

Plan de Accidentes Personal Prebal
CONDICIONES GENERALES

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre, de 1.980), modificada por la ley 30/1995, de 8 de noviembre y por lo establecido en estas Condiciones Generales y en las Particulares de la Póliza, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales.

En cumplimiento de lo dispuesto en el art. 60 de la ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, la Mutualidad informa al tomador de la póliza que corresponde a la Dirección General de Seguros el control de la actividad del asegurador y que el tomador podrá reclamar ante dicho organismo, aquellas prácticas del asegurador que considere abusivas o lesionen los derechos derivados del contrato de seguro.

Preliminar.- Definiciones. A los efectos de esta póliza se entenderá por:

Asegurador: Mutualidad

Previsión Balear, Mutualidad de Previsión Social, Mutualidad emisora de esta póliza que en su condición de Asegurador y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de este contrato con arreglo a las Condiciones de la póliza.

Tomador del Seguro: Mutualista

Persona que suscribe este contrato con el Asegurador y a quien corresponden los derechos y obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellos que correspondan expresamente al asegurado y/o beneficiario.

Asegurado:

Persona física sobre cuya vida o integridad corporal se establece el seguro.

Beneficiario:

Persona a quien el Tomador del seguro, o en su caso, el asegurado, reconoce el derecho a percibir, en la cuantía que corresponda, las prestaciones derivadas de esta póliza.

Póliza:

Documento que contiene las Condiciones Generales de este contrato, las Especiales que delimitan cada garantía, las Particulares que identifican el riesgo, así como las modificaciones que se produzcan durante la vigencia del riesgo.

Primera.- Cobertura.

Dentro de los límites establecidos en póliza, la Mutualidad asume el pago a los beneficiarios de las indemnizaciones pactadas en las garantías establecidas en póliza.

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

A los efectos de la presente póliza no se considerará accidente las lesiones o dolencias derivadas de esfuerzo o sobreesfuerzo, las tendinitis no traumáticas, el infarto de miocardio y cualquier otra dolencia que no sea provocada por un accidente.

Segunda.- Personas no asegurables.

NO SON ASEGURABLES:

Para ninguna garantía: Las personas incapacitadas y las personas con más de 64 años al momento de la suscripción del contrato. Asimismo tampoco son asegurables para la garantía de muerte los menores de 14 años.

De cualquier forma el contrato finalizará al término de la anualidad en que el asegurado cumpla los 70 años de edad.

Las personas que ejercen profesiones notoriamente peligrosas, salvo pacto expreso.

Asimismo, este seguro no se podrá contratar a personas que padecen una incapacidad grave (ceguera, parálisis, etc) o enfermedades graves permanentes (apoplejía, arteriosclerosis, osteoporosis, epilepsia, enfermedades graves del cerebro, tipo nervioso o espina dorsal, etc.) Personas que poseen hábitos adquiridos, tales como alcoholismo, drogadicción u otros que puedan producir perjuicios graves a la salud.

De sobrevenir al asegurado alguna de estas circunstancias en el curso del Seguro, será de aplicación lo dispuesto en la cláusula quinta "Modificaciones en el riesgo" de estas Condiciones Generales.

Tercera.- Alcance de la cobertura.

Quedan excluidas de cobertura del seguro las consecuencias siguientes:

- a) **Los accidentes provocados intencionadamente por el asegurado.**
- b) **La muerte producida a personas de edad inferior a catorce años o incapacitadas.**
- c) **Los hechos que no tengan consideración de accidentes según lo estipulado en la condición primera de este contrato.**
- d) **Los accidentes que tengan su origen en actos de imprudencia temeraria o culpa grave del asegurado.**
- e) **Los que sufra el Asegurado o beneficiario en estado de perturbación mental, en estado de intoxicación por uso de drogas, estupefacientes o tóxicos, en estado de embriaguez o cuando de las pruebas de detección o comprobación alcohólica practicadas resultara una tasa de alcohol en sangre, humor vítreo o aire espirado superior a la permitida por la legislación viaria vigente en cada momento; en desafío, lucha o riña, excepto en caso probado de legítima defensa; como consecuencia de guerra, revolución, motín o acontecimientos similares, y por causas de terremotos u otros fenómenos de carácter catastrófico, que serán cubiertos por la cláusula especial de Riesgos Extraordinarios.**

- f) **En ningún caso están cubiertos los accidentes que se produzcan practicando encierro de reses bravas, paracaidismo, vuelo en ala delta, parapente, ultraligeros y cualquier otra actividad aérea, boxeo, kick boxing, caza mayor fuera de Europa, participando en carreras o rallies de automovilismo, motociclismo o motonáutica, espeleología, alpinismo, escalada, barranquismo, actividades subacuáticas y en general todo tipo de deportes de riesgo o de aventura. Tampoco quedan cubiertos los accidentes que se produzcan utilizando artefactos explosivos o, en general, en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional.**

Además, quedan excluidos de cobertura, salvo que expresamente se incluyan en las condiciones particulares o especiales y, en su caso, se abone la prima adicional correspondiente:

- a) **El uso y conducción de motocicletas y ciclomotores.**
- b) **La práctica como aficionado de los siguientes deportes: Rugby, balonmano, hípica, polo, ciclismo, artes marciales, deportes de invierno, navegación a vela y/o motor a más de dos millas de la costa, esquí acuático, caza mayor en Europa.**
- c) **La práctica de deporte en cualquier tipo de competición, ya sea federada o no.**

Cuarta.- Bases del contrato

Las bases fundamentales de la presente póliza, en virtud de las cuales el Asegurador decide asumir la cobertura de los riesgos, están constituidas por las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y el asegurado que a tal efecto les presente la Mutualidad, incluyendo, si procede, las declaraciones del médico reconecedor.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador puede exigir en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación alguna, se estará a lo dispuesto en la póliza.

En caso de reticencia o inexactitud en la cumplimentación del cuestionario se atenderá a lo dispuesto en la Ley de Contrato de Seguro. En particular, **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 de éste**, y siempre que no haya transcurrido un año desde la fecha de conclusión del contrato, momento a partir del cual la póliza será indisputable.

No obstante, el asegurador podrá impugnar la póliza en el indicado plazo de un mes aún habiendo transcurrido más de un año desde su contratación inicial, **en el supuesto de actuación dolosa del asegurado al efectuar la declaración, en cuyo caso el asegurador, además, quedará liberado del pago de la prestación.**

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración de rescisión del contrato, 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.

Quinta.- Modificaciones en el riesgo.

El tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, **comunicar al asegurador, en el momento en que se produzcan, todas las circunstancias que agraven el riesgo** y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. Ejemplos son un cambio de actividad u ocupación del asegurado o una enfermedad crónica sobrevinida.

El asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, **proponer una modificación del contrato**. 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, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días**, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

El asegurador igualmente podrá 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. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, 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.

Sexta.- Perfección y toma de efectos.

El contrato se perfecciona mediante la formalización por ambas partes de la póliza. **La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de la prima, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.**

Las obligaciones de la Entidad Aseguradora comenzarán a partir de las veinticuatro horas del día en que ambos requisitos hayan sido cumplimentados.

Séptima.- Duración.

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las condiciones particulares y, a su vencimiento, se prorrogará por períodos no superiores a un año. No obstante, **cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra efectuada 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 anterior a aquella en la que el asegurado cumpla 70 años.

Octava.- Pago de las primas.

La prima constituye el precio a satisfacer por la cobertura del riesgo, estando el tomador del seguro obligado al pago de la misma, en la forma prevista en las condiciones particulares.

La primera prima será exigible una vez firmado el contrato, **no comenzando la cobertura hasta tanto el primer recibo de prima no haya sido satisfecho.**

En caso de falta de pago del segundo y sucesivos recibos de primas, **la cobertura queda suspendida un mes después del día de su vencimiento y si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.**

Si el tomador paga las primas antes de que finalice dicho período de seis meses, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en el que se efectuó el pago.

Novena.- Beneficiarios.

Se entiende por beneficiario la persona física o jurídica a favor de quien se concierta la prestación, designada por el asegurado de acuerdo con lo dispuesto en la Ley de Contrato de Seguro.

De no existir designación expresa, la Mutualidad reconocerá como beneficiario a la persona o personas que se señalen en las condiciones particulares y por el orden excluyente que en ellas se indique.

Décima.- Jurisdicción.

El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del asegurado.

Undécima.- Otras obligaciones y deberes del asegurado

El asegurado y, en su caso, el beneficiario, tienen las obligaciones y deberes siguientes:

- a) Comunicar a la Mutualidad la celebración de cualquier otro seguro de accidentes que se refiera a la misma persona.
- b) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para conservar la vida del asegurado y su pronto restablecimiento. El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Mutualidad, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.

Duodécima.- Pago de la prestación.

Cuando el beneficiario cause dolosamente el siniestro, la indemnización corresponderá al asegurado o, en su caso, a los herederos de éste.

Después de la comunicación de cada siniestro, haya o no dado lugar a pago de prestación alguno, las partes podrán rescindir el contrato. La parte que tome la decisión de rescindir deberá notificársela a la otra por escrito, dentro del plazo de treinta días desde la fecha de comunicación del siniestro, si no hubiere lugar a indemnización, o desde la liquidación si hubiere lugar a ella, debiendo efectuarse la notificación con una anticipación mínima de quince días a la fecha en que la rescisión haya de surtir efecto.

Si la iniciativa de rescindir el contrato es del asegurado, quedarán a favor de la Mutualidad las primas del período en curso, y si fuere la Mutualidad, ésta deberá reintegrar al asegurado la parte de la prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la rescisión y la de expiración del período de seguro cubierto por la prima satisfecha.

Decimotercera.- Comunicaciones.

Las comunicaciones que efectúe el Tomador del seguro al agente de seguros o corredor que medie o que haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubieren realizado directamente a la Mutualidad.

Las comunicaciones hechas por un corredor a la Mutualidad en nombre del tomador surtirán los mismos efectos que si las realizara éste, salvo expresa indicación en contrario del mismo.

No obstante, las comunicaciones relativas al acaecimiento del siniestro para el devengo de la indemnización por invalidez temporal o al tratamiento del asegurado por medios asistenciales no designados expresamente por la Mutualidad, se realizarán directamente al asegurador por parte del tomador del seguro, asegurado o beneficiario, salvo que el agente mediador o corredor pueda demostrar que dicha comunicación le fue notificada en el momento indicado.

Las comunicaciones de la Mutualidad al tomador del seguro o al asegurado, se realizarán en el domicilio de éstos, recogidos en la póliza salvo que los mismos hayan notificado al asegurador el cambio de domicilio.

Decimocuarta.- Cobertura de riesgos extraordinarios.

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros de carácter extraordinario, de conformidad con lo establecido en el R.D.L. 7/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros; R.D. 300/2004, de 20 de febrero, modificado por el R.D. 1265/2006 de 8 de noviembre y la Resolución de 27 de noviembre de 2006 por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios sobre las Personas y los Bienes; Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; y disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

Acontecimientos extraordinarios cubiertos:

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

Riesgos excluidos:

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento de seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que 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 conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro riesgos extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

Extensión de la cobertura:

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

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

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

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

REGULACIÓN DE LAS GARANTÍAS

Primera.- Fallecimiento por accidente.

Si a consecuencia de accidente cubierto por el contrato fallece el asegurado, inmediatamente o en el plazo de un año a contar desde la fecha del accidente, la Mutualidad pagará a los beneficiarios la indemnización prevista en las condiciones particulares.

Segunda.- Fallecimiento en accidente de circulación: Si a consecuencia de accidente de circulación cubierto por el contrato fallece el asegurado, inmediatamente o en el plazo de un año a contar desde la fecha del accidente, la Mutualidad pagará a los beneficiarios la indemnización prevista en las condiciones particulares.

Tercera.- En caso de fallecimiento se deberán presentar los siguientes documentos:

- Diligencias previas, atestados de los cuerpos policiales o certificado del médico que haya asistido al asegurado en el que se detallarán las circunstancias y causas del fallecimiento por accidente.
- Certificado en extracto de inscripción de defunción en Registro Civil.
- Documentos que acrediten la personalidad del asegurado y de los beneficiarios
- Documento de liquidación del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

Una vez recibidos los anteriores documentos, y los que adicionalmente pudieran ser solicitados para esclarecer todas las circunstancias y antecedentes del accidente, la Mutualidad deberá pagar o consignar la prestación garantizada.

Cuarta.- Gran invalidez por accidente.

En caso de gran invalidez por accidente cubierto por la póliza se abonará al beneficiario la indemnización pactada para este supuesto en las condiciones particulares.

Se entiende por gran invalidez la que imposibilita el desarrollo normal de la vida al asegurado, en su aspecto laboral como privado, el cual necesita la ayuda de terceras personas para realizar las funciones vitales básicas.

La determinación del tipo de incapacidad correspondiente se efectuará por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, o en su caso por los Juzgados o Salas de lo Social. La Mutualidad estará al resultado de dicha declaración, sin perjuicio de su legitimación para impugnarla.

Quinta.- Incapacidad Permanente Absoluta por accidente.

En caso de incapacidad permanente absoluta por accidente cubierto por la póliza se abonará al beneficiario la indemnización pactada para este supuesto en las condiciones particulares.

Se entiende por incapacidad permanente absoluta la que imposibilita el desarrollo de cualquier tipo de profesión al asegurado.

La determinación del tipo de incapacidad correspondiente se efectuará por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, o en su caso por los Juzgados o Salas de lo Social. La Mutualidad estará al resultado de dicha declaración, sin perjuicio de su legitimación para impugnarla.

Sexta.- Invalidez Permanente según Baremo por accidente.

En caso de invalidez permanente, total o parcial, la Mutualidad pagará al beneficiario una vez determinada la invalidez según las siguientes normas:

- En el supuesto de invalidez permanente total se pagará la indemnización pactada para este supuesto. **Se entiende por invalidez permanente total la pérdida de ambos brazos o de ambas manos; de ambas piernas o de los dos pies; de un brazo y de una pierna; de una mano y de un pie. Ceguera absoluta. Parálisis completa. Enajenación mental incurable y absoluta.**
- En el supuesto de invalidez permanente parcial, **la indemnización a pagar será la resultante de aplicar sobre la indemnización pactada en las condiciones particulares los siguientes porcentajes**

Coefficiente de invalidez del 75%: Pérdida completa y definitiva de un miembro inferior. Amputación o fractura no consolidada del muslo.

Coefficiente de invalidez del 60%: Amputación o pérdida definitiva del brazo o mano derechos.

Coefficiente de invalidez del 50%: Amputación o pérdida definitiva del brazo o mano izquierdos; de toda parte inferior a la rodilla; de un pie. Fractura no consolidada de una pierna. Seudoartrosis del fémur por efecto de gran pérdida de substancia ósea. Sordera completa e incurable de ambos oídos.

Coefficiente de invalidez del 30%: Pérdida completa de la visión de un ojo, con o sin ablación del mismo. Reducción de la mitad de la visión binocular. Ablación de la mandíbula inferior. Mutilaciones extensas de ambos maxilares y de la nariz. Seudoartrosis de húmero, consecuente a gran pérdida de substancia ósea. Codo bailante o luxación irreductible del mismo. Anquilosis del codo en posición defectuosa. Fractura no consolidada de un brazo. Amputación de cuatro dedos de una mano, no siendo el pulgar. Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos. Parálisis extensa de un miembro superior. Rodilla anquilosada en defectuosa posición. Fístula gástrica o estercorácea.

Coefficiente de invalidez del 20%: Pérdida completa o luxación irreductible del hombro. Pérdida completa del movimiento de la cadera. Muñeca o garganta del pie bailante. Seudoartrosis de los huesos del antebrazo. Anquilosis del codo o de la rodilla en buena posición. Amputación total del pulgar derecho.

Coeficiente de invalidez del 15%: Amputación total del pulgar izquierdo. Amputación total de uno de los índices o de los otros tres dedos de una mano, o del dedo gordo o de los otros cuatro dedos de un pie. Acortamiento de un miembro inferior, no menos de cinco centímetros. Fractura no consolidada de la mandíbula inferior. Grandes pérdidas de substancia ósea en las paredes craneanas. Fístula o cualquier otra lesión del aparato urinario. Sordera completa y definitiva de un oído. Fístula pleural.

Coeficiente de invalidez del 5%: Amputación o pérdida completa de uno o dos dedos de una mano; o de dos o tres dedos de un pie; o de una falange del pulgar o de cuatro falanges de los dedos restantes de la mano. Pérdida completa del movimiento de la muñeca o de la garganta del pie. Seudoartrosis de uno de los huesos del antebrazo. Acortamiento menor de cinco centímetros y superior a un centímetro de cualquier de los dos miembros inferiores.

Los porcentajes a aplicar para el cálculo de la invalidez parcial permanente relativos a "derecha" e "izquierda" se invertirán en relación a brazos, manos o dedos cuando el asegurado sea zurdo.

Regirán, además, las normas complementarias siguientes:

1. La lesión medular a consecuencia de un accidente indemnizable se considera como invalidez y será clasificada por semejanza en el coeficiente de invalidez que corresponda de entre las lesiones anteriormente enumeradas.
2. La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es equivalente a la pérdida orgánica del mismo.
3. Cuando la pérdida o inutilización de un miembro u órgano de los indicados sea solamente parcial, se fijará el grado de invalidez deduciendo la tasación en igual proporción sobre el porcentaje señalado en la categoría correspondiente.
4. Cuando el asegurado resulte, por un mismo accidente, con varias pérdidas o inutilizaciones, la indemnización total se calculará por acumulación de los porcentajes establecidos para las mismas, sin que el importe conjunto exceda en ningún caso de la suma garantizada para la invalidez total.
5. **Si el asegurado presentaba defectos corporales con anterioridad al accidente, la indemnización se fijará con arreglo al grado de invalidez que habría resultado si el asegurado, antes del accidente, hubiese sido una persona normal desde el punto de vista de la integridad corporal.**
6. **La Mutualidad fijará el grado de invalidez una vez que el estado del asegurado sea reconocido como definitivo; pero esta determinación se hará siempre dentro del año a contar desde la fecha del accidente.**
7. La determinación del grado de invalidez se efectuará de conformidad con el artículo 104 de la Ley de Contrato de Seguro. **Si el asegurado no aceptase la proposición de la Mutualidad en lo referente al grado de invalidez, las partes se someterán a la decisión de peritos médicos,** conforme a los artículos 38 y 39 de la Ley citada.
8. **Si después de fijada la invalidez sobreviene la muerte del asegurado, las cantidades satisfechas por la Mutualidad se considerarán a cuenta de la indemnización pactada para el caso de muerte,** que será pagada de acuerdo con lo establecido en la condición Novena.

Sexta.- Indemnización por incapacidad temporal por accidente.

En el supuesto de incapacidad temporal del asegurado a consecuencia de un accidente cubierto por la póliza, la Mutualidad satisfará al beneficiario la indemnización diaria de incapacidad temporal pactada de acuerdo con las siguientes normas:

- a) **En las Condiciones Particulares podrá pactarse un período de franquicia, a computar desde el día de la baja, en el que no se devengará indemnización. Ésta comenzará a devengarse a partir del día siguiente al del final de dicho período. En caso de recaída dentro de los 30 días siguientes al alta médica, no será de aplicación el período de franquicia.**
- b) **Se comunicará al Asegurador, a la mayor brevedad posible, el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de siete días desde su inicio. De recibirse la Declaración de Siniestro transcurrido dicho plazo máximo, el Asegurador comenzará a devengar la indemnización desde la fecha en que haya recibido la comunicación, una vez descontada la franquicia.**
- c) El período máximo de indemnización será de 365 días a contar desde el primer día de tratamiento médico.
- d) Cuando la persona asegurada ejerza habitualmente una profesión manual, la citada indemnización será satisfecha por entero mientras la incapacidad temporal le impida dedicarse habitualmente a su trabajo.
- e) Cuando el asegurado ejerza una profesión liberal, de vigilancia y/o dirección, o no tenga una profesión determinada, **la citada indemnización diaria será satisfecha mientras la incapacidad temporal le impida abandonar su domicilio.**
- f) **Cuando el asegurado pueda abandonar su domicilio o realizar parcialmente su profesión, la indemnización será reducida a la mitad.**
- g) **El devengo de la indemnización cesará por cualquiera de las siguientes causas:**
 - Alta médica.
 - Fecha de efectos económicos de la Resolución o Sentencia de incapacidad.
 - Defunción del asegurado.
 - Negativa a someterse a los tratamientos médicos o quirúrgicos aconsejables para su curación.
 - Realización de actividades por cuenta propia o ajena.
 - Imposibilidad de practicar reconocimientos médicos o de cualquier otro tipo a causa de no haber sido encontrado el beneficiario en el domicilio que conste al Asegurador.
 - Impedimentos o negativas del asegurado a ser reconocido médicamente o a facilitar cualquier información que le solicite el Asegurador en relación al siniestro.
 - Al comienzo de la anualidad dentro de la cual el asegurado cumpla 70 años.
 - A la fecha de inicio de la jubilación del asegurado.
 - A las 0 horas del día de entrar en situación de desempleo laboral.

- h) **Cada vez que las consecuencias de un accidente sean agravadas por la acción de una enfermedad, de un estado constitucional o de una incapacidad por falta de cuidados comprobados o por un tratamiento empírico, la indemnización será calculada, no sobre las consecuencias efectivas del caso, sino sobre las que habría tenido en una persona enteramente sana sometida a un tratamiento médico racional.**

Se entenderá por invalidez temporal la imposibilidad total del asegurado para dedicarse a la profesión declarada en el contrato o actividades similares, siempre que dicha imposibilidad sea consecuencia de un accidente cubierto por el contrato.

Séptima.- Asistencia Sanitaria por accidente.

Los gastos de asistencia sanitaria y los gastos farmacéuticos en clínica que se produzcan hasta el total restablecimiento del asegurado, serán por cuenta de la Mutualidad con los límites de indemnización previstos en las condiciones particulares y de acuerdo con las siguientes normas:

- a) El período máximo de cobertura de esta prestación, será de 365 días a contar desde el primer día de atención médica.
- b) Los gastos de asistencia sanitaria serán a cargo de la Mutualidad con los límites previstos en las condiciones particulares siempre que dicha asistencia sea prestada por los facultativos designados expresamente por la Mutualidad.
- c) **Si el asegurado es atendido por médicos y clínicas de su elección, la Mutualidad reembolsará el importe de dichos gastos de asistencia sanitaria hasta 3.000 euros.** En este caso, se comunicará al asegurador la asistencia recibida por medios no expresamente designados en un plazo máximo de 7 días a contar desde el primer día de atención médica.
- d) No obstante, la Mutualidad abonará íntegramente los gastos que se deriven de la asistencia de urgencia vital, con independencia de quien los preste.
- e) **Quedan expresamente excluidos los gastos derivados de adquisición o reparación de cualquier tipo de elemento ortopédico.**
- f) **Los gastos derivados de la adquisición y reparación de elementos protésicos y endoprotésicos serán cubiertos por la Mutualidad hasta el importe máximo de 1.500 euros.**

La Mutualidad 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 está obligado, si fuera necesario, a ratificar esta subrogación y otorgar los oportunos poderes, siendo responsable de los perjuicios que con sus actos y omisiones pueda causar a la Mutualidad 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.