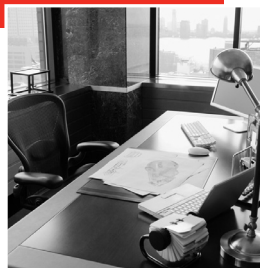


Condiciones Generales

Seguro de Indemnización



MAPFRE
Salud



MAPFRE

MAPFRE ESPAÑA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Y REASEGUROS, S.A.
DOMICILIO SOCIAL
Edificio MAPFRE.
Carretera de Pozuelo, n.º 50.
28222 MAJADAHONDA
(Madrid)

Teléf. 902 20 40 60

MAPFRE **Salud**

Seguro de Indemnización

De acuerdo con lo establecido en la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro se destacan en letra negrita las exclusiones y las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

	<u>Pág.</u>
Condiciones Generales	
Preliminar	5
Definiciones	5
Objeto y extensión del seguro	
Artículo 1º. Coberturas asegurables	7
Artículo 2º. Ámbito territorial	8
Artículo 3º. Riesgos no asegurados.....	8
Artículo 4º. Bases del Contrato	9
Artículo 5º. Comienzo del seguro	10
Artículo 6º. Duración y extinción del seguro	11
Artículo 7º. Contratación a distancia del seguro.....	11
Artículo 8º. Plazos de carencia	12
Artículo 9º. Importe de la prima, pago de la misma y efectos de su impago	12
Artículo 10º. Modificaciones en el riesgo.....	15
Artículo 11º. Extravío o destrucción de la póliza.....	16
Artículo 12º. Comunicaciones	16
Artículo 13º. Prescripción y Jurisdicción	17
Normas Comunes para todas las Garantías	
Artículo 14º. Siniestros	18
Artículo 15º. Pago de indemnizaciones	18
Condiciones Generales de cada Garantía	
A) INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL TOTAL.....	19
Artículo 16º. Objeto y extensión de la garantía	19
Artículo 17º. Periodo de franquicia	21
Artículo 18º. Bonificación por baremo de la garantía Incapacidad Temporal Total	21
Artículo 19º. Documentación.....	22
B) INDEMNIZACIÓN POR BAJA LABORAL SEGÚN BAREMO	22
Artículo 20º. Objeto y extensión de la garantía	22
Artículo 21º. Periodo de franquicia	24
Artículo 22º. Baremo de Indemnización de la garantía Baja Laboral Según Baremo..	24
Artículo 23º. Exclusiones de la garantía de Indemnización por Baja Laboral según Baremo	24
Artículo 24º. Documentación.....	24
C) INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA	25
Artículo 25º. Objeto y extensión de la garantía	25
Artículo 26º. Bonificación por ingreso en diferente provincia	26
Artículo 27º. Documentación.....	26
D) INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	26
Artículo 28º. Objeto y extensión de la garantía	26

	<u>Pág.</u>
Artículo 29°. Bonificación por ingreso en diferente provincia	27
Artículo 30°. Documentación.....	27
E) GRAN DEPENDENCIA POR ACCIDENTE.....	27
Artículo 31°. Objeto y extensión de la garantía	27
Artículo 32°. Garantías y Servicios Especiales.....	28
Artículo 33°. Protección de Pagos	28

Condiciones Generales

PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, sus Anexos y Suplementos, el Certificado Individual del Seguro, en su caso, y, salvo pacto en contrario que resulte más beneficioso para el Asegurado, por la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980, de 8 de octubre), la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (Ley 20/2015, de 14 de julio) y sus normas reglamentarias de desarrollo.

El tomador del seguro que contrata por cuenta del Asegurado acepta específicamente las cláusulas limitativas de los derechos de éste mediante la firma de las Condiciones Particulares del Seguro que se resaltan en letra "negrita" en estas Condiciones Generales.

En otro caso el Asegurado, mediante la firma del Extracto de Cláusulas Limitativas de la póliza incorporado en el Certificado Individual de Seguro, acepta específicamente las cláusulas limitativas y de exclusión que se resaltan en letra "negrita" en estas Condiciones Generales.

Definiciones

A los efectos de esta póliza se entenderá por:

- **Accidente:** La lesión corporal, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. No se considerarán como accidentes las enfermedades cardiovasculares y lesiones relacionadas con dichas afecciones.
- **Asegurado:** La persona física titular del riesgo objeto de cobertura.
- **Asegurador:** MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., entidad emisora de esta póliza, que mediante el cobro de la prima, asume la cobertura del riesgo contratado, con arreglo a las condiciones de la póliza.
MAPFRE ESPAÑA, Compañía de Seguros y Reaseguros S.A, tiene su domicilio social en España, siendo el Ministerio de Economía y Competitividad de dicho Estado, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, la autoridad encargada del control del ejercicio de su actividad.
- **Asegurado Titular:** Cada uno de los Asegurados que satisface las condiciones de adhesión al seguro y que, en defecto del Tomador del Seguro, asume las obligaciones derivadas del contrato.
- **Beneficiario:** La persona titular del derecho a percibir, en su caso, la prestación derivada de la póliza. En esta modalidad de seguro, este derecho corresponde al Asegurado.
- **Carencia:** Periodo de tiempo contado a partir de la fecha de efecto del seguro otorgado por MAPFRE ESPAÑA a cada póliza durante el cual no entra en vigor alguna de las garantías de la póliza.

Condiciones Generales

- **Derechohabitante:** Persona cuyos derechos derivan de otra.
- **Enfermedad o lesión:** Toda alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico sea efectuado por un médico legalmente autorizado para ejercer.
- No se consideran enfermedad, a efectos de cobertura, a título meramente enunciativo y no limitativo: la esterilidad, los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo, los tratamientos psicológicos, las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, los defectos o dolencias congénitas, el alcoholismo y las toxicomanías.
- **Enfermedad crónica:** Alteración de la salud de larga duración cuya curación no puede preverse o no ocurrirá nunca.
- **Enfermedad congénita:** Es aquella alteración de la salud con la que se nace, bien por ser hereditaria o por haberse contraído en el seno del útero materno.
- **Enfermedad/defecto o malformación preexistente:** Es aquella alteración de la salud que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro y que normalmente, hubiera sido percibida por signos o síntomas, independientemente de un diagnóstico médico.

- **Hospital o Centro Hospitalario:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos, intervenciones quirúrgicas, e internamiento superior a 24 horas. Estos centros pueden disponer además de unidades especiales de hospitalización y de hospital de día.

A los efectos de la póliza no se considerarán hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo o convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de enfermedades crónicas, tratamientos de drogadicción o alcoholismo e instituciones similares.

- **Hospitalización:** Supone el registro de entrada del paciente y su encamamiento en el hospital durante un mínimo de 24 horas.
- **Intervención quirúrgica:** Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un profesional sanitario autorizado, con fines terapéuticos.
- **Intervención quirúrgica de carácter urgente:** Aquella en que la demora en su realización pueda significar un peligro grave e inmediato para la vida de la persona o para su capacidad funcional.
- **Médico:** Persona que se halla legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina.
- **Póliza:** Conjunto de documentos que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, el cuestionario sobre el estado de salud, las condiciones generales, especiales y particulares que individualizan el riesgo, así como los suplementos o apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.
- **Prima:** Precio del seguro que se devengará por periodos anuales, en cuyo recibo se incluirán además los recargos e impuestos repercutibles.
- **Reagudización:** Enfermedad o lesión crónica silente que comienza a manifestarse de forma aguda y evidente mediante los síntomas propios o característicos de la misma.

Objeto y extensión del Seguro

- **Siniestro:** La ocurrencia de cualquier acontecimiento que sea objeto de indemnización por aplicación de alguna de las garantías contratadas en la póliza. Se considerará que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños, secuelas y consecuencias derivadas de un mismo hecho.
- **Sobreesfuerzo:** Lesión corporal que deriva de una contracción muscular extrema para vencer una resistencia o cumplir una función natural, pero difícil y/o laboriosa.
- **Suma asegurada:** El límite máximo de la indemnización a pagar en cada caso por el Asegurador. El importe de las sumas aseguradas para cada garantía contratada figurará en las Condiciones Particulares de la póliza.
- **Tomador del seguro:** Persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato, y al que corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se deriven, salvo los que por su naturaleza deban ser cumplidos por el Asegurado.
- **Tratamiento fisioterapéutico:** Consiste en aquellas medidas destinadas al alivio sintomático o curación de determinada patología por medio de ejercicio terapéutico, calor, frío, luz, agua, masaje y electricidad, realizado por fisioterapeutas diplomados legalmente autorizados para el ejercicio de su actividad.

Objeto y extensión del Seguro

ARTÍCULO 1º. COBERTURAS ASEGURABLES

La aseguradora se obliga a abonar las prestaciones correspondientes a cada una de las garantías del seguro cuya inclusión figure expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza, y en su caso, en el Certificado Individual del Seguro, hasta el límite indicado en las Condiciones Particulares.

Las garantías del Seguro que pueden contratarse son las siguientes:

- a) Indemnización diaria por Incapacidad Temporal Total derivada de enfermedad o accidente.
- b) Indemnización diaria por Baja Laboral según Baremo.
- c) Indemnización diaria por Hospitalización por Cualquier Causa derivada de enfermedad o accidente.
- d) Indemnización diaria por Hospitalización por Intervención Quirúrgica derivada de enfermedad o accidente.
- e) Gran Dependencia por Accidente

Por el presente contrato, el Asegurador se obliga a indemnizar al Asegurado por la pérdida económica sufrida con ocasión de un siniestro cubierto por la póliza conforme a lo estipulado en las presentes Condiciones.

Las partes acuerdan en las Condiciones Particulares el valor de dicha pérdida económica (interés asegurado) para cada una de las coberturas que se contraten en función de los ingresos anuales declarados al Asegurador.

Objeto y extensión del Seguro

Para las garantías de Indemnización por Incapacidad Temporal Total y Baja Laboral según Baremo, sólo son asegurables las personas mayores de dieciséis años y menores de sesenta y cinco años que realicen un trabajo remunerado.

Para ambas garantías de hospitalización, no son asegurables las personas mayores de sesenta y cinco años.

Esta póliza, compatible y diferente del Seguro de Asistencia Sanitaria, garantiza únicamente prestaciones en metálico a tanto alzado sin que, por tanto, tenga que guardar relación con el coste de la asistencia sanitaria que se utilice. El beneficiario podrá dar a las indemnizaciones que perciba el destino que estime más conveniente.

ARTÍCULO 2º. ÁMBITO TERRITORIAL

Las coberturas de la póliza, son de aplicación respecto de los siniestros ocurridos en cualquier lugar del mundo, siempre que el domicilio habitual de residencia del asegurado se encuentre en España excepto para las garantías de Incapacidad Temporal Total y Baja Laboral Según Baremo que únicamente amparan siniestros ocurridos en España. Si éste trasladara su domicilio fuera de España, las coberturas de la póliza se extinguirán automáticamente.

ARTÍCULO 3º. RIESGOS NO ASEGURADOS

Quedan excluidos de todas las coberturas y garantías de la póliza, además de los especificados en cada una de ellas, los siguientes supuestos:

- a) Enfermedades, defectos, y malformaciones (incluidas las congénitas) contraídas, manifestadas o conocidas por el Asegurado antes de la fecha de efecto de su alta en la póliza, así como las secuelas producidas por ellas y las enfermedades congénitas, salvo que hubieran sido aceptadas expresamente por el Asegurador en las Condiciones Particulares de la póliza.**
- b) Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza.**
- c) Las esterilizaciones para ambos sexos, la fecundación in vitro, la inseminación artificial y el estudio o tratamiento de la esterilidad.**
- d) Los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo y los tratamientos psicológicos.**
- e) La participación del Asegurado en apuestas, desafíos y riñas, salvo que en este último caso hubiese actuado en legítima defensa.**
- f) El suicidio y sus tentativas, así como la autolesión.**
- g) Los actos de guerra (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radioactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario.**

- h) Las enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos que no requieran ingreso hospitalario.
- i) El SIDA y/o enfermedades asociadas al virus HIV; el consumo por parte del Asegurado de estupefacientes no prescritos médicamente, la ingestión de bebidas alcohólicas, la toxicomanía y el alcoholismo.
- j) Las extracciones empastes, endodoncias y demás tratamientos odontológicos.
- k) La cirugía de refracción (corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.), y cirugía de la presbicia.
- l) Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarias como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- m) Epidemias oficialmente declaradas.
- n) La utilización como pasajero o tripulante de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público de viajeros.
- ñ) La práctica como profesional de cualquier deporte y la práctica como profesional o aficionado de actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses bravas y cualquier otro deporte de alto riesgo.
- o) La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda indemnización relacionada con dicha interrupción.

Estas exclusiones comprenden tanto la enfermedad, accidente o hecho que se señala, como las secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados por o a consecuencia de todo lo anterior.

ARTÍCULO 4º. BASES DEL CONTRATO

1. La presente póliza se concierta en base a las declaraciones realizadas por el Tomador del Seguro y los Asegurados, contenidas en el cuestionario que les ha sido presentado por la Compañía, todo lo cual ha determinado la valoración y aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente.

El Tomador del Seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Tomador del seguro quedará exonerado de tal deber de declaración si la Aseguradora, no le somete cuestionario alguno o cuando aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

Objeto y extensión del Seguro

2. Si el contenido de la póliza difiere de los datos reflejados en el cuestionario, en la solicitud o, en su caso, en la proposición del seguro o respecto a 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 subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.
3. Si el Tomador y/o Asegurado/s incurriera en reserva o inexactitud en sus declaraciones sobre circunstancias por él conocidas que pudieran influir en la valoración del riesgo, se producirán las siguientes consecuencias:

a) Si el Asegurador tiene conocimiento de las mismas antes de producirse el siniestro, podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro 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 concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración.

Si dicha reserva o inexactitud es imputable, exclusivamente a uno de los asegurados, la aseguradora podrá resolver el contrato para ese asegurado mediante comunicación dirigida al tomador del seguro.

b) Si el Asegurador tiene conocimiento de las reservas o inexactitudes una vez producido el siniestro 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 el Tomador o el Asegurado actuaron con dolo o culpa grave, quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

c) En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del mismo, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

ARTÍCULO 5º. COMIENZO DEL SEGURO

1. El seguro entrará en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre que salvo pacto en contrario, el Asegurador haya cobrado el primer recibo de prima.
2. Las coberturas de la póliza tomarán efecto simultáneamente a la entrada en vigor del seguro, con la excepción de los riesgos contemplados en el artículo 8º para los que se establecen los plazos de carencia que expresamente se indiquen.
3. Será nulo el contrato si en el momento de su conclusión no existe el riesgo o ha ocurrido el siniestro.

ARTÍCULO 6º. DURACIÓN Y EXTINCIÓN DEL SEGURO

1. La duración del seguro se extiende inicialmente hasta el 31 de diciembre del año en que se ha contratado, teniendo carácter prorrogable por años naturales. Su renovación se producirá automáticamente al inicio de cada año natural, salvo que:
 - a) Alguna de las partes se oponga a la prórroga, mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos un mes de antelación a la conclusión del periodo en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.
 - b) El Tomador del Seguro se oponga a la prórroga en la forma prevista en estas Condiciones Generales.
2. **En cualquier caso, el seguro se extinguirá, cesando automáticamente sus coberturas:**
 - a) **Al finalizar la anualidad en la que el Asegurado cumpla los 65 años de edad.**
 - b) **Cuando el Asegurado traslade su domicilio fuera de España.**

Respecto a las garantías de Indemnización por Incapacidad Temporal Total y Baja Laboral Según Baremo, además de los casos indicados, cesarán también automáticamente sus coberturas cuando en el Asegurado concorra alguna de las siguientes circunstancias incompatibles con las mismas:

- c) **Cese su actividad laboral o profesional.**
- d) **Perciba una pensión de jubilación o invalidez.**
- e) **Perciba una prestación o subsidio por desempleo.**

La extinción del contrato surtirá efectos desde la fecha en la que se haya producido el hecho que de lugar a la misma.

El Asegurado deberá comunicar inmediatamente al Asegurador la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias expresadas, salvo la relativa a la edad, al objeto de proceder al extorno de la prima que, en su caso, corresponda efectuar.

En el supuesto de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hayan efectuado dicha comunicación y sobreviniera un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

ARTÍCULO 7º. CONTRATACIÓN A DISTANCIA DEL SEGURO

En caso de contratación a distancia, se aplicará lo dispuesto en este artículo. Se considera que existe contratación de un seguro a distancia cuando para su negociación y celebración se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros similares.

En caso de contratación a distancia, el seguro entrará en vigor a las 0 horas del día siguiente a aquel en que el tomador haya prestado su consentimiento, salvo que, por

Objeto y extensión del Seguro

acuerdo expreso se concierte otra fecha. En todo caso, la fecha de efecto quedará reflejada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Sin perjuicio de lo indicado en los párrafos anteriores, el contrato y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito. El Asegurador está obligado a entregar al tomador del seguro la póliza. El tomador deberá devolver al Asegurador un ejemplar firmado por él de las Condiciones Particulares de la póliza, así como la documentación acreditativa de las circunstancias que configuren el riesgo.

El tomador, cuando sea consumidor, esto es, persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, dispondrá de un plazo de 14 días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro.

Dicho plazo se contará desde el día de la celebración del contrato o desde la fecha en que el Asegurador entregue la póliza.

El tomador habrá de comunicarlo al Asegurador por un procedimiento que permita dejar constancia de la notificación de cualquier modo admitido en Derecho y estará obligado a pagar la prima correspondiente hasta el momento del desistimiento. En caso de que la prima hubiera sido cobrada, el Asegurador reembolsará al tomador, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, dicho importe, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia hasta el momento del desistimiento.

ARTÍCULO 8º. PLAZOS DE CARENIA

Las coberturas de la póliza tomarán efecto, transcurridos los siguientes plazos de carencia:

- a) En caso de enfermedad que requiera intervención quirúrgica, tres meses desde la fecha de efecto de la póliza, salvo Intervención quirúrgica de carácter urgente.**
- b) Para las restantes enfermedades, seis meses desde la fecha de efecto de la póliza.**
- c) Para el riesgo de parto deben haber transcurrido 8 meses desde la fecha de efecto del alta en la póliza de la Asegurada.**

En los supuestos en que la causa determinante sea un accidente no se aplicará periodo de carencia alguno.

ARTÍCULO 9º. IMPORTE DE LA PRIMA, PAGO DE LA MISMA Y EFECTOS DE SU IMPAGO

A) NORMAS GENERALES

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la prima de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la póliza y, en su caso, el Certificado individual del Seguro.

El pago de las primas será exigible en el domicilio del Tomador del Seguro o en el pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

La prima es indivisible y se debe y corresponde al Asegurador por entero durante todo el período de duración del contrato pactado, aun en el caso de que se haya acordado el fraccionamiento del pago. En caso de extinción del contrato antes de la fecha de vencimiento pactada, o de cualquiera de sus prórrogas, el Asegurador no está obligado a reintegrar al Tomador cantidad alguna correspondiente a la prima que haya sido satisfecha íntegramente, salvo en los supuestos legalmente previstos.

B) PRIMA INICIAL

1. La prima inicial es la que se fija en las Condiciones Particulares, y, en su caso, el Certificado individual del Seguro y corresponde al periodo inicial de cobertura señalado en las mismas.
2. Si por culpa del Tomador del Seguro la prima no ha sido pagada una vez firmado el contrato o la prima no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva.
3. **Salvo pacto expreso en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.**

C) PRIMAS SUCESIVAS

1. **Para el caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los períodos sucesivos será la que resulte de aplicar las tarifas de prima que tenga establecidas el Asegurador en cada momento, fundadas en criterios técnico-actuariales teniendo en cuenta, además, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido conforme a lo previsto en estas Condiciones Generales, las edades de los Asegurados y el historial de siniestralidad registrado en los períodos de seguro precedentes.**
2. El Asegurador, al menos dos meses antes del vencimiento del contrato, comunicará al Tomador del seguro el importe de la prima para el nuevo período de cobertura, mediante envío del oportuno aviso de cobro del recibo correspondiente en el domicilio declarado a tal fin o, en su defecto, en el domicilio habitual del Tomador, conforme a lo establecido en el artículo 12 de estas Condiciones Generales para las comunicaciones.
3. **La falta de pago de una de las primas sucesivas dará lugar a que la cobertura quede suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, el Asegurador podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el periodo en curso.**

No serán indemnizables los siniestros que se produzcan cuando las coberturas se encuentren suspendidas.

4. Si el Asegurador no reclamara el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

Objeto y extensión del Seguro

D) PAGO A TRAVES DE ENTIDAD BANCARIA

Si se pacta como forma de pago la domiciliación bancaria de los recibos de prima, el tomador del seguro entregará a la Aseguradora carta dirigida a la entidad bancaria, que designe, dando la orden correspondiente, y serán de aplicación, además de las contenidas en este capítulo, las normas siguientes:

1. PRIMERA PRIMA

La prima se entenderá satisfecha desde el día de efecto de la póliza, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicho efecto, la entidad bancaria designada devolviera el recibo impagado. En tal caso, la Aseguradora notificará por escrito al tomador del seguro el impago producido indicándole que tiene el recibo en el domicilio de la Aseguradora durante 15 días para su pago. **Transcurrido este plazo sin que la prima hubiera sido satisfecha, el contrato quedará resuelto.**

2. PRIMAS SUCESIVAS

Si la entidad bancaria devolviera el recibo impagado, la Aseguradora notificará el impago al tomador del seguro indicándole que tiene el recibo en el domicilio de ésta para su pago. **El seguro quedará en suspenso si no se realiza el pago dentro del mes siguiente al día del vencimiento del seguro.**

No se indemnizarán los siniestros que se produzcan cuando la cobertura del seguro esté suspendida.

E) PAGO DURANTE LA SUSPENSION DEL SEGURO

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los artículos anteriores, la cobertura volverá a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador del seguro pague la prima.

F) FRACCIONAMIENTO DEL PAGO

1. Podrá pactarse el fraccionamiento del pago de la prima anual, en los plazos y de acuerdo con las estipulaciones que se establezcan en las Condiciones Particulares del contrato y, en su caso, en el Certificado Individual del Seguro.
2. Si el Tomador del Seguro no pagase uno de los recibos en que se hubiese fraccionado el pago de la prima, la Compañía puede exigir al Tomador el pago de todos los recibos pendientes de vencimiento, pago que habrá de hacerse efectivo en el plazo máximo de los treinta días siguientes a aquél en el que el Tomador recibió la notificación de la Compañía por medios fehacientes; de no producirse el pago, el seguro quedará en suspenso un mes después del día del vencimiento de la primera fracción de prima impagada.
3. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado precedente y en tanto no se haya producido la suspensión de la cobertura, **en caso de siniestro, la Compañía podrá deducir en la indemnización el importe de las fracciones de primas vencidas y no satisfechas por el Tomador del Seguro.**

G) JUSTIFICACION DEL PAGO

La aseguradora queda obligada por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados, así como por los justificantes emitidos por la entidad bancaria en que haya domiciliado el pago el tomador del seguro.

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al Agente o en su caso al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador salvo que, a cambio, el Agente o en su caso el Corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima emitido por el Asegurador.

ARTÍCULO 10º MODIFICACIONES EN EL RIESGO

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberá durante el curso del contrato comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, 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.
2. La agravación del riesgo podrá ser aceptada o no por el Asegurador y se le aplicarán las normas siguientes:
 - a) En caso de aceptación, el Asegurador propondrá al Tomador del Seguro la modificación correspondiente del contrato, en el plazo de dos meses a contar desde el momento en que la agravación le haya sido declarada.

El Tomador del Seguro dispone de quince días desde la recepción de esa proposición 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 quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.
 - b) Si el Asegurador no acepta la modificación del riesgo, podrá rescindir el contrato, comunicándolo al Tomador del Seguro dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación, surtiendo efecto la extinción del contrato desde la fecha en la que se haya producido dicha modificación.
3. **En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniera 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 hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.**
4. Durante el curso del contrato, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por aquél en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía correspondiente, teniendo derecho el

Objeto y extensión del Seguro

Tomador del Seguro, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

5. **A los efectos del presente contrato, se consideran modificaciones del riesgo que deben comunicarse inmediatamente al Asegurador, las siguientes:**
1. **Modificación del puesto de trabajo, de la actividad laboral, del centro de trabajo, así como el cambio de domicilio laboral declarados al contratar el seguro.**
 2. **Disminución notable o desaparición de los ingresos declarados al Asegurador que fueron considerados para acordar el valor de la pérdida económica sufrida por el Asegurado y, en consecuencia, del cálculo de la indemnización.**
 3. **Cambio o modificación del régimen de cotización a la Seguridad Social declarado.**
 4. **Práctica habitual de deportes no declarados al contratar la póliza.**
 5. **La celebración de cualquier otro seguro sobre el mismo riesgo.**

ARTÍCULO 11º. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío de la póliza, el Asegurador, a petición del Tomador del Seguro, o en su defecto, del Beneficiario, tendrá la obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original. La petición se hará por escrito en el que se expliquen las circunstancias del caso, comprometiéndose el solicitante a devolver la póliza original si apareciese.

ARTÍCULO 12º. COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario sólo se considerarán válidas si han sido dirigidas por escrito a la Aseguradora.

En caso de contratación a distancia, cuando el contrato se haya perfeccionado por el consentimiento de las partes manifestado de forma verbal, las comunicaciones relativas a las declaraciones de los factores de riesgo y demás datos necesarios para la suscripción y emisión de la póliza o sus suplementos se harán verbalmente.

Las partes se autorizan mutuamente a grabar las conversaciones telefónicas que se mantengan a tales efectos.

2. Todas las comunicaciones entre el Tomador, Asegurado o Beneficiario y la Aseguradora que puedan efectuarse por razón de esta Póliza, podrán realizarse y serán válidas, además de por carta, por cualquier otro medio escrito, incluido correo electrónico, SMS, o fax, en la dirección que tanto la Aseguradora como el Tomador hubieran facilitado, ya sea al contratar la Póliza o en un momento posterior, debiendo el Tomador comunicar a la Aseguradora, tan pronto como sea posible, cualquier cambio del domicilio, teléfono, fax o dirección de correo electrónico facilitado.
3. Las comunicaciones efectuadas a la Aseguradora por un corredor de seguros, en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizase éste, salvo expresa indicación en contrario por su parte.

ARTÍCULO 13º. PRESCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN

PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en el término de 5 años. El plazo de prescripción comenzará a contar desde la fecha en que las acciones puedan ejercitarse.

RECLAMACIONES Y JURISDICCIÓN

1. 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, a cuyo efecto éste designará uno en España si estuviese domiciliado en el extranjero.
2. Conforme a la normativa establecida para la protección de los usuarios de los servicios financieros, en el caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato de seguro, el Tomador del seguro, el Asegurado, los Beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes, podrán formular reclamación mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por carta (Apartado de correos 281-28220 Majadahonda, Madrid) o por correo electrónico (reclamaciones@mapfre.com), de conformidad con el Reglamento para la solución de conflictos entre las sociedades del Grupo MAPFRE y los usuarios de sus servicios financieros, que puede consultarse en la página web “mapfre.es”, y a las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato.
3. Asimismo, podrán formular reclamaciones y quejas los clientes de la Aseguradora, así como sus derechohabientes, en relación con la actuación de sus agentes de seguros y operadores de bancaseguros, de conformidad con el Reglamento y el procedimiento antes citados.
4. La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica y en el teléfono 900 205 009.
5. Desestimada dicha reclamación o transcurrido el plazo de dos meses a contar desde la fecha en que el reclamante la haya presentado, podrá éste formular reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana 44, 28046, Madrid; correo electrónico: reclamaciones.seguros@mineco.es, Oficina virtual: oficinavirtual.dgsfp@mineco.es)
6. Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de mediadores o árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

Normas Comunes para todas las Garantías

ARTÍCULO 14º SINIESTROS

Obligaciones del Asegurado en caso de siniestro:

1. **Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.**
2. **Comunicar el acaecimiento del siniestro al Asegurador dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido y presentar la documentación que se especifica en las Condiciones Generales de cada garantía.**
3. **Permitir y facilitar al Asegurador todos aquellos actos de comprobación, seguimiento y control respecto de los siniestros declarados, que precise realizar para determinar la procedencia o no del pago de la prestación solicitada.**

El Asegurado deberá autorizar, someterse y colaborar en cuantos exámenes, reconocimientos o pruebas médicas considere necesarias efectuar el Asegurador.

Los datos derivados de estas actuaciones serán absolutamente confidenciales y utilizados exclusivamente para la finalidad para la que fueron recabados.

La negativa infundada del Asegurado, o el incumplimiento de estos deberes, se entenderá como renuncia a la prestación que pudiera corresponderle, quedando el Asegurador liberado del pago de la prestación.

ARTÍCULO 15º PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. **Una vez obtenida el ALTA por el Asegurado, para aquellas garantías que así lo precisen, y recibida de conformidad por el Asegurador la documentación requerida que se especifica en las presentes Condiciones, el Asegurador abonará al Asegurado la indemnización que corresponda.**

No obstante, el Asegurador, previa presentación de la documentación solicitada, y a petición del Asegurado, podrá realizar liquidaciones parciales anticipadas, por periodos no inferiores a un mes y siempre que la duración prevista de la incapacidad sea superior a cuarenta días.

2. **El cálculo de la indemnización que corresponda se realizará tomando como base la cuantía asegurada a la fecha en que se haya iniciado la incapacidad u hospitalización del Asegurado. No se tomarán en consideración para el cálculo las revalorizaciones anuales de las sumas aseguradas o mejora de coberturas que se produzcan con posterioridad a dicha fecha.**

El importe máximo de indemnización diaria que abonará el Asegurador será el señalado en las Condiciones Particulares, aun en el caso de que el Asegurado sufriera varias enfermedades simultáneas y durante el periodo máximo establecido en las mismas, menos los días de franquicia en su caso convenidos. En caso

Condiciones Generales de cada Garantía

de que se hayan convenido días de franquicia éstas se deducirán con carácter previo a determinar las cuantías indemnizatorias.

3. Las indemnizaciones serán abonadas mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente indicada por el Asegurado, o en la oficina de MAPFRE donde se haya tramitado el siniestro, previa firma del documento acreditativo de la liquidación practicada por la Compañía, sin perjuicio de las reservas que el Asegurado pudiera realizar a la misma.
4. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiese cumplido su prestación por causa no justificada o que le fuese imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50%. Una vez transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual a partir de ese día no podrá ser inferior al 20%.

Condiciones Generales de cada Garantía

A) INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL TOTAL

ARTÍCULO 16º. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Si se contrata esta garantía, lo cual se hará constar expresamente en las Condiciones Particulares, el Asegurador se obliga al pago de la indemnización diaria indicada en dichas Condiciones, en la forma y términos que a continuación se detallan, si durante la vigencia de la garantía el Asegurado sufre una incapacidad temporal total.

A los efectos de esta garantía, se entenderá por INCAPACIDAD TEMPORAL TOTAL el periodo durante el cual el Asegurado se encuentra totalmente incapacitado para realizar su actividad profesional como consecuencia de una enfermedad o accidente cubiertos por la póliza que, por prescripción de un médico y bajo continua asistencia médica, le exija permanecer ingresado en un hospital o guardar reposo en su domicilio, salvo que la ausencia de éste último sea por motivos directamente relacionados con el tratamiento médico a que esté sometido.

Esta garantía tiene por objeto cubrir la pérdida económica que para el Asegurado supone no poder ejercer su trabajo, por lo que si el Asegurado continuara ejerciendo su trabajo, aunque fuera parcialmente, no se devengará indemnización alguna. La presente garantía es independiente de la baja de la Seguridad Social, así como de cualquier incapacidad temporal reconocida por Mutuas u otras entidades, por lo que el periodo de incapacidad indemnizable no tiene porqué coincidir con el reconocido por aquellas, pudiendo incluso finalizar sin que el Asegurado haya recibido el alta de cualesquiera otras entidades.

A los solos efectos del seguro, los Servicios Médicos Colaboradores del Asegurador comprobarán la veracidad de la lesión alegada, así como el efectivo estado de incapacidad temporal total en relación con las actividades profesionales, laborales o

Condiciones Generales de cada Garantía

empresariales declaradas, y otorgarán el alta al Asegurado cuando, como consecuencia de las exploraciones físicas realizadas y/o a la vista de la documentación médica aportada, así lo consideren conveniente.

1. Devengo de la indemnización:

La indemnización se devengará:

- a) Con carácter general, a partir del día siguiente al que finalice el periodo de franquicia establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, y durante el tiempo que el Asegurado permanezca totalmente incapacitado conforme ha quedado expuesto anteriormente, salvo los supuestos especiales que más adelante se indican.
- b) En caso de que el Asegurado precise para su curación una intervención quirúrgica, la indemnización se devengará a partir de la fecha en que el Asegurado sea ingresado en el hospital para llevar a cabo dicha intervención quirúrgica, no aplicándose el periodo de franquicia establecido en las Condiciones Particulares de la póliza.

2. Finalización del devengo de la indemnización:

El devengo de la indemnización finalizará:

1. Cuando el Asegurado pueda reanudar sus actividades laborales, aún cuando no tenga una total recuperación, con independencia de que haya o no recibido el alta de la Seguridad Social, así como de cualesquiera otras Mutuas o entidades.
2. Si se trata de un enfermo traumatizado o politraumatizado, 15 días después de la fecha en la que hayan sido retiradas las férulas, yesos u otros medios de fijación externa.
3. Cuando se agote el periodo máximo por el que se puede devengar la indemnización.
4. Cuando se produzca cualquiera de los hechos señalados en el artículo 6º, los cuales conllevan la extinción de la garantía.
5. Cuando el Asegurado incumpla las obligaciones estipuladas en las presentes Condiciones Generales.

3. Periodo máximo indemnizable:

El periodo máximo indemnizable será el establecido en las condiciones particulares, menos los días de franquicia convenidos, computados desde la fecha de la baja, o desde la fecha del ingreso hospitalario en caso de que el Asegurado requiera intervención quirúrgica para su curación.

En caso de haberse abonado alguna indemnización por la presente garantía, si el asegurado sufriera una nueva incapacidad temporal por la misma causa o por causas directamente relacionadas con la anterior, el nuevo periodo de incapacidad se considerará, a todos los efectos, continuación del anterior, y la suma de ambos pla-

Condiciones Generales de cada Garantía

zos no podrá superar los máximos establecidos a efectos de indemnización (periodo indemnizable, menos los días de franquicia. No se aplicará esta cláusula si entre un periodo de incapacidad y otro han transcurrido doce meses consecutivos, durante los cuales el Asegurado realizara o hubiera podido realizar su trabajo o profesión habitual.

4.- Supuestos especiales:

En caso de que el Asegurado sufra una incapacidad por alguna de las causas que se indican a continuación, el periodo máximo indemnizable por siniestro, Asegurado y anualidad, será el que se detalla:

- Enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos que conlleven ingreso hospitalario: máximo 20 días.
- Lesiones por sobreesfuerzo producidas o manifestadas dentro de los plazos de carencia estipulados: máximo 30 días.

ARTÍCULO 17º. PERIODO DE FRANQUICIA

A los efectos de esta garantía, se entenderá por periodo de franquicia el número de días consecutivos durante los cuales no se abonará indemnización.

El periodo de franquicia convenido se indicará en las Condiciones Particulares, y se aplicará con carácter previo a determinar la cuantía indemnizatoria.

La opción denominada franquicia cero, establece que la indemnización se devengará desde el primer día, salvo que la duración de ésta sea inferior a cuatro días consecutivos, en cuyo caso no corresponderá indemnización alguna.

ARTÍCULO 18º. BONIFICACIÓN POR BAREMO DE LA GARANTÍA INCAPACIDAD TEMPORAL TOTAL

Se acompaña a las presentes Condiciones un baremo en el que se recoge la duración media de la incapacidad laboral de los distintos procesos patológicos.

En caso de siniestro, si el periodo de incapacidad indemnizable del Asegurado resultase igual o inferior al número de días contemplados en el baremo para la dolencia o enfermedad que ha padecido, la indemnización que deba percibir, se incrementará en una cantidad igual al 50% de la indemnización que correspondería a los días de franquicia.

Si posteriormente y antes del transcurso de un año, el Asegurado sufriera otro siniestro originado por la misma causa, y la suma de ambos periodos superara el número de días previsto en el baremo, el Asegurado perdería el derecho a la bonificación percibida, que le sería deducido del importe de la indemnización del segundo siniestro.

La presente bonificación no será de aplicación para los supuestos especiales señalados en el artículo 16º punto 4.

Condiciones Generales de cada Garantía

ARTÍCULO 19º. DOCUMENTACIÓN

El Asegurado deberá acreditar al Asegurador el inicio, mantenimiento y la finalización de la incapacidad, y presentar al efecto la siguiente documentación:

- Impreso de solicitud de indemnización cumplimentado en su totalidad y firmado por el propio Asegurado.
- Impreso de baja, cumplimentado en su totalidad y firmado por el médico que esté tratando al Asegurado.
- Podrá sustituirse por un informe médico en el que se haga constar el origen, antecedentes, fecha de inicio y evolución de la enfermedad o accidente que han motivado la incapacidad.
- En caso de que el Asegurado haya sido objeto de ingreso hospitalario deberá presentar informe o historial clínico del ingreso hospitalario en el que consten las fechas de ingreso y alta, y el origen y antecedentes de la enfermedad o accidente que motivaron el ingreso, así como la evolución del Asegurado.
- Para acreditar el alta, se presentará Impreso de Alta firmado por el médico que ha tratado al Asegurado.
- En caso de baja por accidente, el Asegurado deberá presentar el parte de urgencias.

En todos aquellos casos en que no sea posible la valoración y tramitación del siniestro con la información aportada inicialmente por el Asegurado, el Asegurador podrá solicitar nuevos informes médicos y realizar cuantas averiguaciones y comprobaciones sean necesarias con esa finalidad.

La información facilitada al Asegurador, podrá ser comprobada por su Inspección Médica.

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado deberán permitir las visitas de inspección indicadas, así como cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesario.

B) INDEMNIZACIÓN POR BAJA LABORAL SEGÚN BAREMO

ARTÍCULO 20º OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

La Aseguradora se obliga al pago de la indemnización diaria contratada por el Asegurado, recogida en las Condiciones Particulares y, en su caso, en el Certificado Individual del Seguro, hasta el número de días máximos de indemnización fijados en el Baremo anexo a estas Condiciones Generales, cuando el Asegurado sufra una baja laboral reconocida por la Seguridad Social o Mutua motivada por alguna de las enfermedades o lesiones recogidas en el mismo y cumpla las condiciones establecidas en el Baremo.

Esta garantía tiene por objeto disminuir la pérdida económica que para el Asegurado supone no poder ejercer su trabajo. El asegurado podrá cobrar la indemnización al comienzo de su baja laboral sin tener que esperar al alta, dado que la indemnización es independiente de cuando se produzca ésta.

Condiciones Generales de cada Garantía

1. Cálculo de la indemnización:

- a) El cálculo de la indemnización se realizará multiplicando el capital diario que figure contratado en las Condiciones Particulares o Certificado individual de seguro vigentes, en la fecha de ocurrencia del siniestro, por el número de días referidos a la patología que se trate, en el Baremo de Indemnización específico para esta garantía. **En caso de que se hayan convenido días de franquicia éstos se deducirán con carácter previo a determinar las cuantías indemnizatorias.**
- b) En ningún caso, se tomará en consideración, para el cálculo de la indemnización, las revalorizaciones anuales de la suma asegurada o los incrementos que se produzcan con posterioridad a la fecha del siniestro.

2. Devengo de la indemnización:

- a) La indemnización se devengará a partir del día de la baja laboral, y durante los días establecidos en el Baremo de Indemnización específico para esta garantía, descontando previamente el periodo de franquicia, en caso de que haya contratado en las Condiciones Particulares de la póliza.
- b) **En caso de haberse abonado alguna indemnización por la presente garantía, y el Asegurado declarase un nuevo siniestro, el devengo de la indemnización de este nuevo siniestro tendrá lugar siempre y cuando hayan transcurrido quince días desde la fecha de término de los días indemnizables del siniestro anterior.**

3. Finalización del devengo de la indemnización:

El devengo de la indemnización finalizará:

1. Cuando se agote el número de días de indemnización previsto en el Baremo.
2. Cuando concurriendo varios siniestros por una o distintas enfermedades o lesiones, se agote el período máximo de indemnización indicado en el apartado siguiente.
3. Cuando se produzca cualquiera de los hechos señalados en el artículo 6º, los cuales conllevan a la extinción de la garantía.
4. Cuando el Asegurado incumpla las obligaciones estipuladas en las presentes Condiciones Generales.

4. Períodos Máximos Indemnizables:

Los períodos máximos de indemnización si los siniestros tienen su origen en una misma enfermedad o distintas enfermedades son los siguientes:

- a) Todos los siniestros ocurridos por una misma enfermedad o lesión sobre los que la Aseguradora determine su pago conforme a lo dispuesto en estas Condiciones Generales, se indemnizarán hasta un máximo de 365 días durante toda la vigencia del contrato.
- b) Todos los siniestros ocurridos en el mismo año sobre los que la Aseguradora determine su pago conforme a lo dispuesto en estas Condiciones Generales, se indem-

Condiciones Generales de cada Garantía

nizarán hasta un máximo de 365 días, sin que este hecho conlleve el cese de la garantía.

5. Supuestos especiales:

En el caso de que el Asegurado haya declarado un siniestro por distintas enfermedades o lesiones, en el mismo período de baja laboral, la Aseguradora sólo estará obligada a indemnizar al Asegurado la enfermedad o lesión que tenga establecido en Baremo el mayor número de días de indemnización.

ARTÍCULO 21º. PERIODO DE FRANQUICIA

A los efectos de esta garantía, se entenderá por periodo de franquicia el número de días consecutivos durante los cuales no se abonará indemnización.

El periodo de franquicia convenido se indicará en las Condiciones Particulares, y se aplicará **con carácter previo a determinar la cuantía indemnizatoria**.

La opción denominada franquicia cero, establece que la indemnización se devengará desde el primer día.

ARTÍCULO 22º. BAREMO DE INDEMNIZACIÓN DE LA GARANTÍA BAJA LABORAL SEGÚN BAREMO

Se acompaña a las presentes Condiciones un baremo en el que se establecen los días que se abonarán (a los que se descontará el periodo de franquicia) según la patología que se trate.

ARTÍCULO 23º. EXCLUSIONES DE LA GARANTÍA DE INDEMNIZACIÓN POR BAJA LABORAL SEGÚN BAREMO

Además de los riesgos excluidos en el artículo 3, la presente garantía no cubre:

- 1. Las enfermedades o lesiones no recogidas en el Baremo específico de esta garantía.**
- 2. Las enfermedades o lesiones en las que aun figurando en el baremo específico de esta garantía, no ha sido necesaria intervención quirúrgica, ingreso hospitalario u otro tratamiento de los especificados en el baremo para cada una de ellas, cuando en el mismo estos requerimientos se determinen como imprescindibles para que sean objeto de indemnización.**
- 3. Los siniestros de ocurrencia anterior al último declarado y comunicados con posterioridad a éste.**

ARTÍCULO 24º. DOCUMENTACIÓN

El Asegurado deberá acreditar al Asegurador el inicio de la incapacidad, y presentar al efecto la siguiente documentación:

Condiciones Generales de cada Garantía

- Impreso de solicitud de indemnización cumplimentado en su totalidad y firmado por el propio Asegurado.
- Parte médico de baja de la Seguridad Social o Mutua, donde figure diagnóstico.
- En caso de que el Asegurado haya ingresado en el hospital deberá presentar informe o historial clínico del ingreso hospitalario en el que consten las fechas de ingreso y alta, y el origen y antecedentes de la enfermedad o accidente que motivaron el ingreso.
- En caso de baja por accidente, el Asegurado deberá presentar el parte de urgencias.

En todos aquellos casos en que no sea posible la valoración y tramitación del siniestro con la información aportada inicialmente por el Asegurado, el Asegurador podrá solicitar nuevos informes médicos, resultados de pruebas y realizar cuantas averiguaciones y comprobaciones sean necesarias con esa finalidad.

La información facilitada al Asegurador, podrá ser comprobada por su Inspección Médica.

El Tomador del Seguro y/o el Asegurado deberán permitir cualquier averiguación o comprobación que el Asegurador considere necesario.

C) INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA

ARTÍCULO 25º. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Si se ha contratado esta garantía, lo cual se hará constar en las Condiciones Particulares, el Asegurador se obliga al pago de la indemnización diaria indicada en dichas Condiciones si, como consecuencia de una enfermedad contraída o un accidente sufrido durante la vigencia de la póliza y que resulten cubiertos por esta garantía, el Asegurado tuviera que ser necesariamente internado en un hospital más de 24 horas.

Devengo de la indemnización:

La indemnización se devengará durante el tiempo que el Asegurado figure como paciente interno del hospital y con un máximo de 365 días, salvo los supuestos especiales siguientes, cuyo periodo máximo indemnizable por siniestro, Asegurado y por anualidad será el que se indica:

- **Enfermedades psiquiátricas y trastornos psicológicos: máximo 20 días.**

Si dentro del periodo de doce meses siguientes a una hospitalización del Asegurado, por la cual se hubieran abonado indemnizaciones por esta cobertura, el Asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en un hospital por la misma causa o por causas relacionadas con el anterior internamiento, el nuevo internamiento hospitalario será considerado, a todos los efectos, como prolongación del anterior. Cuando el periodo transcurrido entre ambos internamientos sea superior a doce meses, el segundo internamiento será considerado como nuevo periodo de hospitalización.

Condiciones Generales de cada Garantía

ARTÍCULO 26°. BONIFICACIÓN POR INGRESO EN DIFERENTE PROVINCIA

Si el Asegurado tuviera que ser ingresado en un hospital que esté ubicado en una provincia distinta a la de su residencia habitual se le abonará el capital garantizado incrementado en un 50%.

A estos efectos, se considerará domicilio habitual del Asegurado el que figura en la póliza para el Tomador.

ARTÍCULO 27° DOCUMENTACIÓN

El Asegurado deberá acreditar al Asegurador todas las circunstancias del siniestro, mediante la presentación de la siguiente documentación:

- Impreso de solicitud de indemnización cumplimentado en su totalidad y firmado.
- Informe o historial clínico del ingreso hospitalario en el que consten las fechas de ingreso y alta, y el origen y antecedentes de la enfermedad o accidente que motivaron el ingreso, así como la evolución del Asegurado.
- En todos aquellos casos en que no sea posible la valoración y tramitación del siniestro con la información aportada inicialmente por el Asegurado, el Asegurador podrá solicitar nuevos informes médicos y realizar cuantas averiguaciones y comprobaciones sean necesarias con esa finalidad.

D) INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

ARTÍCULO 28°. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Si se ha contratado esta cobertura, lo cual se hará constar expresamente en las Condiciones Particulares, el Asegurador garantiza el pago de la indemnización diaria indicada en las Condiciones Particulares si, como consecuencia de enfermedad contraída o accidente sufrido durante la vigencia de la póliza y cubiertos por esta garantía, el Asegurado tuviera que ser ingresado en un hospital para ser sometido a una intervención quirúrgica.

Devengo de la indemnización:

La indemnización diaria se pagará desde el día en que tenga lugar el ingreso para la intervención quirúrgica hasta el día en que el Asegurado abandone el hospital donde le haya sido practicada, con un máximo de 365.

El importe de la indemnización diaria será abonado por la cuantía señalada en las Condiciones Particulares, sea cual fuere el número de intervenciones a que haya sido sometido el Asegurado durante su permanencia en el hospital.

Condiciones Generales de cada Garantía

ARTÍCULO 29º. BONIFICACIÓN POR INGRESO POR CIRUGÍA EN DIFERENTE PROVINCIA

Si el Asegurado tuviera que ser intervenido quirúrgicamente y sea ingresado en un hospital que esté ubicado en una provincia distinta a la de su residencia habitual se le abonará el capital garantizado incrementado en un 50%.

A estos efectos, se considerará domicilio habitual del Asegurado el que figura en la póliza para el Tomador.

ARTÍCULO 30º. DOCUMENTACIÓN

El Asegurado deberá acreditar al Asegurador todas las circunstancias del siniestro, mediante la presentación de la siguiente documentación:

- Impreso de solicitud de indemnización cumplimentado en su totalidad y firmado.
- Informe o historial clínico del ingreso hospitalario en el que consten las fechas de ingreso, fecha de la cirugía, y de alta, y el origen y antecedentes de la enfermedad o accidente que motivaron el ingreso, así como la evolución del Asegurado.
- En todos aquellos casos en que no sea posible la valoración y tramitación del siniestro con la información aportada inicialmente por el Asegurado, el Asegurador podrá solicitar nuevos informes médicos y realizar cuantas averiguaciones y comprobaciones sean necesarias con esa finalidad.

E) GRAN DEPENDENCIA POR ACCIDENTE

ARTÍCULO 31º. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Esta garantía sólo podrá contratarse en aquellos casos en que el Asegurado haya contratado la Garantía de Indemnización Temporal Total.

Mediante esta garantía el Asegurador se obliga al reembolso del 100 por cien de los gastos socio-sanitarios derivados del estado de GRAN DEPENDENCIA del Asegurado producido como consecuencia de un accidente, incluidos los gastos derivados de la adecuación de la vivienda que sea el domicilio familiar, con el límite máximo indicado en Condiciones Particulares y para toda la vigencia de la póliza.

A los solos efectos del seguro, la situación de GRAN DEPENDENCIA es aquella en la que el Asegurado necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

El reconocimiento del derecho a esta cobertura corresponde, únicamente, al Asegurador, quien solicitará a los familiares o representantes del Asegurado la resolución expedida por los órganos de valoración de la Comunidad Autónoma de residencia del Asegurado, que acredite el reconocimiento del grado de GRAN DEPENDENCIA, con una puntuación final de 75 a 100 puntos, según lo dispuesto en el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, que

Condiciones Generales de cada Garantía

aprueba el Baremo de Valoración de Dependencia. A tal fin, el Asegurador podrá también solicitar documentación adicional o requerir reconocimientos médicos que considere necesario efectuar al Asegurado.

Verificado por el Asegurador la procedencia del reembolso, éste se hará efectivo al asegurado mayor de edad y no incapacitado, a los familiares autorizados por el mismo o que ostenten su representación legal o al tutor o entidad tutelar que ostenten la representación del asegurado menor acordada por resolución judicial.

Esta garantía se extinguirá automáticamente:

- a) En la anualidad en que el Asegurado alcance la edad de 65 años.
- b) Cuando se agote el límite económico pactado.
- c) Cuando se dé alguno de los supuestos contemplados en el Artículo 6º de las presentes Condiciones Generales.

ARTÍCULO 32º. PROTECCION DE PAGOS

MAPFRE ESPAÑA pone a disposición de sus Asegurados las prestaciones de “Protección de Pagos por Desempleo e Incapacidad Temporal” derivadas de enfermedad o accidente de acuerdo con los límites y condiciones recogidos en el Anexo 3 que se entrega con la presente póliza.

ARTÍCULO 33º. GARANTÍAS Y SERVICIOS ESPECIALES

A) SERVICIO DE CIRUGÍA DE LA MIOPIA, HIPERMETROPÍA Y ASTIGMATISMO

Este servicio tiene por objeto poner a disposición de los Asegurados, a precios especiales (que el Asegurado abonará directamente al servicio médico realizador), la realización de técnicas quirúrgicas sobre la córnea mediante láser excimer, que permitan la corrección de la miopía, hipermetropía y del astigmatismo, en los centros especializados concertados con el Asegurador. Comprende:

- La consulta y medios diagnósticos para la valoración de la técnica quirúrgica con paquimetría y topografía corneal.
- La cirugía refractiva de cada ojo.

Para solicitar el acceso a esta garantía y obtener información de los centros especializados el Asegurado deberá ponerse en contacto con el teléfono de Atención al Asegurado 902 20 40 60.

B) SERVICIO DE CONSULTA INTERNACIONAL

Este servicio tiene por objeto facilitar, cuando así sea solicitado, la opinión de un especialista para obtener un segundo diagnóstico e información sobre los tratamientos más avanzados en los mejores centros hospitalarios a nivel mundial, para casos de enfermedades.

Condiciones Generales de cada Garantía

Para solicitar el acceso a esta garantía, el asegurado deberá contactar con el teléfono de Atención al Asegurado 902 20 40 60, donde recibirá información sobre la operativa a seguir.

C) SERVICIO DE ORIENTACION MÉDICA 24 HORAS

Este servicio permite al Asegurado obtener, a través del teléfono 902 20 40 60, durante las 24 horas del día, cualquier información sobre enfermedades, tratamientos, prevención de la salud y medicamentos, así como asesoramiento profesional y cualificado en la comprensión de informes y diagnósticos.



Domicilio Social: Ctra. de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda, Madrid
Teléfono: 902 20 40 60

mapfre.es