

CONDICIONES GENERALES

SURNE ACCIDENTES

CONDICIONES GENERALES

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de Seguros Privados, por las disposiciones complementarias y las reglamentarias que le sean aplicables y por lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y/o Especiales de la Póliza.

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

ARTICULO PRELIMINAR: DEFINICIONES DE LOS ELEMENTOS DEL CONTRATO

MUTUA

SURNE, Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija, la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado en esta póliza, a cambio de la prima.

TOMADOR-MUTUALISTA

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

ASEGURADO

La persona física sobre la que se contrata el seguro y que en defecto del Tomador-Mutualista asume las obligaciones derivadas del contrato.

POLIZA

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

- La Solicitud de Seguro y la Declaración de Salud.
- Las Condiciones Generales del Contrato que regulan las coberturas suscritas y el funcionamiento del contrato
- Las Condiciones Particulares que individualizan el riesgo y recogen las cláusulas que por voluntad de las partes completen o modifiquen las Condiciones Generales
- Las Condiciones Especiales, si procediesen, y los Apéndices o Suplementos que se emitan a la póliza para completarla o modificarla.

SINIESTRO

Es todo hecho indemnizable por la póliza.

CAPITAL GARANTIZADO

Es el importe, fijado en las Condiciones Particulares de la póliza, que deberá satisfacer la Mutua al beneficiario/s en caso de siniestro, bien como capital único o en pagos periódicos, en su caso, para cada una de las coberturas garantizadas.

EDAD ACTUARIAL

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

PRIMA

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

INCAPACIDAD TEMPORAL POR ACCIDENTE:

Es la situación física que incapacite temporalmente al asegurado para la realización de su profesión habitual, que será determinada por el Asegurador, al margen de lo previsto por los médicos de la Seguridad Social.

FRANQUICIA:

Número de días consecutivos, contados desde la fecha en que se produce el siniestro, que no se computan a efectos del pago de la indemnización, de acuerdo con lo pactado por las partes en las Condiciones Particulares

INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL POR ACCIDENTE:

La situación física e irreversible que incapacite permanentemente al asegurado, sin alcanzar el grado de total o absoluta.

INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL POR ACCIDENTE:

La situación física e irreversible, determinante de la total ineptitud del Asegurado para el mantenimiento permanente de su profesión habitual, declarada o reconocida por el Organismo público competente.

INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR ACCIDENTE:

La situación física irreversible determinante de la total ineptitud del Asegurado para el mantenimiento permanente de cualquier profesión u oficio remunerados, declarada o reconocida por el Organismo público competente.

GRAN INVALIDEZ POR ACCIDENTE

La situación física irreversible que determine la necesidad de asistencia de otra persona para llevar a cabo los actos más esenciales de la vida tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos, que sea declarada o reconocida por el Organismo público competente

ACCIDENTE

La lesión corporal sobrevenida que se deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. En todo caso, se considerarán accidentes todos aquellos hechos catalogados como tales por los Organismos Oficiales o Jurisdiccionales competentes en sus correspondientes Resoluciones o Sentencias firmes, incluso en el orden Social y Laboral.

En consecuencia, la calificación de un hecho como accidente y la graduación de la incapacidad permanente vendrán determinadas por la regulación de la Seguridad Social y/o por los Organismos Oficiales o Jurisdiccionales competentes en sus correspondientes Resoluciones o Sentencias firmes, salvo para el caso de incapacidad temporal.

ACCIDENTE DE TRABAJO

Tendrá la consideración de accidente de trabajo toda lesión corporal que el Asegurado sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta del Tomador del seguro, incluyendo los ocurridos al ir o volver del lugar de trabajo (riesgo "in itinere"), y sea admitida y calificada como accidente de trabajo por la Seguridad Social o Autoridad Laboral competente u órganos jurisdiccionales competentes, en sus respectivas resoluciones o sentencias firmes.

ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN

Tendrá tal consideración los accidentes derivados de hechos de la circulación en los términos previstos en el artículo 2 del Reglamento del seguro obligatorio de responsabilidad civil en la circulación de vehículos a motor, o la legislación que la sustituya o modifique y esté en vigor en cada momento y, además y en todo caso:

- ✓ Los accidentes acaecidos al Asegurado como peatón causado por un vehículo de cualquier tipo.
- ✓ Los sufridos por el Asegurado como conductor o pasajero de un vehículo terrestre de cualquier tipo, incluyendo bicicletas.
- ✓ Los sufridos como usuario o pasajero de un transporte público terrestre, marítimo o aéreo.

ARTICULO 1: OBJETO DEL SEGURO

La Mutua garantiza el pago de la indemnización prevista en las Condiciones Particulares de esta póliza, en caso de que ocurra alguno de los supuestos que se describen a continuación dentro del **año siguiente a la ocurrencia del accidente**. **En caso de que se produzca con posterioridad se deberá acreditar fehacientemente que fue consecuencia del mismo.**

1. Garantía Principal:

- ⇒ **Fallecimiento por Accidente**

2. Garantías Complementarias

- ⇒ **Incapacidad Permanente Total derivada de accidente**
- ⇒ **Incapacidad Permanente Absoluta derivada de accidente**
- ⇒ **Gran Invalidez por accidente**
- ⇒ **Invalidez Parcial por accidente.** La indemnización a pagar en este caso será la que resulte de aplicar sobre el capital pactado en el contrato los porcentajes señalados en el ANEXO I. En el caso de que con posterioridad al pago de la indemnización por Invalidez Permanente Parcial sobreviniera la Muerte o Invalidez Permanente Total o Absoluta del Asegurado, las cantidades satisfechas se considerarán abonadas a cuenta de la suma total a indemnizar.

El pago por incapacidad permanente Total, Absoluta o Gran Invalidez supone la extinción de toda obligación posterior respecto a ese asegurado.

3. Garantías complementarias derivadas de accidente de circulación

- ⇒ Fallecimiento por accidente de circulación
- ⇒ Incapacidad Permanente Absoluta derivada de un accidente de circulación
- ⇒ Incapacidad Permanente Total derivada de un accidente de circulación
- ⇒ Gran Invalidez por accidente de circulación

4. Asistencia Sanitaria por accidente:

El Asegurador garantiza, **durante el plazo máximo de un año a contar desde la fecha del accidente** y hasta la cuantía máxima señalada en las Condiciones particulares y o especiales de la póliza, lo siguiente:

- ✓ Los servicios médicos en un centro asistencial, con inclusión de los gastos derivados de los mismos, pruebas médicas (incluidos los servicios complementarios prescritos por un facultativo durante el proceso de curación en régimen no hospitalario) y quirúrgicas.
- ✓ Gastos de hospitalización entendiéndose por tales la habitación y la manutención, **sin extras**, del Centro Sanitario en que se halle internado el Asegurado.
- ✓ Traslados y desplazamientos, que incluye **únicamente** los gastos por traslado urgente del desde el lugar del accidente hasta el centro sanitario donde deba recibir la debida atención médica.
- ✓ Asistencia de urgencias que comprende aquellos gastos derivados de la necesaria asistencia de carácter urgente y primeros auxilios.
- ✓ Gastos de rehabilitación física que incluye los servicios de fisioterapia y similares, que deba utilizar el Asegurado por prescripción médica durante el proceso de curación, excluyendo la rehabilitación a domicilio y en piscina.
- ✓ Gastos derivados de material de osteosíntesis entendiéndose por tal cualquier elemento empleado para la síntesis o unión de los extremos de un hueso, para soldar elementos articulares o para la provocación quirúrgica de anquilosis de una articulación hasta un límite económico por dicho concepto de 1.200 euros.

Salvo que se indique lo contrario en las Condiciones especiales **NO estarán cubiertos:**

- ✓ **Gastos farmacéuticos.**
- ✓ **Gastos de elementos auxiliares (muletas, sillas de ruedas y análogos)**
- ✓ **Gastos de material y prótesis ortopédica, dentaria, óptica o acústica.**
- ✓ **Gastos derivados de pruebas diagnósticas diferenciales o de 2ª opinión.**
- ✓ **Gastos de tratamiento que implanten cultivos de células madre o factores de crecimiento, así como las infiltraciones de ácido hialurónico.**

5. Incapacidad temporal por accidente:

Siempre que conste suscrita el asegurador **pagará durante un periodo máximo de 365 días**, la indemnización acordada por cada día que el Asegurado se halle incapacitado transitoriamente para su actividad laboral o profesional, **de acuerdo con lo establecido por el Equipo Médico designado por la Mutua.**

6. Gran Invalidez Plus por accidente

Esta garantía no podrá contratarse separadamente de la garantía de fallecimiento por accidente.

Siempre que conste suscrita esta garantía, la Mutua abonará contra factura los siguientes gastos siempre y cuando resultaren necesarios:

- a) **COBERTURA DE GASTOS DE REFORMA PARA LA ADECUACIÓN DE LA VIVIENDA.**
En caso de una Gran Invalidez por accidente cubierta en póliza, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de reforma para la adecuación de la vivienda habitual del asegurado (instalación de rampas de acceso a sillas de ruedas, sistemas de alerta, etc.). La Compañía asumirá el 80% del coste de la reforma, hasta un máximo de 6.000 €.

- b) **COBERTURA DE GASTOS DE REFORMA PARA LA ADECUACIÓN DEL VEHÍCULO**
En caso de una Gran Invalidez por accidente cubierta en póliza, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de reforma para la adecuación del vehículo del asegurado (instalación de rampas de acceso a sillas de ruedas, sistemas de alerta, etc.). La Compañía asumirá el 80% del coste de la reforma, hasta un máximo de 6.000 €.
- c) **SUMINISTRO DE SILLA DE RUEDAS.**
Por la presente mejora se ofrece, si resultara necesario, el suministro de silla de ruedas con los accesorios mecánicos, eléctricos y motrices que sean necesarios para la mejor adaptación de aquella a las necesidades del asegurado afecto de una Gran Invalidez por accidente cubierta en póliza, hasta un máximo de 3.000 €.
- d) **REEMBOLSO DE GASTOS DE APARATOS DE ORTOPEDIA.**
La Compañía Aseguradora reembolsará el 80% del coste de la factura, hasta un máximo de 3.000 €, destinada a sufragar los gastos para la adquisición de cualquier prótesis ortopédica que precise el asegurado con el objeto de corregir las lesiones residuales producidas por un Gran Invalidez por accidente cubierta en póliza. A efectos de esta garantía regirán las mismas exclusiones que para la invalidez por accidente o accidente de circulación

El siniestro tiene que haber ocurrido de forma inmediata al accidente o en el transcurso de un año a contar desde su ocurrencia. En caso de que se produzca con posterioridad se deberá acreditar fehacientemente que fue consecuencia de dicho accidente.

ARTICULO 2: HECHOS EXCLUIDOS DEL SEGURO

- A. Para las garantías de fallecimiento e incapacidad permanente en cualquiera de sus grados, las exclusiones de la póliza son las siguientes:**
- **Las lesiones traumáticas no accidentales, tales como: tirones, roturas o desgarros y distensiones musculares, contracturas, tendinitis, sobreesfuerzos, torceduras y esguinces, en general, todas aquellas lesiones que no cumplan la definición de accidente (traumatismo por causa violenta, externa, súbita y ajena a la voluntad del asegurado.**
 - **Los hechos que no tengan la consideración de accidentes según lo estipulado en la definición de accidente, así como los que violen cualquier disposición legal.**
 - **Los accidentes debidos al uso voluntario de drogas o estupefacientes o a embriaguez, en los términos anteriormente descritos, u ocurridos en estado de enajenación mental o sonambulismo.**
 - **Las Autolesiones, y el suicidio o su tentativa.**
 - **Los hechos resultantes de la reacción o radiación nuclear, de intervenciones en corrientes eléctricas de alta tensión, así como la contaminación radiactiva.**
 - **Aquellos acontecimientos que tengan la consideración legal de extraordinarios.**
 - **Los riesgos calificados como extraordinarios, según legislación vigente en cada momento por el Consorcio de Compensación de Seguros.**
 - **Las consecuencias de guerras u operaciones de carácter similar**
 - **Los siniestros producidos como consecuencia de la práctica como profesional de cualquier deporte. A estos efectos se entiende como práctica profesional de un deporte la práctica individual o colectiva bajo la organización y supervisión de una Federación deportiva, Organismo o Club que constituye, para la persona que realiza ese deporte, su medio de vida.**
 - **Ejercicio de deportes arriesgados, se consideran arriesgados:**
 - **Artes marciales, boxeo, karate y lucha corporal,**
 - **Deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globo, ala delta, ultra ligeros, planeadores, y similares).**
 - **Submarinismo con empleo de aparatos de respiración**

- **Automovilismo y motociclismo.**
 - **Alpinismo, escalada, incluyendo travesía de glaciares y espeleología, rafting y puenting.**
 - **Derivados del ejercicio del toreo y de los encierros de reses bravas.**
 - **Equitación y polo**
 - **Ejercicio de la caza mayor.**
- **Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluso el infarto de miocardio y eventos cerebrovasculares, así como las lesiones corporales que puedan producirse a consecuencia de los mismo y consecutivas a operaciones realizadas por el Asegurado sobre sí mismo.**
 - **Las insolaciones, congelaciones u otros efectos de la temperatura atmosférica, salvo que sean consecuencia de un accidente.**
 - **Las aneurismas, varices, toda clase de hernias y sus consecuencias, así como las distensiones musculares, cervicales y el lumbago, sea cual fuere la causa.**
 - **Las intoxicaciones o envenenamientos por ingestión de productos alimenticios en general.**
 - **Las enfermedades infecciosas (salvo que la penetración del virus en el cuerpo venga dada por una lesión producida por accidente cubierto en la póliza), entre otras la del sueño, malaria, paludismo, fiebre amarilla, y los síncope, desvanecimientos, ataques de apoplejía o epilepsia, así como las lesiones que puedan producirse a consecuencia de los mismos**
 - **Las lesiones causadas por los rayos X, el radium y sus compuestos, salvo que sean consecuencia de un tratamiento aplicado al Asegurado a consecuencia de un accidente garantizado en este contrato.**
 - **Accidentes causados por la participación del Asegurado en duelos, desafíos, apuestas o riñas, salvo que, en este último caso, el Asegurado actúe en legítima defensa (y así sea declarado por resolución judicial firme). Se excluyen también las lesiones ocasionadas por actos delictivos del Asegurado o que sean consecuencia de imprudencia temeraria o negligencia grave.**
 - **Las neuropatías y algias que no den síntomas objetivables**

Podrán incluirse bajo la cobertura del presente contrato de seguro, algunos de los riesgos excluidos anteriormente, si queda expresamente estipulado en las Condiciones Particulares y se abona la sobreprima correspondiente.

B. Para las garantías de gastos de asistencia sanitaria e incapacidad temporal serán de aplicación las siguientes exclusiones:

- **Todas aquellas recogidas en el punto anterior.**

ARTICULO 3: DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones del Tomador-Mutualista y/o del Asegurado, en la Solicitud de Seguro y la Declaración de Salud, que han determinado la aceptación del riesgo por la Mutua y el cálculo de la prima correspondiente. Los mencionados documentos incluyen los datos personales, la profesión, datos relativos al estado de salud y, si procede, las pruebas e informes médicos que se deriven de la información aportada por el solicitante que a juicio de la Mutua sean necesarios para la determinación del riesgo. Estos documentos forman parte integrante de la póliza y constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo abarca, dentro de los límites pactados, a los capitales, a las personas y riesgos especificados en la misma.

El Tomador-Mutualista y/o Asegurado tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Mutua, de acuerdo con el cuestionario a que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si la Mutua no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él. La Mutua podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador-Mutualista y/o Asegurado en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador-Mutualista y/o Asegurado, correspondiendo a la Mutua, salvo que concurra dolo o culpa grave

por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración. Si el siniestro sobreviene antes que la Mutua haga la declaración anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador-Mutualista la Mutua quedará liberada del pago de la prestación.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá reclamar a la Mutua en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación se estará a lo dispuesto en la póliza.

ARTICULO 4: OBLIGACION DE INFORMACION DURANTE SU VIGENCIA. AGRAVACION / DISMINUCION DEL RIESGO

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

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

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

En caso de que el Tomador-Mutualista del Seguro y/o el Asegurado comunique a la Mutua la concurrencia de una circunstancia que agrave el riesgo, ésta podrá proponer una modificación de las condiciones del mismo en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo haya sido declarada y el Tomador-Mutualista y/o Asegurado dispondrá de 15 días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio, la Mutua puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole un nuevo plazo de 15 días para que conteste, transcurridos los cuales y dentro de los 8 siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

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

En caso de que el Mutualista o asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Mutualista queda liberado de su obligación si aquél ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Mutua se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

Disminución del riesgo durante el contrato: El Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá, durante el curso del contrato, poner en conocimiento de la Mutua todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador-Mutualista y/o Asegurado.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, la Mutua deberá reducir el importe de la prima futura en la cuantía que corresponda.

Si la Mutua no accediera a dicha reducción de prima, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado podrá exigir la resolución del contrato, así como la devolución de la diferencia existente entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, calculada esta diferencia desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

ARTICULO 5: PERSONAS EXCLUIDAS DEL SEGURO

No serán asegurables las personas menores de 14 años, o las legalmente incapacitadas, así como las que en el momento de la contratación del seguro tengan 60 años de edad

ARTICULO 6: AMBITO TERRITORIAL

Las garantías de la póliza surten efecto en todo el mundo, **salvo para las garantías de Incapacidad Temporal por Accidente y Asistencia Sanitaria por Accidente que sólo quedan garantizadas en España.**

ARTICULO 7: OPCIONES DE COBERTURA.

En las condiciones particulares de la póliza se recogerá la opción de cobertura elegida por el Tomador-Mutualista de entre las dos siguientes:

⇒ Cobertura laboral.

La cobertura se limita a los accidentes admitidos y calificados como accidente de trabajo por la Seguridad Social, la Autoridad Laboral competente o los Órganos jurisdiccionales competentes, en sus respectivas resoluciones o sentencias firmes.

⇒ Cobertura Completa.

Quedan garantizados los accidentes que pueda sufrir el asegurado durante las 24 horas del día.

ARTICULO 8: PERFECCION, EFECTOS Y DURACION DEL CONTRATO

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

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

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

ARTICULO 9: PAGO DE LAS PRIMAS

1. Período de tiempo para el pago de los recibos de prima:

El Tomador-Mutualista está obligado al pago de las primas de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza. Las partes podrán acordar el pago de la prima en forma fraccionada. En este caso, la primera de ellas será exigible en el momento de la perfección del contrato. Los sucesivos recibos de primas se deberán hacer efectivos en sus correspondientes vencimientos.

2. Domiciliación bancaria de los recibos de prima:

Las primas se satisfarán mediante la domiciliación bancaria de los recibos de prima.

El Tomador-Mutualista entregará a la Mutua carta dirigida a la Entidad Financiera, Banco o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.

3. Efectos de impago de la primera prima:

Si por culpa del Tomador-Mutualista la primera prima o la prima única, en su caso, no ha sido pagada a su vencimiento, la Mutua tiene 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, la Mutua quedará liberada de su obligación.

4. Consecuencias del impago de las primas sucesivas:

En caso de falta de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura de la Mutua quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Mutua podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso. Si la Mutua no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima o fracción, se entenderá que el contrato queda extinguido, sin necesidad de notificación ni requerimiento por su parte. En cualquier caso, la Mutua, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

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

Si el contrato no hubiese 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-Mutualista pagó la prima.

ARTICULO 10: PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

La indemnización será satisfecha por la Mutua al término de las investigaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y consecuencias de éste.

Fecha de ocurrencia del siniestro: será la fecha del accidente. Por lo tanto, no se indemnizarán las consecuencias de accidentes ocurridos con anterioridad a la fecha del primer efecto de la presente póliza.

Obligación de información: El Tomador-Mutualista y/o Asegurado o el Beneficiario deberá comunicar a la Mutua el acaecimiento del siniestro dentro del plazo de 15 días, contados a partir de la fecha en que ocurrió el siniestro, pudiendo la Mutua reclamar los daños y perjuicios causados por no haber efectuado esta declaración salvo que se demuestre que ésta tuvo conocimiento del siniestro por otro medio. Así mismo, el Tomador-Mutualista y/o Asegurado, deberán minorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para conseguir el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Mutua, liberará a ésta de toda obligación derivada del siniestro.

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

El pago de la prestación por fallecimiento o por Invalidez Permanente, excepto Invalidez Permanente Parcial, implica la extinción automática del contrato, quedando la Mutua eximida de cualquier otra obligación posterior.

La condición **de Beneficiario** corresponderá a las personas en cuyo favor se generen las prestaciones objeto de cobertura.

✓ En caso de incapacidad permanente será beneficiario el propio Asegurado.

⇒ En caso de fallecimiento, y a falta de designación expresa de beneficiarios, se considerarán como tales, por orden de prelación preferente y excluyente, los siguientes:

1. Cónyuge no separado legalmente en virtud de sentencia firme en la fecha del fallecimiento del asegurado o pareja de hecho legalmente constituida.
La existencia de pareja de hecho se acreditará mediante certificación de la inscripción en alguno de los registros específicos existentes en las comunidades autónomas o ayuntamientos del lugar de residencia o mediante documento público en el que conste la constitución de dicha pareja.
2. Hijos, o descendientes del asegurado por partes iguales.
3. Padres o ascendientes del asegurado por partes iguales.
4. A falta de estos a los herederos del Asegurado

ARTICULO 11: TRÁMITES Y DOCUMENTACIÓN A APORTAR EN CASO DE SINIESTRO

- A) **Fallecimiento por Accidente/ Fallecimiento por Accidente de Circulación.**
1. Original o fotocopia compulsada del Certificado Literal de Defunción.
 2. D.N.I. del Asegurado y de los Beneficiarios.
 3. Diligencias Judiciales y/o Atestado emitido por la autoridad competente.

4. Fotocopia de la autopsia e informe toxicológico, si se practicó.
5. Certificado del Registro de Últimas Voluntades y, en su caso, copia del testamento. En determinados supuestos podrá solicitarse declaración de herederos "ab intestato".
6. Carta de pago del Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones o la declaración de exención.
7. Cuenta corriente de cada uno de los Beneficiarios utilizando el IBAN.

B) Incapacidad Permanente Total / Absoluta/ Gran invalidez derivada de accidente.

1. D.N.I. del Asegurado.
2. Documentación que acredite la fecha del accidente y las circunstancias del mismo (puede ser sin carácter limitativo, el parte de accidente de trabajo, aceptación de la Mutua de Accidentes de Trabajo, diligencias judiciales, etc.).
3. Resolución expedida por la Junta de Evaluación de Incapacidades del I.N.S.S. o por el Órgano Jurisdiccional competente en su caso acreditativa de la Incapacidad Permanente Total/Absoluta/Gran Invalidez derivada de accidente. En caso de que el asegurado no sea valorado por el I.N.S.S., deberá someterse al reconocimiento del equipo médico que la Mutua designe, el cual determinará si sufre o no las lesiones e incapacidades que dan derecho al cobro de la indemnización.
4. Modelo 145: Impreso de comunicación al pagador de la situación personal y familiar del perceptor de rentas del trabajo.
5. Cuenta corriente del Asegurado utilizando el IBAN.

C) Incapacidad Permanente Parcial derivada de Accidente.

1. D.N.I. del Asegurado
2. Documentación que acredite la fecha del accidente así como explicativo de las circunstancias del mismo
3. Informe médico detallado informando de las secuelas definitivas y Resolución del INSS, en su caso. En caso de que el asegurado no sea valorado por el I.N.S.S., deberá someterse al reconocimiento del equipo médico que la Mutua designe, el cual determinará si sufre o no las lesiones e incapacidades que dan derecho al cobro de la indemnización.
4. Cuenta corriente del Asegurado utilizando en IBAN.

D) Asistencia médica por accidente

1. D.N.I. del Asegurado.
2. Documento que acredite la fecha del accidente.
3. Parte de Accidentes de SURNE debidamente cumplimentado y en su caso sellado por el Tomador
4. En su caso informe médico de ingreso en urgencias detallando la naturaleza, causas, circunstancias del accidente así como la dolencia que padece el asegurado consecuencia del mismo.

E) Incapacidad Temporal por accidente

Tramitación del siniestro:

Sin perjuicio de las tareas de comprobación que la Mutua lleve a cabo, el Tomador Mutualista y/o el asegurado deberá:

- 1) Remitir a la Mutua, un certificado de baja suscrito por el médico que asista al Asegurado, consignando el nombre, apellidos, domicilio y profesión del mismo; el diagnóstico y pronóstico del proceso o, en su caso, Parte de Urgencias o Informe Médico de la primera asistencia con los datos propios de un informe clínico (Historia del accidente, con descripción de las causas y circunstancias del mismo, sintomatología y datos de la exploración física, resultados de las pruebas realizadas, juicio clínico o diagnóstico, tratamiento prescrito).
- 2) Remitir con la periodicidad que la Mutua fije en cada caso, un parte médico que acredite la continuidad del periodo de baja o incapacidad temporal.
- 3) Someterse a los reconocimientos médicos que el Equipo Médico designado por la Mutua considere necesarios.
- 4) Remitir el parte médico de alta seguidamente de producirse ésta, o bien dar su conformidad al que la Mutua extienda, si aún no se hubiere formulado aquella.
- 5) En caso de Hospitalización Medica es necesario enviar a la Mutua informe alta emitido por el centro hospitalario o clínica en el que figuren la fecha de entrada y fecha de salida, y, en su caso, la historia del accidente/enfermedad, sintomatología, datos de la exploración física, resultados de las pruebas

realizadas, juicio clínico o diagnóstico, tratamiento prescrito

Devengo y pago de la indemnización de baja diaria:

La indemnización será devengada desde el día siguiente a la Franquicia establecida en las Condiciones Particulares, después del comienzo de la incapacidad y siempre que se den las condiciones para su devengo.

El devengo continúa hasta el fin del periodo de cobertura contratado sin poder sobrepasar **la fecha en que cumpla la edad de 70 años o sea declarado en situación de invalidez o de jubilación**.

Cesará el derecho a devengo de la indemnización en el momento en que el Asegurado, según el criterio del Equipo Médico designado por la Mutua, pueda reanudar su actividad profesional habitual **pues la baja objeto del presente contrato es absolutamente independiente del periodo de baja que, en su caso, otorgue al Asegurado la Seguridad Social**.

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

Concurrencia de Siniestros:

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

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

ARTICULO 12: RESCISION DEL CONTRATO

El Tomador-Mutualista del seguro tendrá la facultad de resolver el contrato dentro del plazo de los treinta días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza. La facultad unilateral de resolución deberá ejercitarse por escrito y producirá sus efectos desde el día de su expedición cesando la cobertura del riesgo y teniendo derecho el Tomador-Mutualista a la devolución de la prima pagada, salvo la parte correspondiente al tiempo en el que el contrato hubiera tenido vigencia.

ARTICULO 13: EXTINCION, NULIDAD Y PRESCRIPCION DEL CONTRATO

Las garantías de la póliza se extinguirán en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, salvo que la póliza se prorrogue. **En todo caso, las garantías se extinguen al final de la anualidad en que el asegurado cumpla 70 años**, salvo que en condiciones particulares se establezca lo contrario.

La póliza queda automáticamente extinguida en caso de que tenga lugar un siniestro cubierto por alguna de las garantías suscritas, distintas de la incapacidad temporal, **y la Mutua tiene derecho de hacer suya la prima no consumida.**

El contrato será nulo si en el momento de su conclusión no existiera el riesgo o hubiera ocurrido el siniestro.

Las acciones derivadas del contrato prescribirán a los cinco años de la fecha en que pudieron ejercitarse

ARTICULO 14: PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN

Podrán presentarse quejas y reclamaciones por escrito contra la entidad, personalmente o mediante representación, ante el Departamento de Atención al Cliente o el Defensor del Cliente, así como en cualquier oficina abierta al público de la entidad.

Departamento de Atención al Cliente: Cardenal Gardoqui, 1-bajo 48008 Bilbao
T.: 94 479 22 05 Fax.: 94 416 19 55
Email: reclamaciones@surne.es

Defensor del Cliente: Marqués de la Ensenada, 2 28004 Madrid
T.: 91 310 40 43 Fax.: 91 308 49 91
Email: reclamaciones@da-defensor.org

En todo caso, al interesado le asiste la facultad de acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en caso de disconformidad con las decisiones con que finalicen los procedimientos de tramitación de quejas y reclamaciones, o en el supuesto de que las instancias citadas en el párrafo anterior no hayan resuelto en el plazo de dos meses desde que se presentó la reclamación.

ARTICULO 15: TRÁMITE PERICIAL

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

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

ARTICULO 16: COMUNICACIONES

Las comunicaciones a la Mutua se realizarán en el domicilio social de aquélla, señalado en la póliza. Asimismo, las comunicaciones de la Mutua se realizarán en el domicilio de los interesados, recogidos en la póliza, salvo que los mismos hayan notificado a la Mutua el cambio de domicilio.

Este contrato de seguro comprende de forma indisoluble las Condiciones Generales que anteceden y las Condiciones Particulares y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes. El Tomador-Mutualista/Asegurado declara haber leído y entendido todas las limitaciones y exclusiones contenidas en la presente póliza aceptándolas expresamente.

ARTICULO 17: TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

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

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

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

ARTICULO 18: CLÁUSULA DE CONSORCIO

Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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 o 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:

- 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.
- 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 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 del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Resumen de las normas legales:

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por 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.
- Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- 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.
- 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 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior 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 de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- 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

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. 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 de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse: – Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042). – A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

EL TOMADOR DEL SEGURO DECLARA HABER LEIDO Y ENTENDIDO TODAS LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES CONTENIDAS EN EL PRESENTE CONTRATO DE SEGURO, ACEPTÁNDOLAS EXPRESAMENTE MEDIANTE DE LA FIRMA DE LAS CONDICIONES PARTICULARES

El Tomador

SVRNE, MUTUA DE SEGUROS
P.P.



ANEXO I: BAREMO DE PARCIALES

Invalidez Parcial según baremo:

Se considera como tal la indemnización que, en caso de ser contratada en las Condiciones Particulares, concede la Mutua para el caso de que el Asegurado sufriera una invalidez parcial definitiva como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

La indemnización a pagar en estos casos será la que resulte de aplicar sobre el capital pactado en el contrato los siguientes porcentajes:

DESCRIPCIÓN	% Dcho	% Izdo
Pérdida total del brazo o de la mano	60	50
Pérdida total del movimiento del hombro	25	20
Pérdida total del movimiento del codo	20	15
Pérdida total del movimiento de la muñeca	20	15
Pérdida del pulgar y el índice de la mano	30	15
Pérdida total de tres dedos de la mano, comprendidos el pulgar y el índice	30	15
Pérdida total de dos de estos últimos dedos de la mano	15	12
Pérdida total de tres dedos de la mano que no sean el pulgar o el índice	25	20
Pérdida total del pulgar y de otro dedo de la mano que no sea el índice	25	20
Pérdida total del índice y de otro dedo de la mano que no sea el pulgar	20	15
Pérdida total del índice sólo de la mano	15	10
Pérdida total del dedo mayor, del anular o del meñique de la mano	10	8
Pérdida total de una pierna o de un pie		50
Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos		30
Ablación de la mandíbula inferior		30
Pérdida total de un ojo o reducción de la visión binocular a la mitad		25
Sordera completa e incurable de los dos oídos		40
Sordera completa de un		10
Pérdida total del movimiento de una cadera, rodilla o de un tobillo		20
Acortamiento por lo menos de cinco centímetros de un miembro inferior		15
Pérdida total del pulgar del pie		10
Pérdida total del otro dedo del pie		3

En el caso de que con posterioridad al pago de la indemnización por Invalidez Parcial sobreviniera en el Asegurado la Muerte o Invalidez Definitiva, las cantidades satisfechas por la Mutua se considerarán abonadas a cuenta de la suma total asegurada por estos conceptos.