

Multirriesgo Personal

divinapastora
seguros

www.divinapastora.com

ÍNDICE

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO PRELIMINAR.....	2
DEFINICIONES	2
CONDICIONES GENERALES DE MULTIRRIESGO PERSONAL	3
ARTÍCULO 1º. OBJETO DEL SEGURO	3
ARTÍCULO 2º. COBERTURAS Y EXTENSIÓN.....	3
ARTÍCULO 3º. RIESGOS NO CUBIERTOS DE APLICACIÓN A TODAS LAS GARANTÍAS.....	7
ARTÍCULO 4º. RIESGOS EXCLUIDOS ESPECÍFICOS PARA TODAS LAS COBERTURAS DERIVADAS DE ACCIDENTE.....	7
ARTÍCULO 5º. BASES DEL SEGURO Y DECLARACIONES	8
ARTÍCULO 6º. PERSONAS NO ASEGURABLES Y NULIDAD DEL CONTRATO.....	8
ARTÍCULO 7º. PERFECCIÓN Y EFECTO DE LA PÓLIZA.....	8
ARTÍCULO 8º. DURACIÓN DEL CONTRATO Y CAUSAS GENÉRICAS DE EXTINCIÓN.....	8
ARTÍCULO 9º. DE LAS PRIMAS, SUMAS ASEGURADA Y REVALORIZACIONES.....	9
ARTÍCULO 10º. FALTA DE PAGO Y SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA.....	9
ARTÍCULO 11º. AGRAVACIONES Y DISMINUCIONES DEL RIESGO	9
ARTÍCULO 12º. CESIÓN O PIGNORACIÓN DEL SEGURO	10
ARTÍCULO 13º. NOTIFICACIÓN EN CASO DE SINIESTRO	10
ARTÍCULO 14º. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO	10
ARTÍCULO 15º. PAGO DE LAS PRESTACIONES	12
ARTÍCULO 16º. COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN	12
ARTÍCULO 17º. CONTRATACIÓN A DISTANCIA	12
ARTÍCULO 18º. GRABACIÓN DE CONVERSACIONES TELEFÓNICAS.....	13
ARTÍCULO 19º. ATENCIÓN AL CLIENTE. INSTANCIAS DE RECLAMACIONES INTERNAS Y EXTERNAS.....	13
ARTÍCULO 20º.PRESCRIPCIÓN	13
ARTÍCULO 21º.TRIBUTOS Y RECARGOS.....	13
ARTÍCULO 22º.PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.....	14
CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS	15
ANEXO I	17
ANEXO II.....	28
ATENCIÓN AL CLIENTE	31

Condiciones generales

ARTÍCULO PRELIMINAR

Este contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre de 1980) y demás normas que lo complementan, por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean de aplicación y por lo convenido en las condiciones generales, particulares y especiales del contrato.

Igualmente al presente contrato le son aplicables la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, el reglamento que la desarrolla y demás normas complementarias.

Integran el presente contrato: la solicitud, la declaración de estado de salud, las condiciones generales, particulares y especiales aparte, las cláusulas limitativas y los suplementos o apéndices que se emitan al mismo.

El control de la actividad aseguradora de la Mutualidad General de Previsión del Hogar "Divina Pastora", mutualidad de previsión social a prima fija, con domicilio social en Valencia, calle Xàtiva número 23, corresponde al Reino de España y, en concreto, al Ministerio de Economía y Competitividad a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

DEFINICIONES

1. ACCIDENTE

Lesión corporal que derive de una causa fortuita, violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

2. ASEGURADO

La persona física sobre la que se establece el seguro.

3. ASEGURADOR

MUTUALIDAD GENERAL DE PREVISIÓN DEL HOGAR "DIVINA PASTORA" MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA, que como entidad aseguradora, asume el riesgo contractualmente pactado.

4. BENEFICIARIO

La persona o personas físicas o jurídicas titulares del derecho a la indemnización en caso de fallecimiento del asegurado, coincidiendo en las restantes coberturas con el asegurado.

5. DECLARACIÓN DE ACTIVIDAD PROFESIONAL

Declaración realizada por el tomador del seguro y/o asegurado sobre la actividad profesional que realiza y que sirve para valorar el riesgo y la adscripción a las coberturas contratadas.

6. DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD

Formulario a través del cual el asegurador obtiene del tomador y del asegurado la información precisa sobre las características de las personas y riesgos a garantizar para, y a su tenor, resolver sobre su aceptación o rechazo.

Dicho formulario se realiza al amparo de lo previsto en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro, y las reservas o declaraciones inexactas podrían producir la exoneración de las obligaciones de DIVINA PASTORA.

7. DOMICILIO DEL ASEGURADOR, TOMADOR DEL SEGURO Y DEL ASEGURADO

Los que figuran indicados en la solicitud de ingreso.

8. ENFERMEDAD

Alteración del estado de salud constatado médicamente que no sea consecuencia de accidente.

9. ENFERMEDAD CONGÉNITA

Aquella presente en el momento del nacimiento, sea cual fuere sus causas, y que queda excluida de las coberturas de la póliza.

10. ENFERMEDAD CRÓNICA

Patología sin tratamiento curativo, padecida por el organismo de una persona durante toda la vida.

11. ENFERMEDAD PREEXISTENTE

Toda alteración del estado de salud originada con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en la póliza, así como cualquier enfermedad, defecto, deformidad o situación médico-quirúrgica que pueda derivarse de aquella alteración y siempre que no fuera declarada en el momento de cumplimentar el cuestionario de salud.

Asimismo se considera preexistencia cualquier otra circunstancia o circunstancias, relativas al estado de salud, que graven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haber sido conocidas por el asegurador en el momento de la perfección del contrato este no se hubiera celebrado o se habría concluido en condiciones más gravosas.

12. HOSPITALIZACIÓN

Periodo de tiempo que permanece ingresado el asegurado como paciente en régimen cerrado, esto es, que permanezca en el hospital, pernocte y haga las comidas principales en el centro hospitalario.

13. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Es la operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otro sistema de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro autorizado (hospitalario o extra-hospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

Condiciones generales

14. INCAPACIDAD TEMPORAL

Situación del asegurado afectado por lesiones que le impiden temporalmente desarrollar de forma total sus actividades laborales habituales.

15. LESIÓN

Todo cambio patológico que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.

16. PERIODO DE CARENCIA

Plazo de tiempo, contado a partir de la fecha de alta del asegurado en la póliza, durante el cual no entra en vigor alguna de las coberturas de la póliza.

17. PÓLIZA

Contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, la declaración de estado de salud, las condiciones generales, las condiciones particulares y las condiciones especiales (si las hubiese), las cláusulas limitativas, así como los suplementos, anexos o apéndices que se añadan a la misma para completarla o modificarla.

18. PRIMA/CUOTA

El precio del seguro. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

19. SINIESTRO

Evento cuyas consecuencias económicas dañosas están cubiertas por las garantías de la póliza. Se considerará como un solo y único siniestro todos los daños que provengan de una misma causa. La fecha del siniestro será la del momento en que se produjo el primero de los daños.

20. SUMA ASEGURADA

La cantidad fijada en las condiciones particulares que representa el límite máximo de la indemnización para cada una de las garantías de la póliza.

21. TOMADOR DEL SEGURO

La persona física o jurídica que, junto con el asegurador, suscribe este contrato.

CONDICIONES GENERALES DE MULTIRRIESGO PERSONAL

ARTÍCULO 1º

OBJETO DEL SEGURO

El asegurador se obliga al pago de una prestación al asegurado en caso de intervención quirúrgica por enfermedad, incapacidad temporal por accidente, incapacidad permanente derivada de accidente, en cualquiera de sus grados, gran invalidez derivada de enfermedad, y natalidad, o al beneficiario designado en caso de fallecimiento por accidente del asegurado, si se produce antes del cumplimiento de los 65 años de edad, siempre y cuando se produzca el hecho o los hechos cuyos riesgos se hayan contratado, dentro del ámbito y con las excepciones o limitaciones que figuren en la póliza.

Asimismo, el asegurador se obliga al pago de una cuantía por subsidio por vejez, en el caso de que la póliza continúe vigente tras el cumplimiento de los 65 años del asegurado, en función de los años de duración del contrato, produciéndose a su vez la extinción del contrato para todas las coberturas contratadas con el vencimiento de la anualidad subsiguiente al cumplimiento de los 65 años por el asegurado.

En las prestaciones de muerte por accidente, gran invalidez por accidente o enfermedad, incapacidad permanente y total para el trabajo derivada de accidente y subsidio por vejez, salvo que se indique expresamente lo contrario en las condiciones particulares, la póliza es a primer riesgo. Es decir, ocurrido uno cualquiera de los hechos que son objeto de cobertura, y siempre que el asegurador asumiera las consecuencias previstas en la póliza para dicho riesgo, se extingue a partir de ese momento la póliza, quedando a salvo el derecho del asegurado o del beneficiario a cobrar el capital asegurado correspondiente al riesgo acaecido.

ARTÍCULO 2º

COBERTURAS Y EXTENSIÓN

La cuantía de las coberturas establecidas en estas condiciones generales y en sus anexos, así como las reseñadas en el reverso del documento de solicitud de seguro, es la correspondiente al módulo de 10 euros de prima mensual (120 euros anuales).

REQUISITOS GENERALES PARA EL PERCIBO DE TODAS LAS COBERTURAS

Para poder percibir una indemnización es necesario que se produzcan los hechos y circunstancias que como causa de la misma se especifican en las reglas particulares que le son de aplicación y que se cumplan las condiciones y requisitos siguientes:

- 1º) Que el asegurado se halle en plenitud de derechos y que la cobertura no se halle extinguida o en suspenso por impago de la prima o fracción de prima.
- 2º) Que se presente la solicitud y documentación exigidas por el asegurador en las condiciones generales de la póliza, dentro de los plazos establecidos en la misma.
- 3º) Que se haya cubierto el periodo de carencia establecido en cada cobertura.

Condiciones generales

COBERTURAS Y EXTENSIÓN

1. MUERTE POR ACCIDENTE

Cuando se produjere el fallecimiento del asegurado, en plenitud de derechos, como consecuencia de accidente, se abonará al beneficiario designado en la solicitud de seguro o en una posterior declaración escrita comunicada al asegurador, una indemnización única y total de 55.000 €.

Para el percibo de esta prestación, no se requiere periodo carencial alguno, si bien el accidente deberá haberse producido con posterioridad a la contratación de este seguro. El fallecimiento ha de producirse en el plazo de seis meses desde la fecha en que ocurrió el accidente.

No procederá la concesión de esta prestación cuando el fallecimiento se hubiere producido por alguna de las exclusiones contempladas en los artículos 3º y 4º de estas condiciones generales.

Una vez acaecida la mencionada garantía prevista y cubierta por el presente contrato de seguro, el mismo quedará extinguido junto con las restantes coberturas que hubieran sido contratadas.

A) Designación de beneficiarios:

El tomador del seguro puede designar los beneficiarios o modificar la designación anteriormente señalada sin necesidad del consentimiento del asegurador, salvo que haya renunciado expresamente y por escrito a esta facultad.

La designación de beneficiarios puede hacerse constar en la póliza o en una posterior declaración escrita al asegurador, o bien en testamento.

Si los beneficiarios no están designados por su nombre, sino de forma genérica como cónyuge, hijos o herederos, deberá hacerse constar si los mismos lo son del tomador o del asegurado o de otra persona. En caso de que no se haya especificado, se entenderá que lo son del tomador del seguro.

Si en el momento de acaecimiento de los riesgos previstos no existe designación de beneficiarios ni reglas para su determinación, las prestaciones aseguradas que satisface el asegurador se integran en el patrimonio del tomador del seguro.

B) Concurrencia de beneficiarios:

El asegurador pagará las prestaciones aseguradas de acuerdo con el orden de preferencia establecido en la designación de beneficiarios.

Si existen varios beneficiarios designados y no se indica orden de preferencia, las prestaciones aseguradas se distribuyen por partes iguales entre ellos.

Si la designación se hace a favor de los herederos y no se indica la distribución, esta se hará en proporción a la cuota hereditaria.

2. INCAPACIDAD PERMANENTE DERIVADA DE ACCIDENTE

A. GRADOS DE INCAPACIDAD PERMANENTE.

* **Gran invalidez:** El asegurador abonará una indemnización única y total de 65.000 € al asegurado que, hallándose en plenitud de derechos, sufra pérdidas anatómicas o funcionales como consecuencia de accidente que le impidan permanentemente la realización de los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer y otros análogos, que supongan la necesidad de asistencia de otra persona.

* **Incapacidad permanente y total:** El asegurador abonará una indemnización única y total de 50.000 € al asegurado que, hallándose en plenitud de derechos, sufra lesiones o pérdidas anatómicas o funcionales como consecuencia de accidente que lo inhabiliten permanentemente, al menos para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión declarada.

* **Incapacidad permanente parcial:** El asegurador abonará una indemnización única y total -que será calculada en función de la incapacidad que padezca, de acuerdo con el Anexo II de estas condiciones generales- al asegurado que, hallándose en plenitud de derechos, sufra lesiones o pérdidas anatómicas o funcionales como consecuencia de accidente que ocasionen una disminución no inferior al 33% en el rendimiento normal de la profesión declarada, sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de la misma.

B. REGLAS DE VALORACIÓN DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE (EN CUALQUIERA DE SUS GRADOS)

La incapacidad se produce cuando las secuelas son definitivas y están estabilizadas, circunstancia que se considera desde el momento en que no hay médicamente previsión de agravamiento o mejoría.

C. REQUISITOS PARA SU CONCESIÓN (EN CUALQUIERA DE SUS GRADOS)

1. Para la concesión de la prestación de incapacidad permanente derivada de accidente, en cualquiera de sus grados, es necesario:

a) No haber mantenido intencionadamente las lesiones que dieron lugar a la incapacidad.

b) Que la incapacidad que se acredite no esté agravada por una enfermedad o estado patológico preexistente a la fecha del acaecimiento del accidente o haber sobrevenido después de ocurrir este, pero por una causa independiente al mismo. En estos casos, el asegurador tan solo satisfará la indemnización que corresponda según la incapacidad que el accidente hubiere producido sin el concurso de tal enfermedad o estado patológico.

Condiciones generales

c) Que la incapacidad se produzca dentro del plazo de un año a contar desde que ocurrió el accidente causante de la misma, excluyéndose en consecuencia las que se produzcan después de dicho periodo.

2. Para el percibo de esta prestación, no se requiere periodo carencial alguno, si bien deberá acreditarse que el accidente causante de la incapacidad es posterior a la fecha de contratación de este seguro.
3. La indemnización a satisfacer será la del importe y cuantía vigente en el momento del accidente origen de la incapacidad.
4. Las lesiones indemnizables deben poder constatarse en España y no se devengarán mientras el asegurado se encuentre fuera del territorio del Estado español.

Una vez acaecida la garantía prevista y cubierta por el presente contrato de seguro de gran invalidez derivada de accidente o incapacidad permanente y total para el trabajo derivada de accidente, el mismo quedará extinguido junto con las restantes coberturas que hubieran sido contratadas.

3. GRAN INVALIDEZ DERIVADA DE ENFERMEDAD

El asegurador abonará una indemnización única y total de 65.000 € al asegurado que, hallándose en plenitud de derechos, sufra pérdidas anatómicas o funcionales como consecuencia de enfermedad que le impidan permanentemente la realización de los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer y otros análogos, que supongan la necesidad de asistencia de otra persona.

La incapacidad se considera desde el momento en que no hay médicamente previsión de mejoría en la situación de gran invalidez del asegurado.

Para la concesión de esta garantía cuando sea consecuencia de enfermedad no se requerirá periodo carencial alguno, si bien el asegurado deberá acreditar que la enfermedad causante de la invalidez no fue contraída con anterioridad a su solicitud de contratación inicial.

El asegurador no estará obligado al pago de la prestación cuando la situación de gran invalidez sea consecuencia de la evolución natural de la enfermedad previa al fallecimiento.

Una vez acaecida la garantía prevista y cubierta por el presente contrato de seguro de gran invalidez derivada de enfermedad, el mismo quedará extinguido junto con las restantes coberturas que hubieran sido contratadas.

4. INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE

A. El asegurado que, como consecuencia de una lesión corporal producida por accidente, padezca una incapacidad temporal para su trabajo, no determinada o agravada por una patología o enfermedad previa, percibirá en función de la lesión sufrida una ayuda a tenor del baremo que se establece más adelante.

B. REQUISITOS PARA SU CONCESIÓN.

1. Para el percibo de esta prestación no se requiere periodo carencial alguno, si bien deberá acreditarse que el accidente se ha producido con posterioridad a la contratación de este seguro.
2. La incapacidad temporal por accidente no debe venir determinada o agravada por una patología o enfermedad previa.
3. Para la concesión de la prestación y valoración de la misma se tendrán en consideración los antecedentes clínicos y patológicos del accidentado.

C. BAREMO INDEMNIZATORIO.

El baremo a aplicar, previo informe del médico asesor del asegurador, teniendo en consideración la gravedad de la lesión, atendiendo a los criterios de peligrosidad para la vida de la persona, merma funcional que supongan y tratamientos aplicados, será el siguiente:

- **Lesiones muy leves:** aquellas lesiones que, produciendo incapacidad, curan tras el tratamiento médico sin más precauciones. Se indemnizarán hasta un máximo de CIENTO VEINTICINCO EUROS (125,00 €).
- **Lesiones leves:** aquellas lesiones que por su propia naturaleza producen incapacidad y curan tras tratamiento médico continuado. Se indemnizarán hasta un máximo de DOSCIENTOS CINCUENTA EUROS (250,00 €).
- **Lesiones menos graves:** aquellas lesiones que por su propia naturaleza producen siempre incapacidad, no ponen en peligro la vida de la persona, curan tras tratamiento médico continuado y prolongado, que puede incluir tratamiento médico quirúrgico. Se indemnizarán hasta un máximo de SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE EUROS CON CINCUENTA Y OCHO CÉNTIMOS (687,58 €).
- **Lesiones graves:** aquellas lesiones que producen incapacidad en todos los casos, con necesidad de tratamiento quirúrgico o médico hospitalario. Se indemnizarán hasta un máximo de MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y CINCO EUROS (1.875,00 €).
- **Lesiones muy graves:** aquellas lesiones que implican riesgo de muerte o afecten a órganos vitales, con necesidad de tratamiento quirúrgico o médico hospitalario y con ingreso en unidades de vigilancia intensiva. Se indemnizarán hasta un máximo de DOS MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y SIETE EUROS CON CINCUENTA Y OCHO CÉNTIMOS (2.687,58 €).
- **Lesiones gravísimas:** aquellas lesiones que implican riesgo inminente de muerte o afecten a órganos vitales, con necesidad de asistencia artificial para el mantenimiento del soporte vital. Se indemnizarán hasta un máximo de CINCO MIL EUROS CON UN CÉNTIMO (5.000,01 €).

Para la valoración de los politraumatismos, se tendrá en cuenta siempre la lesión de mayor entidad.

Condiciones generales

5. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DERIVADA DE ENFERMEDAD

A. El asegurado que, hallándose en plenitud de derechos, haya sufrido una intervención quirúrgica como consecuencia de enfermedad, si el inicio de las manifestaciones clínicas de la misma fuera posterior a la fecha de contratación, percibirá una indemnización de acuerdo con el baremo que se señala a continuación.

B. REQUISITOS PARA SU CONCESIÓN

1. Para tener derecho a esta prestación, el asegurado deberá tener cubierto un periodo carencial de seis meses de permanencia y de cotización con anterioridad a la fecha en que se efectuó la intervención quirúrgica.
2. Deberá acreditarse que el inicio de las manifestaciones clínicas de la enfermedad es posterior a la fecha de contratación del seguro.
3. Es necesario que la intervención requiera para su realización anestesia general y hospitalización superior a 24 horas.

C. BAREMO INDEMNIZATORIO

La clasificación y distribución por grupos de las intervenciones quirúrgicas se realizará a tenor de lo establecido en el baremo - Anexo I - de estas condiciones generales.

Las intervenciones quirúrgicas se abonarán según la clasificación establecida en el Anexo I. En el supuesto de que una intervención practicada no figure en el baremo - Anexo I - que se detalla, previo informe del médico asesor del asegurador, se podrá asignar la misma dentro de uno de los cuatro grupos de intervenciones que de mayor a menor gravedad se detallan, siendo las indemnizaciones a abonar para cada grupo las siguientes:

GRUPO I.....	HASTA.....	625 EUROS
GRUPO II.....	HASTA.....	450 EUROS
GRUPO III	HASTA.....	300 EUROS
GRUPO IV	HASTA.....	150 EUROS

D. RIESGOS NO CUBIERTOS DE APLICACIÓN A ESTA GARANTÍA

Quedan excluidas expresamente de la garantía de la cobertura de intervención quirúrgica derivada de enfermedad:

- a. Las intervenciones que tuvieren su origen en un accidente.
- b. Las intervenciones incluidas en la especialidad de cirugía estética o plástica, salvo que la causa sea una enfermedad.
- c. Las intervenciones realizadas como consecuencia de planificación familiar, ni cuando sean consecuencia de una interrupción legal del embarazo.
- d. Las prácticas quirúrgicas que tengan un carácter meramente exploratorio y las reintervenciones que se produzcan como consecuencia inmediata y directa de una complicación surgida de la primitiva intervención.

6. NATALIDAD

A. El asegurador abonará al asegurado que se halle en plenitud de derechos una prestación por un importe de 125,00 € por el nacimiento de cada hijo.

Con independencia del importe anterior, la asegurada a quien se le haya practicado una intervención de cesárea como consecuencia de un alumbramiento simple o múltiple, percibirá una indemnización de 150,00 €.

El asegurado percibirá una ayuda hasta un máximo de 50.000 € por hijo por el nacimiento de hijos disminuidos físicos o psíquicos, según el tipo y grado de disminución y las posibilidades de recuperación, a tenor del informe del asesor médico del asegurador. La cuantía será fijada por el Presidente o el Consejo de Administración de la entidad aseguradora en razón del grado de disminución que se aprecie.

B. REQUISITOS PARA SU CONCESIÓN.

Para tener derecho a esta garantía, el asegurado deberá tener cubierto un periodo carencial de veinticuatro mensualidades de permanencia y de cotización con anterioridad a la fecha de nacimiento del hijo.

7. SUBSIDIO POR VEJEZ (PREMIO A LA PERMANENCIA)

A. El asegurador concederá al asegurado que, hallándose en plenitud de derechos, alcance los 65 años de edad habiendo sobrepasado el mes en que suscribió el contrato de seguro de Multirriesgo Personal, en concepto de premio a la permanencia, un subsidio único y total cuya cuantía se establecerá en relación con los periodos de cotización computables y la edad en el momento de la contratación.

Una vez acaecida la mencionada garantía prevista y cubierta por el presente contrato de seguro, el mismo quedará extinguido junto con las restantes coberturas que hubieran sido contratadas.

La prestación se abonará al asegurado el primer día del mes siguiente a la fecha en que el asegurado cumpla los requisitos necesarios para su obtención.

B. REQUISITOS PARA SU CONCESIÓN: Para tener derecho a esta prestación serán condiciones necesarias tanto que el asegurado tenga cumplidos los 65 años de edad como que finalice la anualidad en curso del contrato.

Condiciones generales

C. BAREMO

El cálculo de la cuantía correspondiente del subsidio por vejez se efectuará aplicando el porcentaje correspondiente de las primas efectivamente satisfechas en función de la edad de contratación, conforme a la tabla obrante tanto en el reverso de la solicitud del seguro como a continuación.

Edad de contratación	Porcentaje sobre el total de la prima comercial
14 - 29 años	30 %
30 - 39 años	25 %
40 - 49 años	15 %
50 - 64 años	0 %

ARTÍCULO 3°

RIESGOS NO CUBIERTOS DE APLICACIÓN A TODAS LAS GARANTÍAS

El tomador del seguro declara conocer que han sido excluidos expresamente de la garantía de cobertura de este seguro y, en consecuencia, el asegurador no estará obligado al pago de las indemnizaciones correspondientes a cada garantía asegurada en el contrato de seguro, en los siguientes supuestos:

- Los hechos provocados intencionadamente por el tomador, asegurado o sus beneficiarios, los derivados de imprudencias temerarias o sean calificados de delito o falta, así como los que entrañen una contravención de leyes y reglamentos.
- Los hechos que sean consecuencia de radiación nuclear atómica o contaminación radiactiva, cualquiera que sea su naturaleza, y los acaecidos en la navegación submarina o en viajes de exploración.
- Los hechos ocurridos como consecuencia de conflictos armados civiles o militares, revueltas, insurrecciones, motines, tumultos, actos terroristas, guerras, los derivados de hechos de carácter político o social, o cualesquiera otros de naturaleza análoga.
- Los hechos ocurridos como consecuencia de fenómenos naturales de carácter catastrófico, como terremotos, maremotos, huracanes, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), tormentas, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados), y caídas de meteoritos o cuerpos siderales.
- Los hechos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".
- Los hechos ocurridos antes del pago de la primera cuota o fracción de prima o, en su caso, de la prima única.
- Los hechos ocurridos encontrándose la cobertura en suspensión de derechos o el contrato extinguido por falta de pago de la prima o de su fracción.

Si el asegurado provoca intencionadamente el accidente, el asegurador se libera del cumplimiento de su obligación.

La muerte del asegurado, causada dolosamente por el beneficiario, privará a este del derecho a la indemnización establecida, quedando nula la designación hecha a su favor.

Se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los hechos producidos por causas de naturaleza extraordinaria de conformidad con las disposiciones legales vigentes.

ARTÍCULO 4°

RIESGOS EXCLUIDOS ESPECÍFICOS PARA TODAS LAS COBERTURAS DERIVADAS DE ACCIDENTE

A los efectos de cobertura, como accidente debe entenderse aquella lesión que derive de una causa fortuita, violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

Quedan excluidos expresamente de tal concepto, y por ello fuera de ser objeto de cobertura, los siguientes supuestos:

- Aquellos hechos en que haya sido determinante para la producción de la lesión corporal, incapacidad o muerte, la existencia de un estado patológico anterior.
- El suicidio, intento de suicidio o autolesiones.
- Las consecuencias de desvanecimientos o pérdidas de conciencia que no se deriven de causa fortuita, violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado; así como los denominados golpes de calor, insolaciones o congelaciones.
- Las enfermedades mentales o nerviosas, ni aquellos hechos derivados de las mismas o de su tratamiento.
- Las isquemias cardíacas, infartos de miocardio y los denominados accidentes vasculares cualquiera que sea su naturaleza.

Condiciones generales

- f) Todas aquellas lesiones que se produzcan en el transcurso de un tratamiento médico o quirúrgico de una enfermedad u otra afección que no tuviese su origen en un accidente. Ni las consecuencias de errores médicos o fallos quirúrgicos.
- g) Las lesiones que sufra el asegurado por los efectos de bebidas alcohólicas, estupefacientes o drogas, o a consecuencia de su consumo.
- h) Serán excluidos a efectos indemnizatorios aquellos accidentes que tengan su origen en la práctica de actividades o deportes que entrañen un alto riesgo, tales como esquí, artes marciales, automovilismo, motociclismo, alpinismo, etc., ni aquellas que tengan por finalidad causar una lesión al contrincante o se practiquen profesionalmente.
- i) Las lesiones, hernias, lumbagos, consecuencia de esfuerzos corporales aún cuando fueren de origen traumático.
- j) Las lesiones y/o secuelas como consecuencia de la participación activa del asegurado en actos delictivos, apuestas, desafíos, riñas, salvo que en este último caso el asegurado actúe en legítima defensa.

ARTÍCULO 5º

BASES DEL SEGURO Y DECLARACIONES

El tomador del seguro y el asegurado tienen el deber de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario sometido por este, todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Tales declaraciones han motivado la aceptación del riesgo por el asegurador y la fijación de la prima, por lo que junto con la presente póliza constituyen un todo unitario base del seguro.

En caso de reserva o inexactitud del tomador del seguro, el asegurador podrá rescindir la póliza mediante declaración dirigida al tomador del seguro o al asegurado en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de tal reserva o inexactitud. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de este será reducida proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro o del asegurado quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

La póliza solo alcanza, dentro de los límites pactados, a los riesgos especificados en la misma.

ARTÍCULO 6º

PERSONAS NO ASEGURABLES Y NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato será anulable cuando al concertarse el mismo:

- a) El asegurado sea menor de catorce años de edad.
- b) El asegurado sea mayor de sesenta y cuatro años de edad, inclusive.

No se podrá contratar un seguro para caso de muerte sobre la cabeza de menores de catorce años de edad o de incapacitados. Si el asegurado es menor de edad, será necesaria, además, la autorización por escrito de sus representantes legales.

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro. En caso de nulidad de la póliza, el asegurador podrá resarcirse de todos los gastos en que haya incurrido con motivo de la emisión de la póliza.

ARTÍCULO 7º

PERFECCIÓN Y EFECTO DE LA PÓLIZA

El contrato y sus posteriores suplementos o adiciones se perfeccionan por el consentimiento manifestado por las partes contratantes en la suscripción de la póliza o documentos correspondientes. **No obstante, las coberturas contratadas y sus modificaciones o adiciones, no tomarán efecto, mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima**, salvo pacto en contrario en las condiciones particulares de la póliza.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las condiciones acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar al asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, a fin de que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

ARTÍCULO 8º

DURACIÓN DEL CONTRATO Y CAUSAS GENÉRICAS DE EXTINCIÓN

El contrato se estipula por el periodo previsto en las condiciones particulares de la póliza y, salvo pacto en contrario, por el periodo de un año.

A la expiración de dicho periodo anual, la póliza se prorrogará tácitamente por periodos anuales y así sucesivamente y hasta el término de la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años.

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 seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.

El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso, cualquier modificación del contrato de seguro.

Condiciones generales

La póliza se extingue:

- Al cumplirse el plazo de duración previsto en la misma.
- Si durante la vigencia de la póliza se produjera el fallecimiento del asegurado, desde ese momento el contrato de seguro quedará extinguido y el asegurado tiene derecho a hacer suya la prima no consumida.
- Por la concesión de las coberturas garantizadas de gran invalidez por accidente o enfermedad del asegurado o de incapacidad permanente y total para el trabajo derivada de accidente del asegurado; desde ese momento el contrato de seguro quedará extinguido y el asegurado tiene derecho a hacer suya la prima no consumida.
- Por alcanzar el asegurado la edad de los 65 años y la finalización de la anualidad correspondiente.
- Por impago de la prima o de sus fracciones, tras el transcurso de los seis meses siguientes al vencimiento de las mismas.
- En caso de reserva o inexactitud de las declaraciones de estado de salud y valoración del riesgo del tomador y/o asegurado.

ARTÍCULO 9º

DE LAS PRIMAS, SUMAS ASEGURADAS Y REVALORIZACIONES

El tomador del seguro, conforme a lo establecido en el artículo 14 de la Ley del Contrato de Seguro, se obliga al pago de la prima pactada en las condiciones estipuladas en la póliza, así como de los recargos e impuestos establecidos en la normativa vigente en cada momento. A tal efecto, deberá tenerse en cuenta que, si se han pactado cuotas periódicas, la primera de ellas será exigible una vez firmado el contrato.

El tomador del seguro se obliga al pago de la cuota mensual inicial suscrita por el mismo en la solicitud del seguro y al incremento geométrico anual del 3% sobre dicha cuota.

El módulo de cálculo de coberturas se fija en 10 euros de prima mensual. La cuantía de las coberturas establecidas en el artículo 2º de este condicionado y en los anexos de estas condiciones generales, así como en el reverso del documento de solicitud de seguro, es la correspondiente al módulo de 10 euros mensuales. El importe de la cobertura para una contingencia que pudiera corresponder al asegurado se calculará como el resultado de multiplicar la cantidad en euros que como prestación se indica en las presentes condiciones generales, por el cociente de dividir la cuota abonada al momento del siniestro entre diez, que es el módulo de cálculo anteriormente establecido.

La prima del seguro es anual. En caso de fraccionamiento de pago de la cuota anual en los términos establecidos en las condiciones particulares, se aplicará el recargo que corresponda. El fraccionamiento de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la prima anual completa.

Asimismo, el tomador del seguro está obligado al pago de los recargos que correspondan al Consorcio de Compensación de Seguros y demás impuestos conforme a la normativa vigente.

El pago de la cuota se realizará mediante domiciliación en cuenta bancaria dentro de los cinco primeros días del periodo de pago que se hubiera concertado.

ARTÍCULO 10º

FALTA DE PAGO Y SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA

La primera cuota o la prima única, en su caso, será exigible al integrarse el asegurado en la entidad aseguradora, conforme a lo dispuesto en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro y si no hubiera sido pagada por culpa del tomador, el asegurador tendrá derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, y salvo pacto en contrario, en las condiciones particulares, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

A los efectos del presente contrato, en caso de falta de pago de una de las cuotas o fracciones de prima siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida desde el mes siguiente al día de su vencimiento hasta el transcurso de seis meses. De esta manera, el impago de una fracción de la cuota anual llevará aparejada la suspensión de los derechos derivados de la condición de asegurado, permaneciendo en esta situación hasta transcurridos seis meses desde el vencimiento de la fracción de la cuota.

Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la fracción de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido, con pérdida de todos los derechos y de las cotizaciones efectuadas. El tomador del seguro/asegurado, perderá el derecho al fraccionamiento de la prima que se hubiese pactado, cuando se produzca el impago de cualquiera de los recibos a su vencimiento, produciéndose el vencimiento anticipado y siendo exigible, desde ese mismo momento, la prima total acordada para el periodo del seguro que reste. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador del seguro pague las primas.

ARTÍCULO 11º

AGRAVACIONES Y DISMINUCIONES DEL RIESGO

El tomador del seguro o el asegurado deberán, durante la vigencia del contrato, comunicar al asegurador las circunstancias que pueden suponer una modificación o influir en la valoración del riesgo, así como la alteración de los factores y las circunstancias

Condiciones generales

declaradas en el cuestionario que se contiene en la solicitud de seguro que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la aseguradora en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Si el siniestro sobrevino antes de que existiera la citada comunicación, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que hubiere resultado de haberse conocido las nuevas circunstancias.

En caso de aceptar el asegurador la agravación del riesgo, el tomador del seguro quedará obligado al pago de la prorrata de la prima correspondiente. Salvo pacto en contrario, hasta el momento en que sea satisfecha dicha prorrata de prima, la cobertura del seguro no se extenderá a las circunstancias de agravación del riesgo declaradas.

El asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado en el periodo del mes posterior al día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador o el asegurado han actuado con mala fe.

Asimismo, el tomador del seguro o el asegurado podrán, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento del asegurador las modificaciones de las circunstancias contempladas en el cuestionario que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este 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 proporción que corresponda.

ARTÍCULO 12º

CESIÓN O PIGNORACIÓN DEL SEGURO

El tomador no puede ceder o pignorar la póliza aunque haya designación de beneficiario con carácter irrevocable.

ARTÍCULO 13º

NOTIFICACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Para las coberturas de muerte por accidente, gran invalidez, incapacidad permanente y total para el trabajo derivada de accidente, incapacidad parcial permanente derivada de accidente, incapacidad temporal por accidente e intervención quirúrgica derivada de enfermedad, el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro, dentro del plazo máximo de treinta días de haberlo conocido.

Para la cobertura de natalidad, el tomador del seguro o el asegurado deberán comunicar al asegurador el acaecimiento del siniestro, dentro de plazo máximo de sesenta días desde la fecha de nacimiento.

En caso de incumplimiento, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración. Este efecto no se producirá si se prueba que el asegurador ha tenido conocimiento del siniestro por otro medio.

Los plazos de solicitud establecidos para cada una de las prestaciones se interrumpirán por la presentación de la solicitud en las oficinas de la mutualidad, aunque no fuera acompañada de la documentación correspondiente. En tal caso, se determinará por la entidad aseguradora el plazo que se concede al solicitante para presentar la documentación precisa y, transcurrido el plazo concedido, sin más trámite se procederá a la cancelación del oportuno expediente.

El tomador del seguro o, en su caso, el beneficiario deberá, además, dar al asegurador toda clase de información que este le solicite sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la indemnización sólo se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

El asegurado o el tomador del seguro deberán emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho al asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del asegurado.

Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, este quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

ARTÍCULO 14º

PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO

El procedimiento para la tramitación de las prestaciones se iniciará a petición del interesado, cumplimentando el impreso de solicitud de prestaciones y debiendo acompañar a la correspondiente solicitud los documentos y demás elementos de prueba que, en cada caso, correspondan.

En la solicitud de prestación se hará constar los datos personales, prestación solicitada, forma de pago de la prestación, fecha y firma del solicitante.

A continuación se expresa el procedimiento de tramitación de cada prestación:

1. En caso de **FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO**, el beneficiario deberá aportar, junto a la solicitud, la siguiente documentación:
 - a) Certificado literal de defunción del asegurado.
 - b) Los que acrediten la personalidad y condición de beneficiario.
 - c) En caso de que los beneficiarios sean los herederos: certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades, copia auténtica del testamento o declaración de herederos.

Condiciones generales

- d) Los legalmente exigidos a efectos tributarios.
- e) Certificado del médico que haya asistido al fallecido, en el que se exprese la fecha del accidente y del fallecimiento, y las circunstancias y lesiones que causaron la muerte.
- f) Diligencias previas expedidas por el juzgado, si estas se hubieran instruido, acreditativas de la causa y circunstancias de la muerte.
- g) Informe médico de autopsia si se hubiera practicado e informe toxicológico o cualquier otro análisis, si se hubieren realizado.
- h) En caso de accidente de circulación, atestado de la fuerza instructora e informe técnico.
- i) Otros documentos que, como complemento de los anteriores, sean necesarios según las causas y circunstancias del acaecimiento del riesgo previsto en la póliza, para acreditar el derecho a percibir la prestación asegurada o su cuantía, a juicio del asegurador.

Cualquier otro documento que sea requerido por el asegurador para una mejor valoración del riesgo objeto de cobertura.

2. En caso de **INCAPACIDAD PERMANENTE DERIVADA DE ACCIDENTE** del asegurado, en cualquiera de sus grados, junto con la solicitud de prestación deberá acompañarse la siguiente documentación:
 - a) Informe médico u hospitalario y cualesquiera otros informes, declaraciones o historiales clínicos que expresen la fecha del accidente y de la incapacidad, así como la descripción de las lesiones y secuelas invalidantes origen de la misma.
 - b) Si la causa fuese un accidente de circulación, agresión, arma de fuego se requerirá:
 - Atestado de la fuerza instructora, acompañado de informe técnico.
 - Parte de declaración amistosa de accidente de circulación sellado por la compañía aseguradora del vehículo.
 - Diligencia del juzgado de instrucción, en caso de existir.
 - En caso de agresión, denuncia presentada.
 - c) Además de lo anterior, para la cobertura de gran invalidez, la justificación documental de la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos más esenciales de la vida.
 - d) Cualquier otro documento que sea requerido por el asegurador para una mejor valoración del riesgo objeto de cobertura.
3. En caso de **GRAN INVALIDEZ DERIVADA DE ENFERMEDAD** del asegurado, junto con la solicitud de prestación deberá acompañarse la siguiente documentación:
 - a) Informe médico u hospitalario que exprese la enfermedad origen de la incapacidad, la fecha de iniciación de la dolencia y la de iniciación de la incapacidad.
 - b) Informe médico u hospitalario de los antecedentes clínicos o patológicos que hubieran podido influir en el desarrollo de la enfermedad o en la evolución de la incapacidad.
 - c) Justificación documental de la necesidad de asistencia de tercera persona para los actos más esenciales de la vida.
 - d) Cualquier otro documento que sea requerido por el asegurador para una mejor valoración del riesgo objeto de cobertura.
4. En caso de **INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE** del asegurado, junto con la solicitud de prestación deberá acompañarse la siguiente documentación:
 - a) Informe médico u hospitalario y cualesquiera otros informes, declaraciones o historiales clínicos que solicite el asegurador para la adecuada valoración de la lesión. Dichos informes deberán expresar la lesión sufrida, su naturaleza accidental, la fecha del suceso, la fecha de iniciación del tratamiento practicado y las lesiones, enfermedades o antecedentes patológicos que se hayan observado en la exploración o durante el transcurso de la atención médica.
 - b) Si la causa fuese un accidente de circulación, agresión, arma de fuego se requerirá:
 - Atestado de la fuerza instructora, acompañado de informe técnico.
 - Parte de declaración amistosa de accidente de circulación sellado por la compañía aseguradora del vehículo.
 - Diligencia del Juzgado de Instrucción, en caso de existir.
 - En caso de agresión, denuncia presentada.
 - c) Cualquier otro documento que sea requerido por el asegurador para una mejor valoración del riesgo objeto de cobertura.
5. En caso de **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA DERIVADA DE ENFERMEDAD** del asegurado, junto con la solicitud de prestación deberá acompañarse la siguiente documentación:
 - a) Informe hospitalario de la intervención practicada que exprese la fecha de iniciación de la enfermedad causante de la misma, fecha de la intervención, tipo de anestesia aplicada y periodo de hospitalización.
 - b) Cualquier otro documento que en cada caso concreto solicite el asegurador para la mejor valoración del riesgo objeto de cobertura.
6. En caso de **NATALIDAD** del asegurado, junto con la solicitud de prestación deberá acompañarse la siguiente documentación:
 - a) Certificado de inscripción del nacimiento en el Registro Civil o Libro de Familia.
 - b) Informe hospitalario acreditativo de que el alumbramiento se practicó a través de cesárea.
 - c) Informe o declaración médica acreditativa de la disminución física o psíquica, con expresión del grado y posibilidad de recuperación, así como de la fecha en que se tuvo conocimiento de la misma.

Condiciones generales

7. En caso de **SUBSIDIO POR VEJEZ (PREMIO A LA PERMANENCIA)** del asegurado, junto con la solicitud de prestación deberá acompañarse la siguiente documentación:

- Fotocopia del Documento Nacional de Identidad.

En el caso de que de dicho documento no se dedujera que hubiese cumplido los sesenta y cinco años, se requerirá la presentación de certificación de nacimiento que acredite el requisito de edad.

ARTÍCULO 15º

PAGO DE LAS PRESTACIONES

Recibida la documentación necesaria y efectuadas las comprobaciones oportunas, el asegurador determinará las indemnizaciones que resulten debidas.

La indemnización se satisfará en España y en la moneda legal vigente en ese momento.

Las indemnizaciones tienen **carácter personal e intransferible** y, en su consecuencia, no podrán ser objeto de cesión ni en todo ni en parte, ni servir de garantía para el cumplimiento de las obligaciones que los familiares o beneficiarios de la misma contrajeran con terceras personas.

El asegurador queda autorizado a retener aquella parte del capital asegurado en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas, se estime la deuda tributaria resultante de la liquidación del Impuesto sobre Sucesiones u otros tributos que en lo sucesivo puedan gravar la indemnización.

Los tomadores del seguro, asegurados o beneficiarios, que hayan percibido indebidamente prestación del asegurador, vendrán obligados solidariamente a reintegrar su importe. Quienes, por acción u omisión, hayan contribuido a hacer posible la percepción indebida de una prestación responderán solidariamente con los perceptores de la obligación de reintegrarla. Si la cantidad no fuese reintegrada en el plazo de tres meses desde que se percibió indebidamente, el asegurador podrá exigir un incremento del interés legal del dinero anual sobre el importe adeudado y en proporción a la demora.

Las prestaciones se abonarán en el plazo de cuarenta días a partir de la recepción de la solicitud de la prestación acompañada de la totalidad de los documentos exigidos. Si el asegurador incurriera en demora en el cumplimiento de la prestación, serán de aplicación las reglas contenidas en el artículo 20 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, salvo que la demora obedezca a causas justificadas o que no fuera imputable al asegurador.

ARTÍCULO 16º

COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

1. Las comunicaciones a Divina Pastora Seguros por parte del tomador del seguro o asegurado se realizarán por escrito en el domicilio social o dirección de correo electrónico de la aseguradora que figure en la póliza, pero si se realizan a un agente o a un representante de ella, surtirán los mismos efectos que si estos las hubieran efectuado directamente a esta, conforme dispone el artículo 12 de la Ley de Mediación en Seguros y Reaseguros Privados.

Sin embargo, las comunicaciones efectuadas por el tomador del seguro o asegurado al corredor de seguros no se entenderán realizadas a la entidad aseguradora.

2. Por su parte, las comunicaciones realizadas por Divina Pastora Seguros al tomador del seguro o al asegurado se realizarán por escrito en el domicilio o dirección de correo electrónico de los mismos recogidos en la póliza, salvo que se hubiera notificado a la entidad aseguradora el cambio de domicilio o dirección de correo electrónico de los mismos.

En caso de traslado al extranjero, el tomador y asegurado deberán designar un domicilio en España.

3. Las comunicaciones que haga un corredor de seguros en nombre del tomador del seguro al asegurador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de este. En todo caso, se precisará el consentimiento expreso y escrito del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el vigente.

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

ARTÍCULO 17º

CONTRATACIÓN A DISTANCIA

Se entiende por contratación a distancia la suscripción de la presente cobertura sin la presencia física de las partes contratantes, utilizando como medios para la misma la vía telefónica o a través de internet.

Antes de la celebración del contrato de seguro a distancia, Divina Pastora Seguros pondrá a disposición del tomador del seguro la información requerida al respecto por la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia así como la prevista en artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

El tomador del seguro tiene derecho a desistir del contrato de seguro realizado a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 14 días a contar desde la fecha en que se le comunique que el contrato se ha celebrado o desde la recepción de la información contractual (póliza) si esta recepción fuera posterior.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento deberá comunicarlo a Divina Pastora Seguros dentro del plazo anteriormente establecido, por un procedimiento que permita dejar constancia de la voluntad de desistir.

En cualquier caso, se considerará que la notificación ha sido realizada dentro de plazo si se efectúa en papel u otro soporte duradero, disponible y accesible a la aseguradora y se remite antes de expirar el plazo.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento está obligado al pago de la parte proporcional de la prima correspondiente al periodo durante el cual el contrato de seguro ha estado en vigor.

Condiciones generales

ARTÍCULO 18º

GRABACIÓN DE CONVERSACIONES TELEFÓNICAS

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado y/o beneficiario autorizan a la entidad aseguradora para que, si lo considera necesario y con el objeto de prestar un mejor servicio a los asegurados, pueda proceder a la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan con la misma en relación a las coberturas de la presente póliza. Asimismo, autorizan expresamente a que estas grabaciones puedan ser utilizadas en los procesos de control interno y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes. En todo caso, la entidad aseguradora queda obligada a preservar la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado puede solicitar copia del contenido de las citadas grabaciones.

ARTÍCULO 19º

ATENCIÓN AL CLIENTE. INSTANCIAS DE RECLAMACIONES INTERNAS Y EXTERNAS

Divina Pastora Seguros, de conformidad con la legislación vigente (ORDEN ECO 734/2004, de 11 de marzo) dispone de un departamento de atención al asegurado al que pueden dirigirse los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de los anteriores para presentar sus quejas y reclamaciones.

A tal fin existe a su disposición en las oficinas un ejemplar del reglamento del departamento para la formulación de las mismas.

Este departamento atiende las quejas y reclamaciones de las entidades aseguradoras que forman el grupo Divina Pastora Seguros: Mutuality General de Previsión del Hogar Divina Pastora, Mutuality de Previsión Social a Prima Fija y Divina Pastora Seguros Generales, S.A.U.

Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al departamento de Atención al Asegurado por cualquiera de los siguientes medios:

- a) Personalmente, mediante su entrega en cualquiera de las oficinas de Divina Pastora Seguros.
- b) Por correo postal remitido al apartado 1280, 46080 de Valencia con referencia "Departamento de Atención al Asegurado"
- c) Por correo electrónico a la dirección: reclamaciones@divinapastora.com.

El departamento de Atención al Asegurado acusará recibo por escrito de las mismas y tiene obligación de resolver de forma motivada en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de entrada de la queja o reclamación.

Asimismo, los interesados podrán interponer reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y del Partícipe en Planes de Pensiones, Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el departamento de Atención al Asegurado sin que este hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

A los efectos oportunos, se indica a los interesados que el funcionamiento del departamento de Atención al Asegurado, aparte de lo recogido en su propio reglamento, se encuentra regulado en las siguientes normas legales:

- Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y normas posteriores modificadoras de la misma.
- Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras.
- Orden ECC 2.502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Asimismo, se regirá por cuantas normas legales posteriores modificadoras de las mismas y disposiciones reglamentarias de desarrollo se promulguen, y en lo que dichas disposiciones encomienden a la autonomía de la voluntad, se estará a lo que se disponga en el reglamento de funcionamiento del propio departamento.

Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción que corresponda.

ARTÍCULO 20º

PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se derivan del presente contrato prescriben en el término de cinco años.

ARTÍCULO 21º

TRIBUTOS Y RECARGOS

Todos los tributos y recargos que graven el presente contrato y sus primas, siempre que sean legalmente repercutibles, correrán a cargo del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario, según corresponda.

Condiciones generales

ARTÍCULO 22º

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

1. De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (en adelante, LOPD), y su desarrollo en el R.D.1720/2007, el tomador del seguro y el asegurado quedan informados de la incorporación de sus datos personales y de los datos personales de los beneficiarios suministrados voluntariamente en la solicitud de seguro, así como de los datos de salud suministrados en la declaración de estado de salud y los que se pudieran obtener del historial clínico y documentación médica que conste en los reconocimientos y tratamientos derivados de la relación con la aseguradora en virtud de las coberturas garantizadas, así como de todos aquellos datos que nos pudieran facilitar posteriormente durante la vigencia de la relación contractual entre ambas partes, de aquellos otros a los que la entidad tenga acceso como consecuencia de la relación aseguradora o resulten de un proceso informático derivado de los ya registrados, y los que se obtengan de la actualización de los mismos y mediante grabación de conversaciones telefónicas con motivo del desarrollo de la relación contractual existente entre ambas partes, a los ficheros automatizados y manuales existentes responsabilidad de la Mutualidad General de Previsión del Hogar Divina Pastora, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija (en adelante, Divina Pastora Seguros), con las medidas de seguridad establecidas, datos que son necesarios y serán tratados con la finalidad de llevar a cabo el correcto desarrollo, control y mantenimiento de la relación y servicio con los tomadores, asegurados y/o beneficiarios, y para la realización y gestión de las prestaciones y servicios contemplados en el contrato de seguro, lo cual incluye el desarrollo, cumplimiento y control de la relación jurídica entre las partes, la gestión administrativa, contable, fiscal y de facturación, por lo que Divina Pastora Seguros queda autorizada para su tratamiento, conservación y registro en los respectivos ficheros.
2. Para el cumplimiento de las garantías, el tomador del seguro y asegurado autorizan expresamente a Divina Pastora Seguros para que sus datos personales, incluidos los de salud, puedan ser comunicados, respectivamente, entre la entidad aseguradora y aquellas entidades con las que la sociedad aseguradora o su grupo establezca vínculos de colaboración en los supuestos de los servicios señalados en la póliza, autorizando a la misma para que se dirija a dichos profesionales o centros si fuese necesario para la obtención de los indicados datos, los cuales serán tratados con el debido deber de confidencialidad por parte de la entidad aseguradora, incluyendo, sin limitación, los supuestos de coaseguro, reaseguro o cesión de cartera.
3. La entidad aseguradora podrá habilitar dispositivos o tabletas de digitalización de firma para la suscripción por parte de los titulares de solicitudes, contratos, declaraciones o documentos de todo tipo cuya suscripción requiere el tratamiento y conservación de los datos biométricos de los titulares obtenidos mediante la digitalización de la firma. La utilización de tales medios por los titulares comportará la aceptación y conservación de sus datos biométricos para tales fines, otorgándole a la firmas biométricas el mismo valor y eficacia jurídica que la firma manuscrita recogida en papel.
4. La entidad aseguradora informa que para la adecuada prestación de los servicios de computación en nube (cloud computing), los datos personales y documentos en formato electrónico podrán ser tramitados y almacenados internacionalmente por los prestadores de servicios.
5. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para las finalidades expresadas en relación con el contrato de seguro, cuya ley reguladora obliga a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios tal información para el cumplimiento de estos fines.
6. El tomador del seguro y asegurado reconocen y declaran expresamente que las contestaciones realizadas en la declaración de estado de salud son exactas y veraces, quedando informados que el mencionado cuestionario se formula y cumplimenta al amparo de lo establecido en el artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, siendo conocedores de que las reservas o declaraciones inexactas pueden dar lugar a la exoneración de las obligaciones por parte de la entidad aseguradora y a la rescisión del contrato de seguro.
7. Igualmente, Divina Pastora Seguros informa a los interesados que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11.2.c de la LOPD y concordantes de su reglamento de desarrollo, sus datos pueden ser cedidos a los siguientes organismos: jueces y tribunales, en su caso, cuando fuere requerido legalmente para ello; Agencia Española de la Administración Tributaria, para el cumplimiento de las obligaciones fiscales y tributarias; y a cualesquiera otros terceros a quienes, en virtud de la normativa aplicable, sea necesario llevar a cabo la cesión para asegurar el buen desarrollo de la gestión profesional encomendada y, en general, de las finalidades previstas.
8. La información remitida respecto a menores de edad se deberá haber obtenido previamente el consentimiento paterno, del tutor o del legal representante.
9. El interesado deberá comunicar a Divina Pastora Seguros cualquier modificación de sus datos de carácter personal a fin de que la entidad aseguradora pueda mantenerlos debidamente actualizados.
En todo caso, se considerarán exactos los datos recogidos y facilitados directamente por el tomador del seguro y/o asegurado.
10. **Derechos del afectado:** La entidad aseguradora informa sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, pudiendo dirigirse por escrito a Divina Pastora Seguros, acompañando copia del Documento Nacional de Identidad o del pasaporte u otro documento válido identificativo, a la siguiente dirección de correo electrónico: atencion.clientes@divinapastora.com o dirección de correo postal: Apartado de correos 1280, 46080 Valencia, con la referencia "Protección de Datos Personales".
En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer Divina Pastora Seguros de los datos necesarios para poder gestionar las prestaciones establecidas en el contrato de seguro.

Condiciones generales

11. **Otras finalidades:** El tomador y asegurado autorizan a Divina Pastora Seguros para que pueda tratar y mantener los datos personales, incluidos los de salud, facilitados como consecuencia de la solicitud de un contrato o de la contratación de productos o servicios con el fin de elaborar o segmentar perfiles, mediante técnicas automáticas que utilicen datos actuales, históricos o estadísticos, así como para la valoración del riesgo y presentación de nuevas propuestas o aceptación de nuevas solicitudes, perdurando su autorización incluso si el contrato no llegara a celebrarse o una vez finalizada la relación contractual con la entidad aseguradora, en tanto no sea revocada.

Asimismo, los titulares autorizan el tratamiento de los datos a los que la entidad aseguradora tenga acceso como consecuencia de la solicitud o contratación de productos o servicios, para las finalidades de oferta o comunicaciones publicitarias y promocionales y contratación de productos y servicios de la entidad, sean de carácter general o adaptadas a su perfil particular y/o características personales, así como para la realización de encuestas de calidad y satisfacción y programas de fidelización de clientes u otros análogos, perdurando su autorización incluso una vez concluida su relación con la entidad aseguradora, en tanto no sea revocada.

En particular, el tomador del seguro y asegurado consienten expresamente el envío de comunicaciones publicitarias o promocionales o desarrollo de acciones comerciales sobre productos, servicios, ofertas y novedades pueda ser realizado por medio de correo postal, teléfono, SMS, correo electrónico o a través de otros medios de comunicación electrónica equivalente, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico (LSSICE). Se informa expresamente al interesado de que puede revocar en cualquier momento su consentimiento, de conformidad con lo dispuesto en el apartado "derechos del afectado" reseñado en la presente cláusula.

Igualmente, los titulares aceptan la cesión o comunicación de los datos personales para las finalidades señaladas en el apartado anterior, a otras entidades del Grupo Divina Pastora Seguros: Divina Pastora Seguros Generales, S.A.U. (dedicada a la actividad aseguradora) y Fundación Divina Pastora (fundación de carácter asistencial), extendiendo para ello a estas la autorización expresa para el uso del correo electrónico o medio equivalente. Se informa expresamente de que el interesado puede revocar en cualquier momento su consentimiento, de conformidad con lo dispuesto en el apartado "derechos del afectado" reseñado en la presente cláusula.

En caso de que los datos personales se faciliten por persona distinta (tomador del seguro) del titular de los mismos (asegurado), recaerá en aquel la obligación de informarles de las circunstancias relativas al tratamiento de sus datos de carácter personal, de sus derechos recogidos en la presente cláusula así como de recabar el consentimiento de sus titulares para el tratamiento con los fines establecidos en la misma.

De conformidad con lo establecido en el artículo 99.7 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, Divina Pastora Seguros informa que los datos de carácter personal podrán ser cedidos a ficheros comunes del sector para la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico actuarial con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, prevención del fraude y otros legalmente establecidos, todo ello de conformidad con lo establecido en la Disposición Adicional Sexta de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS

De conformidad con lo establecido en el Texto Refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por Real Decreto legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial, tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España, y que afecten a riesgos en ella situados y también los acaecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor, y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso, o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o esta hubiera sido asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto Legal en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento de Riesgos Extraordinarios aprobado por Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

I. RESUMEN DE NORMAS LEGALES

1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h, y los tornados) y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

Condiciones generales

- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las fuerzas armadas o de las fuerzas y cuerpos de seguridad en tiempo de paz.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

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

En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

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

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

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

Anexos

ANEXO I

Prestaciones calculadas sobre la base de una prima anual de 120 euros.

01. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

1. CIRUGÍA CARDÍACA

Trasplante cardíaco (incluye pulmonar) 625,00 €

Arterias coronarias

Bypass (aorto-coronario, mamario-coronario o coronario-coronario)

- Uno o dos vasos 450,00 €

- Tres o más vasos 526,67 €

Angioplastia transluminal percutánea

- Sin stent 226,67 €

- Con stent 300,00 €

Válvulas cardíacas

Sustitución valvular

- Una válvula 450,00 €

- Más de una válvula 526,67 €

Valvulotomías/comisurotomías 376,67 €

Arritmias

Implantación desfibrilador 300,00 €

Implantación marcapasos 300,00 €

Recambio cables y/o generador marcapasos 226,67 €

Ablación

- Mediante cirugía 376,67 €

- Mediante radiofrecuencia 226,67 €

Pericardio

Pericardiectomía 300,00 €

Pericardiotomía 226,67 €

Pericardiocentesis 150,00 €

2. CIRUGÍA GRANDES VASOS

Coartación aórtica 450,00 €

3. CIRUGÍA VASCULAR

Aneurismas, endarterectomías y tromboendarterectomías

Cerebrales 526,67 €

Carotídeos 450,00 €

Aorta toracoabdominal 376,67 €

Arterias periféricas 300,00 €

Bypass o pontaje arterial 376,67 €

Derivaciones venosas (portocava, mesocava, esplenorrenal) 376,67 €

Angioplastias percutáneas

- Con stent 226,67 €

- Sin stent 150,00 €

Varices (por cada miembro inferior intervenido) 226,67 €

Anexos

Tumor glómico	300,00 €
Hemangiomas	
- Viscerales	300,00 €
- Cutáneos	226,67 €

02. CIRUGÍA APARATO DIGESTIVO

1. ESÓFAGO

Esofagotomía o esofagostomía	226,67 €
Esofaguectomía	
- Parcial	450,00 €
- Total	526,67 €
Esofagomiotomía	300,00 €
Varices esofágicas	
- Ligadura	376,67 €
- Esclerosis	226,67 €

2. ESTÓMAGO

Gastrotomía para escisión de lesión o tejido (pólipo)	300,00 €
Gastrectomía parcial o total (Billroth I y II)	450,00 €
Pilorooplastia mediante incisión con vagotomía selectiva o troncular	376,67 €
Pilorooplastia endoscópica	226,67 €
Gastroscofia con escisión de tejidos (pólipos)	226,67 €
Gastrostomía, gastroduodenostomía, gastroyeyunostomía	376,67 €
Banda gástrica por laparoscopia	226,67 €
By pass gástrico laparoscópico	300,00 €
Hernia de hiato (funduplicatura tipo Nissen)	376,67 €
Gastropexia	300,00 €

3. INTESTINO DELGADO

Resección total	526,67 €
Resección segmentaria con anastomosis término terminal	450,00 €
Ileostomía permanente	376,67 €
Fijación intestino delgado	300,00 €
Sutura intestino delgado	300,00 €
Reparación fístula	226,67 €
Obstrucción intestinal (bridas)	226,67 €
Yeyunostomía de alimentación	226,67 €
Cierre ileostomía	150,00 €
Escisión local, polipsectomía	226,67 €

4. INTESTINO GRUESO

Colectomía total	526,67 €
Resección segmentaria con anastomosis término terminal	450,00 €
Hartmann	450,00 €
Resección sigma/recto vía laparoscópica	376,67 €
Colostomía permanente	376,67 €

Anexos

Fijación intestino grueso	376,67 €
Cierre fístula intestino grueso	376,67 €
Sutura y escisión local (polipectomía, adenomas)	300,00 €
Polipectomía endoscópica	150,00 €
Apendicectomía	150,00 €
Apendicectomía peritonitis local	226,67 €
Apendicectomía con peritonitis generalizada	376,67 €
Reconstrucción cierre ileostomía y anastomosis término-terminal	226,67 €

5. RECTO

Resección con reconstrucción	526,67 €
Resección abdominoperineal (proctocolectomía)	526,67 €
Anuloplastia con hemorroidectomía	226,67 €
Prolapso rectal	226,67 €
Fijación recto	226,67 €
Fístula rectal	226,67 €
Hemorroides	150,00 €
Fisura anal	150,00 €
Esfinterotomía anal	150,00 €
Sutura anal	100,00 €
Anuloplastia sin hemorroidectomía	100,00 €

6. HÍGADO

Trasplante hepático	625,00 €
Lobectomía	526,67 €
Hepatectomía parcial	450,00 €
Sutura hepática	376,67 €
Quistes hepáticos con cirugía abierta	300,00 €
Quistes hepáticos vía laparoscópica	226,67 €
Ablación tumoral por radiofrecuencia	226,67 €

7. VESÍCULA Y VÍA BILIAR

Colecistectomía percutánea endoscópica	226,67 €
Colecistectomía cirugía abierta	300,00 €
Extracción cálculos o incisión vesícula cirugía abierta	300,00 €
Operaciones percutáneas sobre vía biliar	226,67 €
Anastomosis vesícula o vía biliar a páncreas, estómago o intestino	376,67 €

8. PÁNCREAS

Pancreatoduodenectomía radical	625,00 €
Trasplante de páncreas	625,00 €
Pancreatectomía total	526,67 €
Pancreatectomía parcial	450,00 €
Pancreatomía	
- Drenaje quiste pancreático	376,67 €
- Pancreatolitotomía	376,67 €
- Marsupialización quiste pancreático	376,67 €
CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica)	226,67 €

Anexos

9. PERITONEO

Escisión tejido peritoneal	300,00 €
Lisis de adherencias peritoneales	226,67 €

10. BAZO

Esplenectomía	376,67 €
Esplenectomía vía laparoscópica	300,00 €

03. CIRUGÍA GENERAL

1. CIRUGÍA DERMATOLÓGICA

Extirpación simple tumores (basocelular, espinocelular, melanoma)	150,00 €
Ampliación márgenes tumorales	150,00 €
Extirpación lesiones cutáneas, con anestesia general y hospitalización superior a 24 horas	150,00 €
Extirpación tumores con plastia cutánea	226,67 €
Extirpación tumores con ganglio centinela	226,67 €
Extirpación tumores con linfadenectomía	300,00 €
Extirpación radical tumores cutáneos	376,67 €

2. CIRUGÍA CUELLO, TIROIDEA Y PARATIROIDEA

Drenaje hematoma o absceso de conducto tirogloso, quiste branquial	150,00 €
Extirpación conducto tirogloso, quiste branquial	226,67 €
Tiroidectomía parcial	300,00 €
Tiroidectomía total	376,67 €
Paratiroidectomía total, subtotal	376,67 €
Tiroidectomía/patiroidectomía radical	450,00 €
Vaciamiento ganglionar cervical aislado	226,67 €

3. CIRUGÍA CAVIDAD TORÁCICA, ABDOMINAL Y HERNIAS

Hernia crural o inguinal bilateral	226,67 €
Hernia crural o inguinal unilateral	150,00 €
Hernia epigástrica o umbilical	150,00 €
Hernia muscular – eventración	150,00 €
Hernia diafragmática	300,00 €
Drenaje abscesos intraabdominales o intratorácicos	226,67 €
Hidrosadenitis axilar/inguinal (excluye drenajes)	150,00 €
Quiste sacrocoxígeo (dermoide, pilonidal, fistula sacrocoxígea)	150,00 €

4. CIRUGÍA DE LA MAMA

Ablación parcial de mama (nódulo mamario, fibroadenoma)	150,00 €
Tumorectomía mama con ganglio centinela	226,67 €
Cuadrantectomía (con o sin ganglio centinela)	226,67 €
Linfadenectomía axilar aislada	226,67 €
Mastectomía simple	300,00 €
Cirugía cáncer mama con linfadenectomía axilar unilateral	376,67 €
Cirugía cáncer mama radical	450,00 €
Extirpación pectoral aislado	226,67 €
Colocación expansor mamario	150,00 €

Anexos

Reconstrucción mamaria mediante implantes	300,00 €
Reconstrucción mamaria mediante colgajos/injertos	376,67 €
Reconstrucción CAP (complejo areola-pezones)	150,00 €

04. GINECOLOGÍA

1. OVARIO

Resección por quiste, tumor u otra patología

Mediante laparoscopia

- Resección parcial	226,67 €
- Resección total (uni/bilateral) con o sin trompa	300,00 €

Mediante laparotomía

- Resección parcial	300,00 €
- Resección total (uni/bilateral) con/sin trompa	376,67 €

2. TROMPA DE FALOPIO

Sutura, reparación	150,00 €
Resección parcial o total	300,00 €

3. CUELLO UTERINO

Conización (por cualquier procedimiento)	100,00 €
Polipeptomía (por cualquier procedimiento)	100,00 €
Amputación, reparación, cerclaje	150,00 €

4. ÚTERO

Exenteración pélvica	526,67 €
Histerectomía radical (cualquier vía acceso)	450,00 €
Histerectomía Abdominal:	
- Subtotal	300,00 €
- Total con/sin anexectomía	376,67 €
Histerectomía vía laparoscópica	300,00 €
Histerectomía vía vaginal	300,00 €
Prolapso uterino	300,00 €
Miomectomía	226,67 €
Lgrado uterino	150,00 €

5. VAGINA Y FONDO DE SACO VAGINAL

Fijación vaginal: vaginopexia, vaginoperineopexia	300,00 €
Reparación cisto-rectocele	300,00 €
Reparación cistocele (colporrafia anterior)	226,67 €
Reparación rectocele (colporrafia posterior)	226,67 €
Reparación fístula vesico-vaginal (colpoperineoplastia)	150,00 €
Reconstrucción vaginal (sutura, desgarro)	150,00 €
Reparación introito vaginal	150,00 €

6. VULVA Y PERINEO

Vulvectomía radical	526,67 €
Vulvectomía simple	376,67 €

Anexos

Incisión/sutura vulvar	150,00 €
Tratamiento quirúrgico de la bartholinitis	150,00 €

7. OTRAS INTERVENCIONES GINECOLÓGICAS

Histeroscopia terapéutica	226,67 €
---------------------------	----------

05. CIRUGÍA TORÁCICA

1. CIRUGÍA SOBRE CAVIDAD PLEURAL

Hemotórax / neumotórax con cirugía abierta	376,67 €
Toracocentesis (catéter, drenaje, neumotorax, pleurodesis)	300,00 €

2. EXTIRPACIÓN DE TEJIDO PULMONAR

Trasplante pulmonar	625,00 €
Neumectomía total	526,67 €
Lobectomía	450,00 €
Segmentectomía	376,67 €

3. REPARACIÓN PULMONAR Y BRONQUIAL

Sutura bronquial	376,67 €
Fístula bronquial	376,67 €
Laceración pulmonar	376,67 €

Colapso quirúrgico del pulmón (destrucción nervio frénico, neumotórax artificial, toracoplastia u otros procedimientos quirúrgicos para colapsar el pulmón)	376,67 €
---	----------

Toracotomía (causas no comprendidas en apartados anteriores: quistes, tumores benignos, timectomía, que no requieran lobectomía o neumectomía)	300,00 €
--	----------

Cirugía torácica vídeo asistida (CTVA)	150,00 €
--	----------

06. NEUROCIRUGÍA

1. CEREBRO

Resección cerebral

Hemisferectomía/lobectomía	625,00 €
Hemilobectomía	526,67 €
Lobotomía/tractotomía	450,00 €

Craneotomía

- Con intervención sobre parénquima cerebral	526,67 €
- Sin intervención sobre parénquima cerebral	300,00 €

Hipófisis

- Resección parcial (adenomas)	376,67 €
- Resección total	450,00 €

Exéresis quirúrgica craneofaringioma/bolsa de Rathke	376,67 €
--	----------

Drenaje abscesos cerebrales

- Subaracnoideo	376,67 €
- Subdural / Epidural	300,00 €

Derivaciones de líquido cefalorraquídeo (ventrículoatriales o ventrículo-peritoneales)	376,67 €
--	----------

Anexos

2. MÉDULA ESPINAL

Exéresis tumores medulares

- Intramedulares	450,00 €
- Extramedulares	376,67 €

Cirugía de la hernia discal

- Laminectomía/hemilaminectomía	376,67 €
- Discectomía/microdiscectomía	300,00 €

Implante neuroestimulador medular

376,67 €

3. SISTEMA NERVIOSO PERIFÉRICO Y PARES CRANEALES

Intervención quirúrgica sobre pares craneales 376,67 €

Liberación de pares craneales (neurólisis) 226,67 €

Intervención quirúrgica sobre plexos nerviosos 376,67 €

Intervención quirúrgica sobre nervios periféricos 300,00 €

Liberación de nervios periféricos (neurólisis, síndrome túnel carpiano o tarsiano, neurólisis nervio cubital o ciaticopoplíteo) 150,00 €

Neuroma de Morton 150,00 €

Implante neuroestimulador periférico 300,00 €

4. SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO O SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

Simpatectomía

- Mediante CIR abierta	450,00 €
- Vía esfenopalatina	376,67 €
- Mediante toracoscopia (VATS)	300,00 €

07. OFTALMOLOGÍA

1. PÁRPADOS

Reparación entropión o ectropión 150,00 €

2. APARATO LACRIMAL

Dacriocistectomía (extirpación saco lacrimal) 150,00 €

Dacriocistorrinostomía y conjuntivocistorrinostomía 150,00 €

3. CONJUNTIVA Y CÓRNEA

Conjuntivoplastia (incluye división de simbléfaron) 226,67 €

Escisión de pterigión 150,00 €

Escisión o destrucción de tejido corneal (por cualquier procedimiento) 150,00 €

Reparaciones sobre córnea (excepto técnica lásik) 226,67 €

Trasplante de córnea 376,67 €

4. IRIS, CUERPO CILIAR, ESCLERÓTICA Y CÁMARA ANTERIOR

Iridotomía e iridectomía 226,67 €

Iridoplastia y coreoplastia 226,67 €

Facilitación circulación intraocular. Corrección glaucoma: procedimientos diatermia, fotocoagulación 226,67 €

Operaciones sobre esclerótica 300,00 €

5. CRISTALINO

Extracción de cristalino más inserción de lente intraocular (cada ojo) 226,67 €

Extracción de pseudocristalino implantado 150,00 €

Anexos

6. RETINA, COROIDES, CUERPO VÍTREO Y CÁMARA POSTERIOR

Operaciones sobre órbita y globo ocular (evisceración globo ocular, enucleación)	450,00 €
Vitreotomía (por cualquier procedimiento)	300,00 €
Destrucción lesión de retina y coroides (por diatermia, crioterapia, fotocoagulación láser)	226,67 €
Reparación desprendimiento de retina (por diatermia, crioterapia, fotocoagulación láser)	226,67 €
Reparación desgarro de retina (láser)	150,00 €
Procedimientos secundarios después de extirpación del globo ocular: implante ocular, eliminación implante	226,67 €

08. CIRUGÍA ORTOPÉDICA

1. ARTRODESIS

Columna vertebral	526,67 €
Codo-muñeca	376,67 €
Tobillo	00,00 €
Mano-subastragalina, mediotarsiana-tarsometatarsiana	226,67 €
Metatarsofalángica	150,00 €

2. CIFOPLASTIA

Cifoplastia	150,00 €
-------------	----------

3. ARTROPLASTIA

Cadera	
- Total	450,00 €
- Parcial	376,67 €
Sustitución total de rodilla	450,00 €
Rizartrosis	226,67 €

4. CIRUGÍA ARTROSCÓPICA ARTICULAR

Artroscopia terapéutica articular	226,67 €
-----------------------------------	----------

5. CIRUGÍA ABIERTA

Reparación mediante cirugía abierta de cadera, rodilla, hombro, codo, muñeca, tobillo	300,00 €
---	----------

6. EPICONDILITIS / EPITROCLEITIS

Epicondilitis, epitrocleititis	226,67 €
--------------------------------	----------

7. HALLUX VALGUS

Intervención en cada pie	226,67 €
--------------------------	----------

8. AMPUTACIONES

Completa de miembro	526,67 €
Hasta rodilla/codo	450,00 €
Hasta tobillo/muñeca	376,67 €
Dedos	226,67 €

9. EXÉRESIS QUISTES

Ganglión	150,00 €
Quiste de Baker	226,67 €

Anexos

10. CIRUGÍA SOBRE HUESO

Espolón calcáneo	150,00 €
Osteotomías de dedos	150,00 €
- Con reconstrucción	226,67 €

11. CIRUGÍA SOBRE TENDÓN, LIGAMENTOS Y FASCIA

Tendón Aquiles	226,67 €
Tendón bíceps	226,67 €
Ligamentos tobillo	226,67 €
Dedo en resorte o martillo	150,00 €
Tendinitis de De Quervain	150,00 €
Enfermedad de Dupuytren	150,00 €

09. CIRUGÍA OTORRINOLARINGOLÓGICA

1. INTERVENCIONES SOBRE EL OÍDO EXTERNO/MEDIO

Estapedectomía o cualquier otra intervención sobre oído medio	300,00 €
Timpanoplastia o miringoplastia de cualquier tipo	300,00 €
Osteoma conducto auditivo externo	226,67 €
Intervención sobre trompa de Eustaquio (cauterización, insuflación)	150,00 €
Miringotomía o paracentesis timpánica o drenaje transtimpánico	100,00 €

2. INTERVENCIONES SOBRE EL OÍDO INTERNO

Audífono con fijación osteointegrada	150,00 €
--------------------------------------	----------

3. INTERVENCIÓN SOBRE MASTOIDES

Mastoidectomía radical	376,67 €
Mastoidetomía simple	300,00 €
Cierre de fístula mastoidea o incisión mastoides	150,00 €

4. INTERVENCIÓN SOBRE GLÁNDULAS SALIVALES

Extirpación glándula parótida total	376,67 €
Extirpación glándula parótida parcial	300,00 €
Extirpación glándula submaxilar total	300,00 €
Extirpación glándula submaxilar parcial	226,67 €
Extirpación glándula sublingua	226,67 €
Drenaje, ránula u obstrucción conducto glándula salival	150,00 €

5. INTERVENCIONES SOBRE NARIZ

Rinoseptoplastia (tratamiento de la desviación del tabique nasal)	226,67 €
Otras rinoplastias	226,67 €
Intervenciones con radiofrecuencia	150,00 €

6. INTERVENCIONES SOBRE LARINGE

Laringuectomía total	450,00 €
Laringuectomía parcial	376,67 €
Cordotomía, decorticación, pólipos, exéresis cuerdas vocales	226,67 €
Estenosis con láser	150,00 €
Intervenciones con radiofrecuencia	150,00 €

Anexos

7. OTRAS INTERVENCIONES

Tratamiento quirúrgico de sinusitis de dos o más senos	300,00 €
Tratamiento quirúrgico de la sinusitis de un seno	226,67 €
Osteotomía maxilar	226,67 €
Rinofima	226,67 €
Legrado o pólipos del seno	150,00 €
Amigdalectomía	150,00 €
Tratamiento de las sinequias coanales	150,00 €
Traqueotomía, traqueostomía	150,00 €
Cordales incluidos, con anestesia general y hospitalización	150,00 €
Úvulo-palato-faringoplastias	226,67 €
Glosectomía parcial	226,67 €
Glosectomía total	300,00 €

10. UROLOGÍA

1. RIÑÓN Y SUPRARRENALES

Trasplante renal	526,67 €
Nefrectomía / suprarrenalectomía parcial	376,67 €
Nefrectomía / suprarrenalectomía unilateral	450,00 €
Nefrectomía / suprarrenalectomía bilateral o radical	526,67 €
Cirugía endoscópica pelvis renal	300,00 €
Nefrotomía/pielotomía	376,67 €
Nefropexia	300,00 €
Nefrostomía/pielostomía (catéter)	226,67 €
Punción, evacuación quiste renal	226,67 €

2. URÉTER

Cirugía endoscópica ureteral (cálculo, dilatación, adherencias)	226,67 €
Ureterotomía/replicación ureteral	300,00 €
Ureterectomía	376,67 €
Cateterismo ureteral (doble "J")	100,00 €

3. VEJIGA

Cistectomía radical	526,67 €
Cistectomía parcial	300,00 €
Cistectomía total	376,67 €
Fistulectomía (rectovesicovaginal, ureterovesical, uretro-perineovesical, vesicosigmoidovaginal)	376,67 €
Cistouretroplastia	376,67 €
Ampliación vesical	376,67 €
Sutura vesical	300,00 €
Resección transuretral tumor vesical	226,67 €
Cistorrectocele	226,67 €
Cistocele, cistopexia (TOT, TVT, banda suburetral)	150,00 €
Cirugía endoscópica vesical (dilatación, cálculos)	150,00 €
Esfinterotomía vesical	226,67 €

Anexos

4. URETRA

Cirugía endoscópica uretral (dilatación, liberación estenosis, cálculos)	150,00 €
Uretrotomía (extracción cálculo uretral)	226,67 €

5. APARATO GENITAL

Pene

Amputación parcial	226,67 €
Amputación total	300,00 €
Alargamiento / prótesis peneana	226,67 €
Incurvación peneana. Enf. Peyronie	150,00 €

Testículos

Quiste escroto / cordón espermático	150,00 €
Orquidopexia (fijación testicular-torsión testicular, criptorquidia)	150,00 €
Hidrocele / varicocele	226,67 €
Orquiectomía simple	300,00 €
Orquiectomía radical	376,67 €
Colocación prótesis testicular	150,00 €

Próstata

Resección transuretral de próstata	226,67 €
Fotovaporización con láser	150,00 €
Prostatectomía vía abdominal	376,67 €
Prostatectomía laparoscópica	300,00 €
Prostatectomía radical	450,00 €

Anexos

ANEXO II

A tenor de lo establecido en el artículo 2º de estas condiciones generales, las lesiones o pérdidas anatómicas o funcionales que se contemplan en el presente baremo, darán el derecho a percibir la prestación siempre que ocasionen una disminución no inferior al 33% en el rendimiento normal de la profesión declarada.

Prestaciones calculadas sobre la base de una prima anual de 120 euros.

I. CABEZA Y CARA

1. Pérdida de sustancia en la pared craneal de más de cinco cm cuadrados o con latidos e impulsión a la tos.	1.250,01 €
2. Disminución de la agudeza visual de un ojo a menos del 50 por 100, siempre que con corrección no alcance las siete décimas.	625,00 €
3. Disminución de la agudeza visual de un ojo en más del 50 por 100.	937,50 €
4. Disminución de la agudeza visual de ambos ojos en menos del 50 por 100, siempre que con corrección, no alcancen ambos, las siete décimas.	1.250,01 €
5. Pérdida de una oreja.	937,50 €
6. Pérdida de las dos orejas.	2.375,01 €
7. Deformaciones en el rostro, siempre que determinen una alteración importante en su aspecto.	Desde 488,32 € hasta 1.250,01 €
8. Deformaciones del rostro, siempre que determinen aspecto repulsivo o impidan algunas de las funciones de los órganos exteriores de la cara.	Desde 732,48 € hasta 4.000,02 €

II. MIEMBROS SUPERIORES

1º. PÉRDIDA DE LOS DEDOS DE LA MANO

	DERECHO	IZQUIERDO
A) Pulgar:		
9. Pérdida de la segunda falange.	1.250,01 €	734,63 €
B) Índice:		
10. Pérdida de la tercera falange.	625,00 €	468,85 €
11. Pérdida de la segunda y tercera falanges.	937,50 €	750,00 €
12. Pérdida completa.	1.250,01 €	937,50 €
13. Pérdida del metacarpiano.	468,85 €	468,85 €
14. Pérdida completa, incluido metacarpiano.	1.406,35 €	1.250,01 €
C) Medio:		
15. Pérdida de la tercera falange.	625,00 €	468,85 €
16. Pérdida de la segunda y tercera falanges.	937,50 €	750,00 €
17. Pérdida completa.	1.250,01 €	937,50 €
18. Pérdida del metacarpiano.	468,85 €	468,85 €
19. Pérdida completa, incluido metacarpiano.	1.406,35 €	1.250,01 €
D) Anular:		
20. Pérdida de la tercera falange.	468,85 €	375,01 €
21. Pérdida de la segunda y tercera falanges.	750,00 €	625,00 €
22. Pérdida completa.	937,50 €	750,00 €
23. Pérdida del metacarpiano.	375,01 €	375,01 €
24. Pérdida completa, incluido metacarpiano.	1.250,01 €	937,50 €
E) Meñique:		
25. Pérdida de la tercera falange.	375,01 €	312,49 €
26. Pérdida de la segunda y tercera falanges.	625,00 €	468,85 €

Anexos

	DERECHO	IZQUIERDO
27. Pérdida completa.	750,00 €	625,00 €
28. Pérdida del metacarpiano.	562,50 €	562,50 €
29. Pérdida completa, incluido metacarpiano.	937,50 €	750,00 €
2º. ANQUILOSIS		
A) Codo:		
30. En posición favorable (ángulo recto, o próximo a él).	1.406,35 €	1.250,01 €
31. Muñeca.	1.406,35 €	1.250,01 €
B) Pulgar de la mano que se utilice para el trabajo:		
32. De la articulación interfalángica.	937,50 €	468,85 €
33. De la articulación metacarpogalángica.	1.250,01 €	937,50 €
34. De la articulación interfalángica y metacarpofalángicas asociadas.	1.406,35 €	1.250,01 €
C) Índice:		
35. De la articulación segunda interfalángica.	468,85 €	375,01 €
36. De la articulación primera interfalángica.	750,00 €	625,00 €
37. De la articulación metacarpofalángica.	750,00 €	625,00 €
38. De las dos articulaciones interfalángicas asociadas.	750,00 €	625,00 €
39. De las articulaciones metacarpofalángicas y una interfalángica asociadas.	937,50 €	750,00 €
40. De las tres articulaciones.	1.250,01 €	937,50 €
D) Medio, anular y meñique:		
41. De la segunda articulación interfalángica.	375,01 €	312,49 €
42. De la primera articulación interfalángica.	468,85 €	375,01 €
43. De la articulación metacarpofalángica.	468,85 €	375,01 €
44. De las articulaciones interfalángicas asociadas.	625,00 €	468,85 €
45. De la articulación metacarpofalángica y una interfalángica.	750,00 €	625,00 €
46. De las tres articulaciones.	937,50 €	750,00 €
3º. RIGIDECES ARTICULARES		
A) Hombro:		
47. Limitación de la movilidad en más del cincuenta por ciento.	1.406,35 €	1.250,01 €
B) El codo:		
48. Limitación de la movilidad en menos del cincuenta por ciento, siempre que se llegue a una flexión de 45 grados o a una extensión de 150 grados.	937,50 €	750,00 €
49. Limitación de la movilidad en más del cincuenta por ciento.	1.406,35 €	937,50 €
C) Muñeca:		
50. Limitación de la movilidad en más del cincuenta por ciento.	1.250,01 €	937,50 €
51. Limitación de la flexión en más del cincuenta por ciento.	750,00 €	468,85 €
III. MIEMBROS INFERIORES		
1º PÉRDIDA DE LOS DEDOS DEL PIE		
A) Primer dedo:		
52. Pérdida total.		625,00 €

Anexos

B) Segundo, tercero y cuarto dedos:

53. Pérdida total (cada uno)	375,01 €
------------------------------	----------

C) Quinto dedo:

54. Pérdida total.	468,85 €
--------------------	----------

2º ANQUILOSIS

A) Rodilla:

55. En posición favorable en extensión o en ligera flexión, incluido posible acortamiento.	1.406,35 €
--	------------

B) Garganta del pie:

56. En posición favorable (en ángulo recto o en ligera flexión plantar).	1.250,01 €
--	------------

57. De tres dedos de un pie	468,85 €
-----------------------------	----------

58. De cuatro dedos de un pie.	750,00 €
--------------------------------	----------

59. De los cinco dedos de un pie.	937,50 €
-----------------------------------	----------

3º RIGIDECES ARTICULARES

A) Rodilla:

60. Limitación de la movilidad del cincuenta por ciento siempre que no llegue a una flexión de 90 grados.	937,50 €
---	----------

61. Limitaciones en más del cincuenta por ciento.	1.406,35 €
---	------------

B) Garganta del pie:

62. Limitación en más del cincuenta por ciento.	1.250,01 €
---	------------

4º ACORTAMIENTOS

63. De dos a cuatro cm por cada extremidad.	625,00 €
---	----------

64. De más de cuatro cm por cada extremidad.	1.250,01 €
--	------------

Atención al Cliente

Divina Pastora Seguros dispone de un servicio de atención al cliente en el que pueden realizar sus consultas o incluso gestionar sus prestaciones.

Atención al cliente

+34 963 113 340

atencion.clientes@divinapastora.com



divinapastora seguros

Atención al Cliente

963 113 340

atencion.clientes@divinapastora.com

Aptdo. de Correos 1280
46080 Valencia

www.divinapastora.com