indemnización máxima a percibir en caso de que el Asegurado sea trabajador por cuenta ajena (i.e., cotice a la Seguridad Social por el Régimen General) será de 20 EUROS por día.**

B) AMPLIACIÓN ENFERMEDADES Y LESIONES DEL BAREMO DE DURACIÓN MAYOR A 90 DÍAS A COBERTURA MÁXIMA DE 365 DÍAS

En caso de haber sido contratada por el Tomador-Mutualista esta garantía, **y una vez transcurrido el periodo de carencia GENERAL de DOS MESES desde la fecha de contratación de la póliza**, para todas aquellas enfermedades o lesiones que tengan establecido en el baremo un periodo de indemnización superior a 90 días se ampliará dicho periodo hasta 365 días de acuerdo con las siguientes condiciones:

- Que la enfermedad o lesión impida al asegurado realizar su actividad laboral o profesional de forma TOTAL según determine el Equipo Médico designado por la Mutua. **El periodo de tiempo es absolutamente independiente de la baja que, en su caso, otorgue al Asegurado el Instituto Nacional de la Seguridad Social u organismos o entidades similares.**
- Cesará el derecho a la indemnización diaria en el momento que el asegurado pueda reanudar su actividad laboral o profesional, incluso de forma parcial aunque no haya alcanzado su total curación.

En ningún caso la indemnización por Baremo más la ampliación puede superar el máximo de 365 días.

C) PRESTACIÓN ADICIONAL POR HOSPITALIZACIÓN MÉDICA:

En caso de haber sido contratada por el Tomador-Mutualista, la Mutua abonará al beneficiario la indemnización diaria establecida en Condiciones Particulares, en el caso de que el Asegurado fuese internado en una clínica o centro hospitalario **por más de 24 horas, una vez transcurrido el periodo de carencia GENERAL de DOS MESES desde la contratación de la póliza.**

En ningún caso la prestación por hospitalización médica será superior a 60 DÍAS contados por noches de estancia en Clínica o Centro Hospitalario desde el inicio de internamiento hospitalario.

D) PRESTACIÓN POR INVALIDEZ ABSOLUTA

En caso de haber sido contratada por el Tomador-Mutualista, la Mutua abonará al beneficiario la RENTA MENSUAL establecida en Condiciones Particulares, en el caso de que el Asegurado cause una Invalidez Absoluta por enfermedad o accidente, **a partir de la segunda anualidad del contrato.**

Esta Renta Mensual será pagadera hasta que el Asegurado cumpla los 65 años, fallezca o se rehabilite.

ARTÍCULO 2º - Delimitación del riesgo: hechos excluidos del seguro

1. No se concederán indemnizaciones, por:

- A) **Las enfermedades o accidentes debidos al uso voluntario de drogas, estupefacientes o al consumo de bebidas alcohólicas y los ocasionados en estado de enajenación mental, sonambulismo o cuando concurra alcoholemia, entendiéndose por tal cuando se superen los índices legalmente permitidos para la conducción de vehículos a motor.**
- B) **Las autolesiones, causadas consciente o inconscientemente, así como el suicidio o tentativa de suicidio.**
- C) **Las lesiones o enfermedades ya existentes al contratar la póliza así como las enfermedades crónicas y congénitas y las consecuencias derivadas de las mismas, aunque sólo se manifiesten tras su vigencia, siempre y cuando no hayan sido declaradas en el momento de la contratación del seguro cuando se cumplimentó el cuestionario de salud.**
- D) **Los siniestros derivados de tratamientos terapéuticos o quirúrgicos no imprescindibles o de carácter estético, como por ejemplo, las curas de aguas, de reposo, las intervenciones de cirugía estética y secuelas derivadas de las mismas, los implantes y correcciones bucales y dentales, las intervenciones oculares para la reducción de miopía, astigmatismo, hipermetropía, así como cualesquiera otros tratamientos de naturaleza análoga a los anteriormente descritos.**

- E) Los acontecimientos que tengan la consideración legal de riesgo extraordinario o catastrófico, así como las epidemias oficialmente declaradas
- F) Los siniestros producidos como consecuencia de:
Ejercicio de un deporte para el cual el asegurado se halle inscrito en la Federación correspondiente, aún en el supuesto de que en el momento del siniestro no lo esté practicando de forma profesional y/o con carácter de competición.
- G) Las enfermedades o accidentes causados por la participación del Asegurado en duelos, desafíos, apuestas o riñas, salvo que, en este último caso, el Asegurado actúe en legítima defensa (y así sea declarado por resolución judicial firme). **Se excluyen también las lesiones ocasionadas por actos delictivos del Asegurado o que sean consecuencia de imprudencia temeraria o negligencia grave.**
- H) La baja derivada de hallarse la Asegurada en estado de gestación, parto o aborto salvo contratación expresa, o que sea consecuencia de trastornos menstruales o menopáusicos.
- I) Las neuropatías y algias que no den síntomas objetivables, así como las enfermedades psíquicas, mentales y/o psicósomáticas.
- J) Las enfermedades derivadas de la infección del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y todas sus consecuencias.
- K) Enfermedades o accidentes ocurridos durante los períodos de carencia.

2. En caso de agravación directa o indirecta de las consecuencias de un siniestro amparado en póliza, por una enfermedad o estado morboso preexistentes, la Mutua sólo responderá de los efectos reales del siniestro que habría probablemente tenido, sin la intervención agravante de tal enfermedad o estado morboso.

ARTÍCULO 3º - Declaraciones sobre el riesgo

La presente póliza se concierne sobre la base de las declaraciones del Tomador-Mutualista y/o Asegurado, formuladas y cumplimentadas en la Solicitud de Adhesión, en la Declaración de Salud y en el Cuestionario de Actividades que han determinado la aceptación del riesgo por la Mutua y el cálculo de la prima correspondiente. La Solicitud de Adhesión y la Declaración de Salud, forman parte integrante del contrato, en unión de esta póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo abarca, dentro de los límites pactados, a los capitales, a las personas y riesgos especificados en la misma.

El Tomador-Mutualista y/o el Asegurado tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Mutua, de acuerdo con el Cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Así, el Tomador-Mutualista debe cumplimentar y firmar una Declaración de Salud (Cuestionario Médico) y Cuestionario de Actividades sobre cuya base la Mutua se pronuncia y decide suscribir la Póliza. La Mutua puede solicitar, por tanto, cuando lo estime oportuno, un examen médico del Asegurado u otras informaciones complementarias y tiene derecho a excluir la totalidad o parte de los riesgos o a proponer una sobreprima por un riesgo considerado excesivamente grave.

La Mutua puede rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador-Mutualista y/o el Asegurado en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud de dicha Declaración de Salud. La Mutua puede ejercitar dicha facultad cuando la reserva o inexactitud influya directa o indirectamente en la valoración del riesgo y aun cuando las circunstancias o hechos omitidos por el Tomador-Mutualista y/o el Asegurado no sean causa directa del siniestro que, en su caso, se haya producido. Corresponderán a la Mutua las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviniere antes que la Mutua haga esta declaración, la prestación 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-Mutualista y/o el Asegurado, la Mutua quedará liberada del pago de la prestación.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador-

Mutualista del seguro y/o el Asegurado podrá reclamar a la Mutua, en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

ARTÍCULO 4º - Obligación de información durante el contrato

El Tomador-Mutualista del Seguro y/o el Asegurado tiene la obligación de comunicar durante el curso del contrato a la Mutua, tan pronto como le sea posible, todas aquellas circunstancias que agraven el riesgo contempladas en la Solicitud de Adhesión, en la Declaración de Salud o en el Cuestionario de Actividades y que, por su naturaleza, de haber sido conocidas por la Mutua en el momento de perfección del contrato, no hubieran dado lugar a su celebración o hubiera sido concluido en condiciones más gravosas. El Tomador o el asegurado no tienen la obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo:

Tienen, a título de ejemplo, la consideración de circunstancias agravatorias del riesgo:

- a) El cambio de ocupación o de actividad profesional del Asegurado, aun con carácter temporal, que implique una mayor probabilidad de que ocurra el siniestro.**
- b) La invalidez o incapacidad de tipo permanente y las enfermedades de tipo crónico sobrevenidas por hechos no amparados por esta póliza.**

Si se produce un cambio de profesión o cualquier otra circunstancia que pueda suponer una agravación del riesgo será de aplicación lo establecido en el artículo 5º.1. Si por el contrario supone una disminución de riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el artículo 6º.

ARTÍCULO 5º - Agravación del riesgo durante el contrato

1. En caso de que el Tomador-Mutualista del Seguro y/o el Asegurado comunique a la Mutua la concurrencia de una circunstancia agravatoria del riesgo, ésta podrá proponer una modificación de las condiciones del mismo en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo haya sido declarada.

En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del tomador, la Mutua puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al tomador la rescisión.

2. La Mutua podrá, igualmente, rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador-Mutualista dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.

ARTÍCULO 6º - Disminución del riesgo durante el contrato

1. El Tomador-Mutualista del seguro y/o el Asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento de la Mutua todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador-Mutualista del seguro y/o el Asegurado.
2. En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, la Mutua deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía que corresponda.
3. Si la Mutua no accediera a dicha reducción de prima, el Tomador-Mutualista del seguro podrá exigir la resolución del contrato, así como la devolución de la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

ARTÍCULO 7º - Personas excluidas del seguro

- 1. No serán asegurables las personas menores de 14 años o las personas legalmente incapacitadas.**
- 2. No serán asegurables las personas mayores de 60 años.**

ARTÍCULO 8º - Ámbito territorial

Las garantías de la póliza en cobertura de cualquiera de los riesgos incluidos, amparan los hechos acaecidos, exclusivamente, en España. Están cubiertos los siniestros ocurridos en el extranjero siempre y cuando el periodo de convalecencia se realice en España.

ARTÍCULO 9º - Revalorización automática

Se podrá pactar a solicitud del Tomador-Mutualista, haciéndose constar en las Condiciones Particulares, que las primas y las indemnizaciones garantizadas por el presente contrato serán modificadas automáticamente al vencimiento de cada período de acuerdo con el porcentaje previsto en Condiciones Particulares.

El porcentaje de aumento aplicado y los nuevos importes de los capitales garantizados, así como la nueva prima, se consignarán en el recibo de prima o mediante comunicación eficaz al Tomador-Mutualista del seguro.

No obstante, el Tomador-Mutualista del seguro podrá, dentro de las normas de las Condiciones Generales de la póliza, mantener los capitales garantizados establecidos al firmar la póliza, modificarlos, disminuyéndolos o aumentándolos previa aceptación de la Mutua, así como renunciar a la revalorización automática prescindiendo de las elevaciones previstas en este artículo, mediante carta certificada dirigida a la Mutua.

ARTÍCULO 10º - Perfección, efectos y duración del contrato

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

Las garantías de la póliza entran en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares.

2. El presente contrato tendrá la duración que se establezca en las Condiciones Particulares de la póliza, y a su vencimiento se prorrogará tácitamente por periodos no superiores a una nueva anualidad, y así sucesivamente al término de cada año. No obstante, cualquiera de las partes contratantes podrá oponerse a la prórroga, mediante notificación por escrito a la otra parte, efectuada con un plazo de, **al menos un mes de anticipación** a la conclusión del periodo del seguro **cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador y de dos meses cuando sea el asegurador**, indicando su deseo de no mantener vigente el seguro.

La prórroga tácita no es aplicable a las pólizas contratadas con una duración inferior a un año. En estos casos, el Tomador-Mutualista podrá solicitar la prórroga del mismo con antelación a su término, tomando la misma efecto en el momento en que se haya satisfecho la nueva prima. En este caso La Mutua se reserva la facultad de aceptar o no tal prórroga, la cual, de llevarse a cabo, se instrumentará mediante Suplemento o Apéndice a las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 11º - Pago de la prima

1. Periodo de tiempo para el pago de los recibos de la prima:

La prima tiene carácter indivisible aunque su pago se realice de forma fraccionada. El primer pago es exigible desde el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de prima, en caso de pago periódico, deben hacerse efectivos a sus respectivos vencimientos.

2. Domiciliación bancaria de los recibos de prima:

La prima se satisfará mediante la domiciliación bancaria de los recibos.

3. Primas sucesivas:

En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

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

Al impago de las fracciones de prima distinta de la primera se aplicará el mismo régimen que al de primas sucesivas.

ARTÍCULO 12º - Pago de las indemnizaciones

Obligación de información:

El Tomador-Mutualista del seguro y/o el Asegurado deberá comunicar por escrito a la Mutua el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de SIETE DÍAS, contados a partir de la fecha en que fue conocido.

Asimismo, en caso de que esté contratada la garantía de Ampliación Enfermedades del Baremo de Duración Mayor a 90 días a Cobertura Máxima de 365 días el Tomador-Mutualista del seguro y/o en su caso el Asegurado, deberá minorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para conservar el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Mutua, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.

Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Tomador-Mutualista del seguro y/o del Asegurado, la Mutua quedará igualmente liberada de toda prestación derivada del mismo.

A)) BAJA DIARIA BAREMADA

1. Tramitación del siniestro:

El Tomador-Mutualista del seguro y/o el Asegurado, deberán aportar en primer lugar certificación médica acreditativa de su situación, sin perjuicio de las tareas de comprobación y determinación de la situación del Asegurado que la Mutua lleve a cabo, pudiendo exigir al Asegurado ser reconocido por el Equipo Médico que designe al efecto.

Para tener derecho a la indemnización por baja diaria, es necesario cumplir los siguientes trámites:

- A) Remitir a la Mutua un certificado de baja suscrito por el médico que asista al Asegurado, consignando el nombre, apellidos, domicilio y profesión del mismo; el diagnóstico y pronóstico del proceso o, en su caso, Parte de Urgencias o Informe Médico de la primera asistencia con los datos propios de un informe clínico (Historia del accidente/enfermedad, sintomatología y datos de la exploración física, resultados de las pruebas realizadas, juicio clínico o diagnóstico, tratamiento prescrito). Estos documentos podrán ser sustituidos por un parte de siniestro establecido al efecto por la Mutua.
La Mutua podrá exigir la presentación de una copia del parte de baja emitido por el organismo oficial competente si bien no será vinculante para la Entidad.
- B) Someterse a los reconocimientos médicos que el Equipo Médico designado por la Mutua considere necesarios.

2. Devengo y pago de la indemnización:

El importe de la indemnización vendrá determinado por el Baremo de Indemnización, siempre que se den las condiciones para su devengo, sin poder sobrepasar la fecha de fallecimiento del Asegurado **o la fecha en que cumpla la edad de 65 años o sea declarado en situación de invalidez o de jubilación.**

3. Concurrencia de Siniestros:

En el supuesto de que el Asegurado, hallándose en situación de Incapacidad Temporal sufriera un nuevo siniestro amparado en póliza, deberá comunicar el incidente a la Mutua. No se considerará un único siniestro las distintas incapacidades temporales que pudiera padecer el Asegurado cuyo origen provenga de distintas causas. **No obstante, en ningún caso podrán acumularse las prestaciones debidas por**

cada siniestro, salvo lo indicado en el artículo 1º A).

Quando la nueva incapacidad laboral sea originada por la misma causa o causas directamente relacionadas con la primera, el nuevo periodo de incapacidad se considerará, a todos los efectos, continuación del anterior, y la suma de ambos plazos no puede superar el plazo máximo establecido a efectos de indemnización.

B) AMPLIACIÓN ENFERMEDADES Y LESIONES DEL BAREMO DE DURACIÓN MAYOR A 90 DÍAS A COBERTURA MÁXIMA DE 365 DÍAS

1. Tramitación del siniestro:

El Tomador-Mutualista del seguro y/o el Asegurado, deberán aportar en primer lugar certificación médica acreditativa de su situación, sin perjuicio de las tareas de comprobación y determinación de la situación del Asegurado que la Mutua lleve a cabo, pudiendo exigir al Asegurado ser reconocido por el Equipo Médico que designe al efecto.

Para tener derecho a la indemnización por baja diaria, es necesario cumplir los siguientes trámites:

- A) Remitir a la Mutua un certificado de baja suscrito por el médico que asista al Asegurado, consignando el nombre, apellidos, domicilio y profesión del mismo; el diagnóstico y pronóstico del proceso o, en su caso, Parte de Urgencias o Informe Médico de la primera asistencia con los datos propios de un informe clínico (Historia del accidente/enfermedad, sintomatología y datos de la exploración física, resultados de las pruebas realizadas, juicio clínico o diagnóstico, tratamiento prescrito). Estos documentos podrán ser sustituidos por un parte de siniestro establecido al efecto por la Mutua.
- B) Someterse a los reconocimientos médicos que el Equipo Médico designado por la Mutua considere necesarios.
- C) En caso de que esté contratada la garantía de Ampliación Enfermedades del Baremo de Duración Mayor a 90 días a Cobertura Máxima de 365 días.
 - Remitir con la periodicidad que la Mutua fije en cada caso, un parte médico que acredite la continuidad del periodo de baja o incapacidad temporal.
 - Remitir el parte médico de alta seguidamente de producirse ésta, o bien dar su conformidad al que la Mutua extienda, si aún no se hubiere formulado aquella.

2. Devengo y pago de la indemnización:

La indemnización será devengada desde el día de la baja médica, y siempre que se den las condiciones para su devengo.

El devengo continua hasta el fin del periodo de cobertura contratado sin poder sobrepasar la fecha de fallecimiento del Asegurado **o la fecha en que cumpla la edad de 65 años o sea declarado en situación de invalidez o de jubilación.**

En caso de tener contratada la **AMPLIACIÓN ENFERMEDADES DEL BAREMO DE DURACIÓN MAYOR A 90 DÍAS A COBERTURA MÁXIMA DE 365 DÍAS** cesará el derecho a devengo de la indemnización en el momento en que el Asegurado, según el criterio del Equipo Médico designado por la Mutua, pueda reanudar su actividad profesional habitual **pues la baja objeto del presente contrato es absolutamente independiente del periodo de baja que, en su caso, otorgue al Asegurado la Seguridad Social.**

El pago se realizará el día del alta correspondiente, quedando éste expresamente excluido.

3. Concurrencia de Siniestros:

En el supuesto de que el Asegurado, hallándose en situación de Incapacidad Temporal sufriera un nuevo siniestro amparado en póliza, deberá comunicar el incidente a la Mutua. No se considerará un único siniestro las distintas incapacidades temporales que pudiera padecer el Asegurado cuyo origen provenga de distintas causas. **No obstante, en ningún caso podrán acumularse las prestaciones debidas por cada siniestro.**

Cuando la nueva incapacidad laboral sea originada por la misma causa o causas directamente relacionadas con la primera, el nuevo periodo de incapacidad se considerará, a todos los efectos, continuación del anterior, y la suma de ambos plazos no puede superar el plazo máximo establecido a efectos de indemnización.

C) PRESTACIÓN ADICIONAL POR HOSPITALIZACIÓN MÉDICA:

El Tomador-Mutualista del seguro y/o el Asegurado, deberán aportar en primer lugar certificación médica acreditativa de su situación, sin perjuicio de las tareas de comprobación y determinación de la situación del Asegurado que la Mutua lleve a cabo, pudiendo exigir al Asegurado ser reconocido por el Equipo Médico que designe al efecto.

En caso de Hospitalización Medica es necesario enviar a la Mutua informe alta emitido por el centro hospitalario o clínica en el que figuren la fecha de entrada y fecha de salida, y, en su caso, la historia del accidente/enfermedad, sintomatología, datos de la exploración física, resultados de las pruebas realizadas, juicio clínico o diagnóstico, tratamiento prescrito.

D) PRESTACIÓN POR INVALIDEZ ABSOLUTA

La petición de la prestación por invalidez absoluta se formulará mediante escrito o cumplimentación del cuestionario de solicitud establecido al efecto por la Mutua por parte del interesado o de su representante legal, si no pudiera hacerlo, a la que se acompañará informe del medico o médicos que le asistan, en los que se hará constar, clara y terminantemente, el diagnóstico y pronóstico del estado patológico del paciente y la causa o causas determinantes del mismo.

El **Asegurado** deberá someterse al reconocimiento del equipo médico que la Entidad designe, el cual determinará si sufre o no las lesiones e incapacidades que dan derecho al cobro de la prestación

La Mutua, en vista del expediente, adoptará el acuerdo de ampliación de informe, de concesión o denegación, según proceda, a cuyo efecto queda totalmente facultada.

El pago de la primera mensualidad se realizará el primer día del mes siguiente a aquél en el que la Mutua haya comunicado al Tomador-Mutualista y/o Asegurado el reconocimiento de la situación de Invalidez Absoluta.

ARTÍCULO 13º - Extinción y nulidad del contrato

Si durante la vigencia del seguro se produjera el fallecimiento del asegurado, invalidez absoluta o la desaparición del interés asegurado, el contrato de seguro quedará resuelto de pleno derecho y la Mutua hará suya la parte proporcional de prima al periodo en curso.

Se considera, a todos los efectos, que el cese en toda actividad profesional por parte del Asegurado o el hecho de que pase éste a la situación legal de desempleo supone la desaparición del interés asegurado, en este caso Mutua devolverá la parte de prima no consumida.

Cuando el asegurado cumpla los 65 años de edad se extinguirán automáticamente las coberturas de la póliza.

El contrato será nulo si en el momento de su conclusión se ha producido el evento objeto de cobertura por la póliza.

ARTÍCULO 14º - PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

Instancias de reclamación:

Podrán presentarse quejas y reclamaciones por escrito contra la entidad, personalmente o mediante representación, ante el Departamento de Atención al Cliente de la Entidad o al Defensor del Cliente y del Partícipe (datos de contacto disponibles en www.surne.es) conforme al procedimiento general establecido al efecto.

En todo caso, al interesado le asiste la facultad de acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en caso de disconformidad con las decisiones con que finalicen los procedimientos de tramitación de quejas y reclamaciones, o en el supuesto de que las instancias citadas

en el párrafo anterior no hayan resuelto en el plazo de dos meses desde que se presentó la reclamación.

ARTÍCULO 15 - TRÁMITE PERICIAL

De acuerdo con el trámite pericial previsto en los artículos 38 y 39 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de discrepancias sobre las causas del siniestro o su rehúse, y la valoración de la indemnización el Mutualista puede proceder al nombramiento de un perito Médico, comunicándose por escrito a la Mutua. En esta comunicación ha de constar la aceptación de dicho perito, y se ha de requerir expresamente a la entidad para que en el plazo de ocho días, desde que reciba tal comunicación, nombre el suyo. Si la Mutua no realizase el nombramiento, se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito Médico del asegurado y quedará vinculado por el mismo.

En el caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta en la que se harán constar las causas del siniestro, la valoración de los daños, y las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización. Cuando no haya acuerdo entre los peritos, se designará un tercer perito de común acuerdo, o se instará tal designación al juez de primera instancia. Conforme al artículo 39 de la Ley de Contrato de Seguro, cada parte satisfará los honorarios de su perito y los del tercero, en el caso de que se llegue a su nombramiento, se pagarán por mitad.

ARTÍCULO 16º - COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Mutua se realizarán en el domicilio social de aquélla, señalado en la póliza. Asimismo, las comunicaciones al Tomador-Mutualista y/o Asegurado se realizarán en el domicilio de éstos recogidos en la póliza, salvo que el cambio de domicilio se hubiere notificado a la Mutua de modo fehaciente.

El Tomador-Mutualista se encuentra obligado, durante toda la duración del contrato, a la actualización permanente de sus datos e información proporcionada al contratar el seguro, así como, en su caso, de los datos e información proporcionada del beneficiario, comunicando las variaciones de dichos datos e información que pudieran producirse. De no mediar comunicación de variaciones, la Mutua entenderá que los datos e información actualizados del Tomador-Mutualista y del Asegurado son los que se proporcionaron en el momento de suscripción del seguro.

ARTÍCULO 17º - Tratamiento de datos de carácter personal

En cumplimiento de lo previsto en el Reglamento general de protección de datos de la Unión Europea ("RGPD"), a continuación le facilitamos una serie de información en relación al tratamiento de los datos personales del solicitante, tomador, asegurado y/o beneficiario facilitados a Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija durante la relación pre-contractual y/o contractual, incluidos datos de salud.

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	Svrne, Mutua de Seguros y reaseguros a prima fija (" SVRNE ")
Finalidad	<ul style="list-style-type: none">• Gestión de la relación pre-contractual y/o del contrato de seguro• Realización de acciones comerciales y remisión de comunicaciones comerciales, incluso por medios electrónicos, sobre otros productos comercializados por SVRNE, así como por cualquiera de las entidades del Grupo SVRNE.• Conservar los datos de carácter personal para el caso de que no se formalice la relación contractual, con la finalidad de gestionar futuras solicitudes que pueda realizar.
Legitimación (base jurídica)	<ul style="list-style-type: none">• Ejecución del pre-contrato y/o contrato de seguro.• Interés legítimo, para que la entidad pueda ofrecerle un servicio más completo e incrementar su grado de satisfacción.• Interés legítimo, para gestionar y satisfacer a futuro sus eventuales consultas o peticiones.
Destinatarios	<ul style="list-style-type: none">• Entidades reaseguradoras por razones de reaseguro.• Corredores de seguros.• Profesionales médicos.• Organismos públicos.• Asimismo, podrán tener acceso a sus datos como encargados del tratamiento, agentes propios (sociedades del Grupo) o terceros agentes, proveedores de servicios comerciales, servicios profesionales (i.e., gabinetes periciales, abogados externos), y de servicios informáticos, así como cualquier otro encargado cuyos

	servicios sean precisos para cualquier gestión adicional del contrato que sea necesaria, incluida la gestión de la eventual prestación que corresponda.
Transferencias internacionales	Sus datos de carácter personal no serán objeto de ninguna transferencia internacional de datos.
Categorías de datos y procedencia	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos de carácter personal objeto de tratamiento (incluidos datos de salud), serán aquellos facilitados en el marco del pre-contrato y/o contrato de seguro. • Los datos objeto de tratamiento podrán ser relativos al tomador y/o asegurado, así como a cualquier tercero persona física relacionado con el contrato de seguro (i.e., terceros asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados).
Derechos	Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, y de portabilidad conforme a lo indicado en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre el tratamiento de sus datos en http://www.surne.es/es/privacidad.htm