

Cláusula preliminar. El contrato se regirá por la legislación española, en concreto por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por las disposiciones legales que modifiquen y/o amplíen las citadas leyes o que sean de legal aplicación al presente contrato. El Estado al que corresponde el control de la actividad del Asegurador es España a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía.

LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. dispone de un Servicio de Atención al Cliente con dirección postal en 08036 BARCELONA, c/Aribau, 168-170, entresuelo 1ª, y electrónica sac@laprevisionmallorquina.com, si dispone de firma digital, para atender las quejas y reclamaciones en el plazo máximo de 2 meses derivadas de la actuación de la propia entidad o de sus agentes de seguros y operadores de banca seguros, conforme al procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de Marzo. Transcurrido dicho plazo sin haber obtenido respuesta o no esta conforme con la misma, puede dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio en 28046 MADRID, Pº de la Castellana, 44.

En todas las oficinas del Asegurador se encuentra disponible el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente.

En todo caso, el cliente puede acudir a los tribunales de justicia o a un órgano arbitral aceptado por las partes.

En este contrato se entenderá por:

Asegurador: "La Previsión Mallorquina de Seguros, S.A.". Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona Tomo 34.346, Folio 13, Hoja nº B-13.071 CIF A-08-169013 - Capital suscrito y desembolsado 2.103.750 Euros - Inscrita en la D.G.S.F.P. con clave C-0279.

Tomador: La persona física o jurídica que contrata el seguro con el Asegurador.

Asegurado: La persona física sobre la que se establece el seguro.

Beneficiario: La persona física o jurídica a quien corresponda percibir el subsidio garantizado por la presente póliza.

Póliza: Los documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales si fueran contratadas, y los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

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

OBJETO DEL SEGURO

Primera: Riesgos cubiertos: Por el presente contrato el Asegurador queda obligado a garantizar el devengo del subsidio diario consignado en Condiciones Particulares por un plazo máximo de 365 días, de acuerdo con lo regulado por las presentes Condiciones Generales, cuando el Asegurado se vea afectado por una alteración de su estado de salud, imputable a una enfermedad o accidente, que lleve consigo la interrupción TOTAL de cualquier tipo de actividad laboral o profesional de forma temporal. La cobertura del seguro también podrá contratarse exclusivamente para las alteraciones del estado de salud causadas únicamente por enfermedad, lo cual se hará constar en las Condiciones Particulares.

La definición y alcance del siniestro a los efectos del presente contrato es ajena y no sigue los mismos criterios de definición y calificación que el sistema público y, por lo tanto, la calificación de éste se define y determina exclusivamente por el contenido del presente contrato de seguro.

El seguro podrá contratarse con período de franquicia, entendiéndose por ésta el período de tiempo inicial del siniestro en que no se devengará el subsidio diario contratado. Dicho período figurará reseñado en las Condiciones Particulares, **y una vez finalizado el mismo, comenzará el devengo del subsidio diario contratado hasta el resto del plazo máximo garantizado que constituye el período de cobertura.**

REGLAS aplicables para el devengo del subsidio diario:

- En todas las enfermedades o accidentes el Asegurado deberá recibir asistencia médica facultativa y seguir de forma continuada el tratamiento médico necesario para la curación del proceso. Por ello, a los efectos del presente contrato, será causa expresa de suspensión del devengo del subsidio diario la permanencia del Asegurado en lista de espera, hasta ser sometido al tratamiento médico necesario.**
- La alteración del estado de salud debe impedir temporalmente al Asegurado, de manera clínicamente explicable, el ejercicio de toda actividad laboral o profesional de forma TOTAL. Cesará el derecho al devengo del subsidio en el momento en que el Asegurado pueda reanudar cualquier actividad profesional o laboral, INCLUSO DE FORMA PARCIAL, aun cuando no haya alcanzado su total curación.**
Asimismo, cesará el devengo de los subsidios diarios desde el momento en que se pueda diagnosticar médicamente que la enfermedad o accidente que ha motivado el siniestro padecido por el Asegurado, se ha transformado en una invalidez permanente para el ejercicio de su actividad laboral o profesional consignada en las Condiciones Particulares de la póliza.
- La suma de los días en los que se hubieran devengado los subsidios diarios por alteraciones del estado de salud del Asegurado que, por cualquier causa afecten y/o sean originadas por un mismo proceso, no podrá ser superior al plazo máximo establecido en la presente Condición General Primera.**
En el supuesto que el Asegurado no hubiera agotado el período máximo de cobertura, de un modo consecutivo o en distintos periodos con intervalos de salud, y se iniciara un nuevo siniestro por el mismo proceso o causas relacionadas, se considerará a todos los efectos prolongación del anterior. En estos casos, la suma de todos los períodos consumidos no podrá superar el plazo máximo de cobertura. No será de aplicación lo anterior si hubieran transcurrido 12 meses entre la fecha de alta del último siniestro y la fecha de baja del consecutivo.
- El subsidio diario a satisfacer por el Asegurador será de la cuantía señalada en las Condiciones Particulares, aun en el caso de que el Asegurado padeciera varias enfermedades y/o accidentes al mismo tiempo, o sobreviniera una nueva enfermedad o accidente consecuencia del curso clínico de la o las inicialmente declaradas. En este último supuesto, el Tomador, Asegurado o Beneficiario están obligados a cursar al Asegurador un informe médico dando cuenta de dicha circunstancia. Si la nueva enfermedad o accidente sobrevenido tuviera como causa un proceso distinto al o a los declarados anteriormente, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la última enfermedad o accidente.**

Segunda: Supuestos especiales con períodos de cobertura limitados sobre el plazo máximo descrito en la Condición General Primera:

Cuando la causa o causas primarias de la enfermedad o accidente padecida por el Asegurado sean:

- El embarazo padecido por la Asegurada, el plazo máximo de cobertura que garantiza el Asegurador queda LIMITADO a 45 días para una misma anualidad de contrato y mismo embarazo, deduciéndose, en su caso, los días de franquicia contratada. En cualquier supuesto, cesará el derecho al devengo de la prestación el mismo día en que se produjera el parto o cesárea de uno o varios recién nacidos, aun cuando no haya alcanzado la Asegurada su total curación. Dicha prestación tendrá un período de carencia o ausencia de cobertura de 12 meses a contar desde la fecha de inclusión de la Asegurada en la póliza, o en su caso, sobre el incremento de la suma asegurada a contar a partir de la fecha de efecto de la modificación. No será objeto de cobertura la mera situación de riesgo durante el embarazo.**
- El parto o cesárea de la Asegurada de uno o varios recién nacidos vivos, se garantiza el devengo de una indemnización única equivalente a 20 días del subsidio diario contratado. Y en el supuesto de que se manifestaran enfermedades como consecuencia del mismo, dicha prestación se incrementará en hasta 25 días más, con un período máximo de cobertura LIMITADO a 45 días para la suma de los dos conceptos. Dicha prestación tendrá un período de carencia o ausencia de cobertura de 12 meses a contar desde la fecha de inclusión de la Asegurada en la póliza, o en su caso, sobre el incremento de la suma asegurada a contar a partir de la fecha de efecto de la modificación.**

Firme aquí

- c) Las enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento que obliguen al Asegurado a permanecer de forma ininterrumpida ingresado en un área de hospitalización de psiquiatría en hospitales y/o residencias sanitarias, el plazo máximo de cobertura que garantiza el Asegurador queda LIMITADO a 90 días para una misma anualidad de contrato, deduciéndose, en su caso, los días de franquicia contratada.

RIESGOS EXCLUIDOS

Tercera: No son objeto de cobertura del presente contrato los siguientes riesgos:

- a) La prestación directa por el Asegurador de los servicios médicos, quirúrgicos y el pago de los gastos de asistencia médica y farmacéutica.
- b) Todas las alteraciones del estado de salud, crónicas o no, lesiones o defectos cuyas primeras manifestaciones fueran conocidas con anterioridad a la fecha de emisión de esta Póliza o durante el periodo de carencia pactado.
- c) Todas las alteraciones del estado de salud cuya causa sea originada por guerra civil o internacional, las derivadas de la energía atómica o nuclear salvo que sea secuela de un tratamiento médico, las epidemias oficialmente declaradas, y todos los riesgos declarados oficialmente como catastróficos.
- d) Las enfermedades o accidentes producidos en cualquier clase de deporte practicado con carácter profesional.
- e) Las enfermedades cuya causa fuese originada por la ingestión de bebidas alcohólicas o la toxicomanía y las lesiones de intento de suicidio. Las enfermedades y/o accidentes en los que se detecten en el organismo del Asegurado la presencia de drogas o estupefacientes y en aquellos en los que el Asegurado supere el grado de alcohol en sangre legalmente establecido para calificar la conducta como delictiva o cuando el asegurado sea condenado o sancionado por esta causa. Todas las alteraciones del estado de salud producidas por actos médicos o tratamientos a los que se someta voluntariamente el Asegurado y cuya causa o causas primarias no sean una enfermedad o accidente.
- f) El aborto y cualquier alteración en el estado de salud durante la interrupción temporal de la actividad laboral o profesional por razón del descanso por maternidad, a excepción de los supuestos previstos en el apartado b) de la Condición General Segunda.
- g) El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y/o enfermedades causadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). La Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica.
- h) Las enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento que no obliguen al Asegurado a permanecer de forma ininterrumpida ingresado en un área de hospitalización de psiquiatría en hospitales y/o residencias sanitarias. También quedan excluidas todas las enfermedades y/o trastornos ocasionados o desencadenados por el estrés.

Se entenderán, además, RIESGOS EXCLUIDOS, todas las reagudizaciones, secuelas, consecuencias y/o complicaciones y sus tratamientos específicos de todos los riesgos descritos en esta Condición General Tercera.

PLAZO Y DURACIÓN

Cuarta: La cobertura pactada tomará efecto con carácter inmediato, es decir, sin plazo de carencia, una vez firmada la póliza por el Tomador y satisfecha la prima inicial, excepto para los apartados a) y b) de la Condición General Segunda: Supuestos especiales, en los que existirá un periodo de carencia o ausencia de cobertura de 12 meses a contar desde la fecha de inclusión de la Asegurada en la póliza, o en su caso, sobre el incremento de la suma asegurada a contar a partir de la fecha de efecto de la modificación.

Quinta: El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y a su vencimiento se prorrogará por idénticos períodos. No obstante lo anterior, las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

En cada prórroga anual del contrato, la prima a pagar se determinará de acuerdo con las tarifas que el Asegurador tenga en vigor en la fecha de la prórroga, especialmente en lo que se refiere a la suma asegurada, la actividad profesional y al grupo de edad de riesgo que corresponda al Asegurado en ese momento.

Las tarifas de primas vigentes del Asegurador se encuentran a disposición del Tomador y/o Asegurado en la página web www.previsionmallorquina.com y en las oficinas del Asegurador.

Únicamente podrán ser objeto de seguro las personas comprendidas entre los 16 y los 65 años que realicen una actividad profesional o laboral remunerada y que estén dadas de alta en el régimen de la Seguridad Social correspondiente o Mutualidad alternativa o institución análoga que la legislación determine, e inscritas en el Censo de Empresarios, Profesionales y Retenedores correspondiente a la actividad asegurada en el supuesto de realizarla por cuenta propia.

El seguro se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de 70 años.

Asimismo el contrato también se extinguirá con carácter retroactivo en el mismo momento de ocurrencia de los siguientes casos, aún sin existir comunicación previa al Asegurador:

- a) Cuando el Asegurado cese en toda actividad laboral o profesional habitual o pase a situación de desempleo o jubilación.
- b) Desde que se pueda diagnosticar médicamente que la enfermedad o accidente que ha motivado el siniestro padecido por el Asegurado, se ha transformado en una invalidez permanente para el ejercicio de la actividad laboral o profesional consignada en las Condiciones Particulares.

En ambos supuestos, se entenderá que se ha producido la desaparición sobrevenida del interés asegurado, quedando resuelto el contrato de seguro de pleno derecho y obligado el Asegurador a extornar al Tomador la parte de prima satisfecha del periodo anual en curso que, como consecuencia de la extinción, no hubiera soportado riesgo, siempre que no hubiera acaecido en el citado periodo de cobertura un siniestro.

BASES DEL CONTRATO

Sexta: Constituyen las bases fundamentales de la presente póliza las declaraciones efectuadas por el Tomador del seguro y/o Asegurado, contenidas en la Solicitud-Cuestionario de seguro que a tal efecto le someta el Asegurador para valorar el riesgo. Queda el Tomador exonerado de tal deber de declaración si el Asegurador no le somete a Solicitud-Cuestionario de seguro alguno o cuando, aun sometiéndolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en la citada Solicitud-Cuestionario de seguro.

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Corresponderán al Asegurador, salvo que concorra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración. Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la anterior 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 liberado el Asegurador del pago de la prestación.

Séptima: A los efectos del presente contrato, el cambio en la actividad profesional o laboral del Asegurado, la forma en que la desempeña -por cuenta propia o ajena-, que figuran consignadas en las Condiciones Particulares y la baja o modificación en el Censo de Empresarios, Profesionales y Retenedores correspondiente a la actividad asegurada en el supuesto de realizarla por cuenta propia, son circunstancias que modifican el riesgo y deben ser comunicadas al Asegurador conforme los párrafos siguientes.

Firme aquí

Durante el curso del contrato, el Tomador o el Asegurado deberá declarar al Asegurador, tan pronto como le sea posible:

- a) Todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que de haberlas conocido el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador. En este caso, al finalizar el período en curso del seguro, el Asegurador deberá reducir la prima futura en la proporción correspondiente. En caso contrario, tendrá derecho el Tomador a la resolución del contrato, y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.
- b) Todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la aceptación y perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el Tomador.

En este caso, el Asegurador podrá proponer al Tomador del seguro la modificación correspondiente del contrato, en el plazo de dos meses a contar desde que la agravación le ha sido declarada. El Tomador del seguro dispone de 15 días a contar desde la recepción de esa proposición de modificación de contrato para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o 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 15 días, transcurridos los cuales y dentro de los 8 días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador también podrá optar por no aceptar la agravación del riesgo y rescindir el contrato, comunicándolo al Tomador dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación.

En el caso de que el Tomador o el Asegurado no hayan comunicado al Asegurador la agravación del riesgo y sobreviniere un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado han 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 hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Las tarifas de primas vigentes del Asegurador se encuentran a disposición del Tomador y/o Asegurado en la página web www.previsionmallorquina.com y en las oficinas del Asegurador.

Concretamente, para el supuesto que la agravación del riesgo no comunicada con carácter previo al siniestro consista en el cambio de cuenta propia a cuenta ajena de la actividad laboral o profesional realizada por el Asegurado, se aplicará la reducción proporcional de la prestación anterior teniendo en cuenta:

1º La prestación diaria resultante en ningún caso podrá superar la establecida por las tarifas vigentes del Asegurador para los trabajadores por cuenta ajena del Grupo de Riesgo al que pertenezca la actividad profesional realizada por el Asegurado.

Asimismo, la prestación diaria asegurada no podrá ser superior al 25% de la base de cotización que figure en la nómina del Asegurado correspondiente a la mensualidad dentro de la cual se produzca el siniestro.

2º Que tomando como base la citada prestación diaria resultante, se procederá a adaptar la prima convenida a la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, extornándose al Tomador del seguro, en su caso, la diferencia entre la nueva prima adaptada y la prima satisfecha.

PAGO DE LAS PRIMAS

Octava: El Tomador del seguro está obligado al pago de la prima, el cual se realizará en su domicilio salvo que en las Condiciones Particulares se acuerde otro distinto.

Novena: La primera prima, fraccionada o no, será exigible una vez firmado el contrato. Si ésta no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

Décima: En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, fraccionadas o no, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los 6 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.

En caso de siniestro, se producirá el vencimiento anticipado de las fracciones de prima y el Asegurador podrá deducir de la indemnización a su cargo las fracciones pendientes de cobro de la anualidad en curso.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pagó su prima.

Undécima: El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por éste o por sus representantes legalmente autorizados.

OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO

Duodécima: El Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado o Beneficiario, tiene las obligaciones siguientes:

- a) Comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro seguro de idéntica naturaleza que se refiera a la misma persona.
- b) En caso de siniestro, comunicar al Asegurador su acaecimiento dentro del plazo máximo de 7 días desde su producción, debiendo darle toda clase de informaciones que le requiera el Asegurador sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber por el Tomador y/o Asegurado se perderá el derecho a la indemnización, si hubiese concurrido dolo o culpa grave.
- c) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando todos los medios a su alcance para el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento por parte del Asegurado de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar al Asegurador con la prolongación del siniestro, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
- d) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio que figura en las Condiciones Particulares de la póliza.

Decimotercera: Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro, de efectuarse ésta, o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que se subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

INDEMNIZACIONES

Decimocuarta: En el supuesto de siniestro cubierto por este contrato, el Asegurador pagará la indemnización de la siguiente forma:

- a) A los efectos del devengo de los subsidios diarios, el Asegurado deberá presentar debidamente cumplimentados los siguientes documentos: Declaración de Siniestro, impreso que será facilitado a su solicitud por el Asegurador debiendo ser cumplimentado en todas sus partes, siendo indispensable que la parte relativa a la enfermedad o accidente sea extendida y firmada por el médico que asista al paciente. A falta del mencionado impreso, el aviso de siniestro podrá facilitarse al Asegurador mediante escrito en el que conste: número de póliza; nombre del Tomador; nombre, apellidos, edad y domicilio del Asegurado, debiendo unirse al citado escrito un informe del médico que asista al paciente, reseñando la enfermedad y/o accidente, sus causas, si guarda reposo absoluto domiciliario o reposo relativo, si ha padecido con anterioridad la dolencia y en qué fecha, si su dolencia le impide dedicarse a sus actividades laborales o profesionales de forma total o parcial, fecha probable de iniciación del proceso, fecha en que comenzó a prestarle asistencia, pronóstico en cuanto a la duración de la dolencia, y por último, fecha en que se emite el informe.
- b) Recibida la Declaración de Siniestro, el Asegurador podrá disponer las visitas de inspección que estime convenientes, para comprobar el estado de salud del Asegurado, siempre que no se oponga a éstas algún facultativo de los que asistan al mismo, y requerirle los informes médicos que considere necesarios para la correcta valoración del siniestro.
- c) Los subsidios diarios correspondientes se devengarán a partir del mismo día inclusive de iniciarse el siniestro, siempre que éste se comunique al Asegurador dentro del plazo máximo de 7 días desde su inicio, tal como previene el art. 16 de la Ley. **De recibirse la Declaración de Siniestro transcurrido este plazo máximo, el Asegurado comenzará a devengar los subsidios diarios desde la fecha en que el Asegurador haya recibido la citada documentación.**
- d) En procesos de larga duración, el Asegurador, una vez conocidas y valoradas todas las circunstancias del siniestro, podrá realizar liquidaciones a cuenta de la prestación económica final.

Firme aquí

Decimoquinta: Las cantidades debidas por el Asegurador en virtud de esta póliza, se harán efectivas al Beneficiario correspondiente dentro de los 8 días siguientes a la fecha en que el Asegurador haya tenido conocimiento del alta del Asegurado **a los efectos del presente contrato**, debiendo éste firmar el oportuno recibo. **No devengará subsidio diario alguno el día que cause alta el Asegurado.**

En caso de que la indemnización propuesta o satisfecha por el Asegurador no fuese aceptada por el Tomador y/o Asegurado, las partes se someterán al sistema pericial contradictorio, de acuerdo con lo previsto en los arts. 104 y 38 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

Decimosexta: El Asegurador pagará los subsidios diarios según lo previsto en las condiciones anteriores.

Si en el plazo de 3 meses desde la producción del siniestro, el Asegurador no hubiere indemnizado su importe total por causa no justificada o que le fuere imputable, la indemnización se incrementará en el porcentaje legalmente establecido.

REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA

Decimoséptima: Podrá pactarse, por mutuo acuerdo de las partes, la revalorización anual del subsidio diario y de la prima estipuladas en las Condiciones Particulares, de acuerdo con las normas siguientes:

- El subsidio diario asegurado y la prima se incrementarán automáticamente en cada vencimiento anual del contrato según el porcentaje pactado reseñado en las Condiciones Particulares.
- En caso de siniestro, el subsidio diario a satisfacer por el Asegurador será el vigente en el momento de inicio del siniestro, sin que, de prolongarse éste, y concurriendo una revalorización del mismo, deba incrementar el Asegurador el subsidio diario a partir del vencimiento de dicha revalorización.
- El Tomador del seguro y el Asegurador podrán renunciar a la revalorización en cada vencimiento anual del contrato, comunicándolo previamente a la otra parte con dos meses de antelación a dicho vencimiento.

NULIDAD DEL CONTRATO Y PÉRDIDA DE DERECHOS

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

Decimonovena: Se pierde el derecho a la indemnización cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado.

COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

Vigésima: 1. Las comunicaciones y pago de primas que efectúe el Tomador del seguro o el Asegurado al agente de seguros que haya mediado el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.

2. Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del seguro o del Asegurado, surtirán los mismos efectos que si la realizara el propio Tomador de seguro o el Asegurado, salvo indicación en contrario de éstos.

3. En el supuesto de que como consecuencia de la perfección y/o desarrollo del presente contrato sea preciso la notificación de cualesquiera circunstancias entre las partes, éstas acuerdan que dichas notificaciones se realizarán mediante envío postal o electrónico a las direcciones postales o electrónicas, incluido al número de teléfono móvil, que se relacionan en las Condiciones Particulares del presente contrato.

Si cualquiera de las partes cambiase de dirección postal o electrónica o de número de teléfono móvil durante la vigencia del presente contrato, vendrá obligada a comunicar a la otra las nuevas direcciones y/o número de teléfono móvil, asumiendo la parte que incumpla cualesquiera consecuencias jurídicas derivadas de este incumplimiento.

Vigesimoprimera: El Juez correspondiente al domicilio del asegurado será el competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato, siendo nulo cualquier pacto en contrario. A tal efecto, éste designará un domicilio en España en el caso que el suyo estuviese en el extranjero.

condiciones especiales

Con carácter opcional y complementario podrá pactarse por mutuo acuerdo de las partes la cobertura de alguno de los riesgos excluidos en las presentes Condiciones Generales o que no se hallen explícitamente contemplados en ellas. Para que dichos riesgos especiales puedan ser objeto de cobertura, deberán ser expresamente contratados mediante los correspondientes Suplementos a la póliza y satisfacer por ellos el pago de una prima adicional.

El Tomador del seguro y/o Asegurado autorizan expresamente a LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., a la inclusión en sus ficheros y tratamiento de todos sus datos de carácter personal, incluidos los de salud, para cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la relación contractual, encuestas de satisfacción, prevención del fraude en la selección de riesgo y en la gestión de siniestros, y el envío de información comercial de nuestros productos de seguro. Si no desea que utilicemos sus datos con finalidades no relacionadas con la relación contractual marque la casilla . Asimismo, autorizan expresamente que dichos datos personales puedan ser comunicados entre dicha entidad aseguradora y los profesionales que presten sus servicios a ésta con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar el futuro contrato de seguro. Dichos datos permanecerán en los ficheros del Asegurador aun en el caso de que no se formalice la póliza y estarán sujetos, mediante solicitud escrita del interesado dirigida a LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A., c/Aribau 168-170, Entf. 1ª, Barcelona, 08036, a la atención del Servicio de Atención al Cliente, a los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de acuerdo con la legislación vigente.

El Tomador del seguro declara CONOCER y ACEPTAR específicamente, una vez examinadas, las cláusulas LIMITATIVAS y/o EXCLUYENTES que figuran destacadas en las condiciones Primera, Segunda, Tercera -RIESGOS EXCLUIDOS-, Cuarta, Quinta, Séptima, Decimocuarta y Decimoquinta de las presentes Condiciones Generales de la póliza, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 3º de la Ley de Contrato de Seguro.

El Tomador del seguro declara RECIBIR un ejemplar de las presentes Condiciones Generales modelo CELI072017 de la póliza y de las Especiales de contratarse éstas, extremo que se consignará en Condiciones Particulares.

El Tomador del seguro

Firme aquí

El Asegurador

La Previsión Mallorca de Seguros, S.A.
Consejero Delegado

