



REGLAMENTO DE LA PRESTACIÓN DE ACCIDENTES

Abril 2018



Mutualitat de Previsió Social del Col·legi Oficial
d'Enginyers Industrials de Catalunya a prima fixa

PENDIENTE ACTUALIZACIÓN

Este Reglamento ha sido aprobado por la junta rectora el 26/04/2018.

Mutualidad de Previsión Social del Colegio Oficial de Ingenieros Industriales de Cataluña a prima fija

Inscrita en el Registro de Mutualidades de Previsión Social de Cataluña con el núm. 0099

Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, hoja 18, volumen 25.405, hoja núm. B-87.907, Inscripción 1a.

NIF V08.430191

REGLAMENTO DE LA PRESTACIÓN DE ACCIDENTES

ARTÍCULO PRELIMINAR

1 Normativa y control.

Este Reglamento contiene las condiciones de la prestación de **ACCIDENTES** de la Mutualidad de Previsión Social del Colegio Oficial de Ingenieros Industriales de Cataluña a prima fija (en adelante, La Mutua), de aplicación directa a los mutualistas/suscriptores y a los asegurados y beneficiarios, el cual debe ser interpretado y aplicado de conformidad con los Estatutos sociales de La Mutua; la Ley 10/2003, de 13 de junio, de Mutualidades de Previsión Social; la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y la normativa reglamentaria que la desarrolla; la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en lo que resulte de aplicación, y demás disposiciones legales y reglamentarias vigentes en cada momento, reguladoras de la actividad aseguradora de previsión social.

Las autoridades de control de la actividad de La Mutua son la Dirección General de Política Financiera, Seguros y Tesoro de la Generalitat de Cataluña, y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Gobierno de España.

2 Definiciones.

- **La MUTUA:** Es la entidad aseguradora de previsión social que recibe las cuotas y asume la cobertura regulada en este Reglamento.
- **MUTUALISTA O SUSCRIPTOR:** Es la persona física o jurídica que contrata la prestación con las condiciones, obligaciones y derechos que establece este Reglamento, a los Estatutos de la Mutua y a la normativa vigente de aplicación.
- **ASEGURADO:** Es la persona física expuesta al riesgo o acontecimiento relacionado con la propia vida.
- **BENEFICIARIO:** Es la persona/s que recibe la prestación correspondiente, de acuerdo a este Reglamento. El beneficiario de la prestación puede ser el propio mutualista/suscriptor, el asegurado o un tercer designado por el mutualista/suscriptor o, en su defecto, por el Reglamento y la normativa.
- **PRESTACIÓN:** Cobertura de un determinado riesgo de previsión social/asegurador que, previa su suscripción (contrato) por el mutualista/suscriptor, asume la Mutua mediante el pago de un importe en forma de capital o renta al beneficiario cuando se produzca la contingencia o riesgo cubierto, de acuerdo a las condiciones reglamentarias establecidas.
- **HECHO CAUSANTE O SINIESTRO:** Es la ocurrencia del hecho o riesgo objeto de la cobertura aseguradora que da derecho a percibir la correspondiente prestación de acuerdo a las condiciones y requisitos reglamentariamente establecidos.
- **REGLAMENTO:** Instrumento jurídico creado por la Mutua de acuerdo con los Estatutos sociales de la entidad, por el que se establece y regula una determinada prestación o grupo de prestaciones, definiendo sus condiciones básicas, y al que se adhiere el suscriptor de acuerdo con las condiciones particulares o específicas indicadas en el Título de Suscripción.



Corresponde a la junta rectora la aprobación y modificación de los reglamentos de prestaciones. El reglamento de aplicación en el momento de causar derecho a la prestación será el vigente en ese momento.

- **SUSCRIPCIÓN DE PRESTACIÓN (política)** – Corresponde a la Mutua definir, aplicar y modificar en cada momento la política de previsión social y de suscripción de prestaciones, pudiéndose agrupar en paquetes o grupos para comercializarlas, incluyendo nuevos servicios y prestaciones accesorias en los términos admitidos para la vigente legislación. Asimismo, corresponde a la Mutua establecer el Sistema de Prestaciones alternativas al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), conforme a la normativa de aplicación.
- **INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA:** La relación de protección (cobertura) nace con fecha que conste en el Título de Suscripción a la Prestación emitido por la Mutua. La cobertura se extingue por el cumplimiento de las condiciones reglamentariamente establecidas o por la renuncia o baja de la persona inscrita.
- **TÍTULO DE SUSCRIPCIÓN:** Documento emitido por la Mutua que acredita al mutualista/suscriptor el alta en la cobertura o prestaciones correspondientes, con identificación del mutualista/suscriptor y asegurados y, si procede, de los beneficiarios designados; cuotas iniciales, recargos e impuestos, vencimiento de la primera y sucesivas cuotas y su forma de pago; exclusiones de la cobertura y demás circunstancias específicas de la cobertura. El Título de Suscripción debe completarse e interpretarse de acuerdo con lo establecido en el REGLAMENTO correspondiente.
- **CAUSA PREEXISTENTE:** Hecho o circunstancia anterior a la entrada en vigor de la cobertura que incide directamente en el siniestro o hecho causante de la prestación, ya sea una enfermedad o cualquier otra causa, derivada, o no, de una enfermedad.
- **ENFERMEDAD:** Cambio más o menos grave en la salud debido a una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, o por desórdenes emocionales/cognitivos, por causas generalmente conocidas, que se manifiestan en síntomas y signos característicos, de los que la evolución es más o menos previsible.
- **ACCIDENTE:** Hecho o causa violenta, repentina, externa y ajena a la voluntad del asegurado.
- **ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN:** El que le ocurre al asegurado cuando utiliza cualquier medio de transporte terrestre, marítimo, fluvial o aéreo, así como el acaecido en calidad de viandante y causado por alguno de los medios anteriores.
- **INVALIDEZ PERMANENTE Y ABSOLUTA:** Situación de invalidez definitiva e irreversible que incapacita a quien la sufre para realizar todo tipo de trabajo u oficio laboral, profesional o empresarial.
- **INVALIDEZ PARCIAL:** Aquellas Lesiones/afecciones que sufre el asegurado como consecuencia de un accidente previsto en el Baremo de este Reglamento.
- **EDAD ACTUARIAL:** La edad correspondiente al aniversario más cercano, cumplido o por cumplir.

Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN DE ACCIDENTES

1.- Cobertura básica:

Consiste en el abono del importe contratado al beneficiario, por una sola vez, en caso de defunción del asegurado por accidente.

2.- Coberturas opcionales:

Estas coberturas consisten en:

- a) El abono al beneficiario del importe contratado, por una sola vez, en caso de invalidez permanente absoluta del asegurado como consecuencia de un accidente.
- b) El abono al beneficiario de un porcentaje del importe contratado en caso de invalidez parcial como consecuencia de un accidente, de acuerdo con el Baremo anexo al Reglamento.

3.- Coberturas opcionales complementarias.

Consisten en las siguientes coberturas, de suscripción independiente una de la otra.

- a) Accidente de circulación: abono al beneficiario del importe contratado, ya sea adicionalmente al de la cobertura de muerte por accidente del punto 1 o, en caso de tener suscrita la cobertura del punto 2 a) adicionalmente al de invalidez permanente absoluta.
- b) Reembolso de los gastos médico-quirúrgicos en que haya incurrido el asegurado como consecuencia de un accidente de acuerdo con las condiciones establecidas en este Reglamento.

Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS

La Mutua determina el importe mínimo y máximo a contratar, pudiendo ampliarlos o reducirlos.

Para mantener y preservar el poder adquisitivo de las prestaciones, la Mutua puede actualizar anualmente todos o algunos de los importes asegurados/suscritos, teniendo en consideración la evolución del índice de precios al consumo (IPC), o aquellos otros indicadores económicos que se estimen adecuados, con aplicación de las cuotas que correspondan a la actualización acordada, sin que en ningún caso tal actualización de importes requiera la aceptación expresa del mutualista/suscriptor o asegurado ni suponga un nuevo control de suscripción o alguna modificación del resto de condiciones de la cobertura suscrita. La actualización no procede cuando haya ocurrido el riesgo o contingencia cubierta.

Artículo 3. ESPECIFICACIONES DE LA COBERTURA

1.- ACCIDENTES.- Se garantizan los accidentes corporales, tanto derivados de la vida cotidiana como de la actividad laboral o profesional, que puedan sufrir los asegurados con las exclusiones contempladas en este Reglamento.

La defunción o invalidez se consideran causadas por accidente cuando se produzcan como consecuencia del accidente, sea de manera inmediata o con el trascurso de los dos años siguientes.

En caso de agravación directa o indirecta de las consecuencias de un accidente por causa de una enfermedad o un estado morbo, preexistente o sobrevenida después del accidente y por una causa independiente, la prestación cubrirá solamente las consecuencias que el accidente hubiera tenido sin intervención agravante de la enfermedad o estado morbo.

La garantía de esta prestación se extiende en todo el mundo.



2.- INVALIDEZ. – Para esta prestación, en caso de invalidez, se considerarán las siguientes especificaciones:

- a) En caso de invalidez permanente y absoluta, comprobada durante los dos años desde la fecha del accidente, el asegurado percibirá la cantidad total garantizada para este caso.
- b) En caso de invalidez parcial, el porcentaje de la prestación total que se considerará se fijará de acuerdo con lo que establece el baremo fijado al artículo 18 de este Reglamento.
- c) La pérdida completa del uso de un miembro u órgano se considerará al efecto de prestación como la pérdida del miembro u órgano. Si la pérdida de un miembro u órgano o de su uso es solo parcial, el grado de invalidez fijado en el artículo 18 de este Reglamento se reducirá proporcionalmente.
- d) El grado de invalidez resultado de un accidente no aumentará por el hecho de que la persona afectada presente, con anterioridad al accidente, defectos corporales a miembros no afectados por el accidente.
- e) La indemnización total a pagar por varias pérdidas e inutilizaciones de miembros causadas por el mismo accidente se calcula sumando los importes correspondientes a cada una de estas pérdidas e inutilizaciones, sin que la indemnización total pueda exceder de la cantidad establecida para el caso de invalidez absoluta.
- f) Si un órgano o miembro afectado por un accidente presentaba ya con anterioridad un defecto físico o funcional, la persona afectada tiene derecho a una indemnización, que corresponderá a la diferencia entre el grado de invalidez preexistente y el que resulte después del accidente.
- g) No se considerará con derecho a indemnización, por razón de invalidez permanente y absoluta o parcial, la pérdida o el deterioro de dientes ni los daños producidos en la estética personal de los asegurados.
- h) Siempre que el grado de invalidez parcial no pueda determinarse aplicando el cuadro de porcentajes y las reglas anteriormente mencionadas, este grado se fijará de acuerdo con los dictámenes médicos.
- i) La determinación del grado de invalidez parcial o permanente y absoluta no se realizará hasta que el estado del accidente sea considerado, según los dictámenes médicos, como definitivo (con la fecha límite de dos años desde la fecha del accidente).
- j) Si el asegurado es zurdo, se invertirán los porcentajes del baremo en las lesiones a miembros superiores.

El reconocimiento de la situación de invalidez para un organismo oficial de la Seguridad Social no determinará necesariamente la concesión de esta prestación. La evaluación y calificación final de la invalidez corresponde, en cualquier caso, a la Mutua (de acuerdo con este Reglamento).

3.- GASTOS MÉDICOS. Para esta prestación, en el caso de los gastos médicos, se considerarán las siguientes especificaciones:

- a) Se cubren los gastos médicos ocasionados por accidente con las especificaciones contenidas en este reglamento.
- b) También se considerarán los gastos originados por el traslado forzoso del accidentado del lugar del accidente hasta el centro sanitario más cercano.
- c) Del mismo modo, se considerarán los gastos generados por los equipos de rescate en la evaluación del accidentado, siempre que pueda justificarse su necesidad y urgencia.

- d) Solo se pagará contra la entrega de las facturas o recibos originales de los gastos debidamente justificados.
- e) Se incluyen en esta cobertura los recibos de medicamentos que, por prescripción facultativa, se necesiten para la curación del accidentado.
- f) Los gastos, debidamente justificados, por traslados en taxi u otros medios de locomoción hacia centros hospitalarios o de rehabilitación, para someterse a un tratamiento de recuperación como consecuencia de un accidente amparado por el presente reglamento.

El máximo de cobertura que se puede contratar para el reembolso de los gastos ocurridos en cada accidente estará de acuerdo con el capital en caso de defunción contratado:

CAPITAL PRINCIPAL	MÁXIMO CONTRATADO
Menor de 18.000 euros	755,00 euros
Mayor o igual a 18.000 euros y menor de 60.000 euros	1.505,00 euros
Mayor o igual a 60.000 euros y menor de 100.000 euros	3.010,00 euros
Mayor o igual a 100.000 euros	6.020,00 euros

Artículo 4. LÍMITES DE EDAD DE SUSCRIPCIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

Pueden asegurados en esta Prestación las personas que hayan cumplido los 14 años y todavía no hayan cumplido los 65 años. En los casos de ampliación del importe contratado, en los que se aplicarán los mismos criterios de selección que en una suscripción inicial de la prestación, la edad máxima es de 64 años cumplidos.

La cobertura de defunción en caso de accidente se extinguirá por la muerte del asegurado, por el pago del importe asegurado por invalidez permanente absoluta a consecuencia de accidente o a 31 de diciembre del año en que el asegurado cumpla 80 años. La Mutua podrá establecer una edad superior de extinción de la cobertura fijando los importes máximos asegurados y las correspondientes cuotas. Las nuevas condiciones de ampliación del período de cobertura tendrán una duración anual, pudiéndose renovar y/o modificar por parte de la Mutua (por períodos anuales) o quedar sin efecto.

Las coberturas complementarias y opcionales (defunción en caso de accidente de circulación, invalidez en caso de accidente, invalidez en caso de accidente de circulación y gastos médicos) se extinguirán cuando el asegurado cumpla 75 años o por el reconocimiento de alguna de estas coberturas.

El reconocimiento de siniestros de las coberturas de invalidez parcial como consecuencia de accidente o reembolso de los gastos médico-quirúrgicos no extinguirán estas coberturas ni la Prestación Accidentes.

Artículo 5. DURACIÓN DE LA COBERTURA Y OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA

La duración de esta cobertura es anual, prorrogable anualmente, de acuerdo con lo establecido en la Ley de contrato de seguro. Cada parte se puede oponer a la prórroga del seguro mediante comunicación escrita de la otra parte. **Cuando sea el mutualista/suscriptor quien se oponga a la prórroga deberá efectuar la comunicación en el plazo de, al menos, un mes antes de la conclusión del período de cobertura en curso.** Cuando sea la Mutua quien se oponga, el plazo mínimo para la comunicación será de dos meses.



Artículo 6. SUSCRIPCIÓN

- 1.- Además de cumplir las condiciones establecidas en los Estatutos, el interesado deberá cumplimentar los siguientes requisitos:
 - a) El mutualista/suscriptor debe suscribir la solicitud de inscripción/alta, recibiendo por parte de la Mutua toda la información previa relativa a la cobertura interesada, de acuerdo con la normativa de aplicación.
 - b) El asegurado tiene que responder y/o cumplimentar el/los cuestionario(s) que le presente la Mutua
 - c) El asegurado debe someterse a los reconocimientos médicos o a cualquier otra medida o requerimiento de selección/evaluación de riesgos que la Mutua considere oportuno.
 - d) Cuando el mutualista/suscriptor no coincida con el asegurado, se requerirá la autorización por escrito del asegurado, que también firmará conforme al Título de Suscripción.
- 2.- La Mutua podrá solicitar la información complementaria o adicional que considere oportuna, con el fin de valorar mejor cualquier situación declarada, especialmente en el cuestionario de salud o detectada en el reconocimiento médico que salga de la normalidad. Si el mutualista/suscriptor o el asegurado se negaran a facilitar la información mencionada, se le aplicaría la exclusión, limitación o la sobreprima que corresponda al peor de los casos que se puedan dar sobre la situación declarada previamente. La exclusión o limitación establecida deberá ser expresamente aceptada por el mutualista/suscriptor y/o asegurado. La no aceptación de la exclusión, limitación o sobreprima por parte del mutualista/suscriptor y/o asegurado impedirá causar alta en la prestación.
- 3.- Una vez completados los requisitos y las condiciones establecidas, la Mutua emitirá el correspondiente Título de Suscripción.
- 4.- Las ampliaciones del importe contratado dentro de los límites establecidos serán tratadas como una nueva suscripción, emitiéndose por parte de la Mutua los correspondientes suplementos del Título de Suscripción. La no aceptación de las exclusiones y/o limitaciones o sobreprimas que se establezcan impedirán la ampliación de la prestación.
- 5.- En caso de reserva o inexactitud en la información facilitada por la suscripción de la prestación, la MUTUA podrá resolver la cobertura mediante declaración escrita dirigida al mutualista/suscriptor en el plazo de un mes, contado desde que se tuvo conocimiento de la reserva o inexactitud, con los demás efectos legalmente previstos. Si el siniestro o hecho causante se produce antes de que la Mutua haya realizado la declaración mencionada, la prestación se reducirá de acuerdo con la normativa de aplicación.

Artículo 7. COMUNICACIONES

- 1.- El mutualista/suscriptor o, en su caso, los asegurados tienen la obligación de comunicar a la Mutua los cambios de domicilio y domiciliación del cobro de recibos.
- 2.- Asimismo, deben comunicarse las circunstancias que agraven el riesgo y sean de una naturaleza que, si hubieran sido reconocidas en el momento de la suscripción, esta no debería efectuarse o, en caso de haberse realizado, debería haberse hecho en condiciones diferentes. La comunicación o el incumplimiento de esta obligación producirán los efectos legalmente previstos.
- 3.- El mutualista/suscriptor o el asegurado no tiene obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud, que en ningún caso se considerarán una agravación del riesgo.

Artículo 8. INDISPUTABILIDAD

La reticencia y/o inexactitud no fraudulenta en la declaración/información facilitada por el mutualista/suscriptor o asegurado que tengan influencia en la estimación del riesgo (excepto en caso de indicación inexacta de la edad) no darán derecho a la Mutua a impugnar/resolver la cobertura una vez transcurrido un año desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura que conste en el Título de Suscripción.

Artículo 9. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Quedan excluidos de la cobertura los accidentes derivados de:

- a) **La participación del asegurado en actos delictivos, desafíos o peleas, siempre que no haya sido en defensa legítima o tentativa de salvamento de personas o bienes.**
- b) **Las consecuencias que sufra el asegurado a causa de enfermedades, afecciones y lesiones, de operaciones quirúrgicas y tratamientos médicos o terapéuticos que no tengan origen en un accidente cubierto por este seguro. También quedan excluidos los accidentes que sean consecuencia de ataques de apoplejía o epilepsia, aneurismas, infarto de miocardio (aunque se declare como accidente laboral), derrames cerebrales, arritmias cardíacas y fracturas patológicas del asegurado.**
- c) **Las consecuencias que sufra el asegurado a causa de reuma, hernias de cualquier tipo, esfuerzos musculares, lumbalgias y varices.**
- d) **Los accidentes sobrevenidos al asegurado por estar en estado de ebriedad, bajo el efecto de drogas y/o estupefacientes, cuando esta circunstancia haya sido la causa determinante del accidente y el asegurado sea sancionado o condenado por esta causa.**
- e) **Los accidentes que se produzcan practicando cualquier deporte o en la participación en concursos, en ambos casos como actividad profesional.**
- f) **Los accidentes que se produzcan practicando cualquier deporte aeronáutico o en la participación en concursos aeronáuticos, en ambos casos tanto en calidad tanto en calidad de aficionado como de profesional.**
- g) **Los pilotos y demás profesionales de la aviación (personal de cabina, azafatas y demás personal auxiliar).**
- h) **Toda persona que realice regularmente su profesión a bordo de cualquier aeronave (cualquier vehículo que permita la navegación aérea); se entenderá por regularidad cuando más de una vez al mes esté a bordo de una aeronave realizando su profesión.**
- i) **Los accidentes de aviación sufridos en aeronaves de menos de dos motores, excepto que sean aparatos debidamente autorizados por las autoridades competentes para el transporte público de pasajeros o el asegurado está viajando por motivos laborales (siempre que no esté en ninguno de los casos considerados en los apartados g) y h) de este artículo).**
- j) **Suicidio.**
- k) **Conducción de vehículos a motor si el asegurado no tiene la autorización administrativa correspondiente.**
- l) **Cuando el asegurado sea conductor, piloto o tripulante profesional de cualquier medio de transporte.**



- m) **En las coberturas opcionales complementarias de accidente de circulación quedan excluidas de cobertura los accidentes que se produzcan cuando el asegurado sea el conductor o pasajero de un transporte náutico o aéreo privado, o no autorizado para transporte público de personas.**
- n) **Quedan excluidos todos los riesgos extraordinarios cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, conforme a la disposición adicional tercera de este Reglamento y, en general, los siniestros que, por su magnitud y gravedad, sean calificados por el gobierno del Estado como catástrofe o calamidad nacional.**
- o) **Aquellas exclusiones que se establezcan en cada caso en el Título de Suscripción de acuerdo con las circunstancias declaradas que afecten a la valoración del riesgo, estas deberán constar expresamente aceptadas por el mutualista/suscriptor y asegurado de la cobertura.**

Artículo 10. CUOTAS

La cuota anual se calculará de acuerdo con el importe contratado y la edad actuarial (la edad durante el aniversario más próximo, ya cumplido o por cumplir) del asegurado en fecha de la suscripción y en cada renovación anual, según el Anexo de cuotas.

El pago de las cuotas finalizará el día de la extinción de la cobertura y demás supuestos previstos en este Reglamento.

En el Anexo al reglamento constan las cuotas vigentes en el momento de la suscripción de la Prestación. Las cuotas no comprenden los impuestos y recargos legalmente aplicables. Las cuotas iniciales de la cobertura y su forma de pago serán las que se especifican en el Título de Suscripción.

Artículo 11. PAGO DE CUOTAS

- 1- El mutualista/suscriptor de la prestación está obligado al pago de las cuotas, conforme a lo establecido en los Estatutos sociales. La obligación de pago de las cuotas nace en el momento de la fecha de efecto de la cobertura que conste en el Título de Suscripción, con la emisión del recibo correspondiente. Excepto que la normativa de aplicación establezca otra cosa, en caso de que el asegurado sea una persona diferente del mutualista/suscriptor, esta obligación de pago podrá ser asumida por el asegurado y deberá ser comunicada a la mutua, ostentando el asegurado los derechos y obligaciones inherentes al pagador de las cuotas.
- 2- El lugar de pago y la periodicidad/fraccionamiento de las cuotas (mensual/trimestral/semestral/anual) serán los previstos en el Título de Suscripción. El mutualista/suscriptor podrá cambiar la forma de pago de las cuotas comunicándolo por escrito y dirigiéndose a la Mutua.

Artículo 12. IMPAGO DE CUOTAS: SUSPENSIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

Si la primera cuota o derrama no ha sido pagada en fecha de su vencimiento por causa atribuible al mutualista/suscriptor de prestaciones, la Mutua tiene derecho a resolver el contrato/cobertura o a exigir el pago de la(s) cuota(s) debida(s). La Mutua queda libre de sus obligaciones aseguradoras si la cuota no ha sido pagada antes de que se produzca un siniestro.

En caso de impago de una de las cuotas siguientes (incluidos los fraccionamientos de la cuota anual), la prestación/cobertura suscrita queda suspendida un mes después del día del vencimiento de la cuota (o fracción de cuota) impagada. Si la Mutua no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la cuota, se entenderá que el contrato/cobertura queda extinguido. En cualquier caso, cuando la cobertura esté en suspenso, la Mutua solo puede exigir el pago de la cuota del período en curso. La cobertura volverá a tener efecto a las veinticuatro horas

del día en que el mutualista/suscriptor haya pagado la(s) cuota(s) pendiente(s). Los hechos causantes o siniestros producidos durante el período de suspensión de la cobertura no darán derecho a ningún tipo de prestación.

Artículo 13. BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN

1.- Para las coberturas en caso de muerte, el mutualista/suscriptor podrá designar beneficiario o beneficiarios, o revocar/modificar la designación realizada previamente. La designación podrá efectuarse en el momento de la suscripción de la prestación o en cualquier momento posterior, durante la vigencia de la cobertura mediante escrito comunicado a la Mutua o por testamento.

Excepto estipulación en contra, la designación para más de un beneficiario se entenderá como realizada a partes iguales entre ellos. En caso de designación genérica a los hijos o herederos, los beneficiarios se determinarán de acuerdo con lo que establezca la Ley.

Si en el momento de producirse la contingencia y causar derecho a la prestación no constase expresamente designado ningún beneficiario, o habiendo muerto este antes que el asegurado, se considerarán beneficiarias las personas que se indican a continuación, según su relación con el asegurado y en este orden de prelación:

- a) Cónyuge.
- b) Hijos a partes iguales y nietos por derecho de representación.
- c) Padres, a partes iguales.
- d) Hermanos, a partes iguales.
- e) Resto de herederos legales a partes iguales, en el orden que determine la ley.

A falta de beneficiario, la prestación pasará a formar parte del patrimonio del mutualista/suscriptor o de quien lo haya sustituido en la obligación de pago de cuotas.

Si un beneficiario de la prestación ha sido el causante determinante del siniestro y se le sanciona o condena por esta causa, no podrá cobrar la prestación, la cual pasará a los otros beneficiarios.

2.- En las coberturas de invalidez y gastos médicos, el beneficiario será el propio asegurado, a no ser que el mutualista/suscriptor haya designado expresamente a otra persona.

Artículo 14. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN

Es condición necesaria para tener derecho a la prestación que el que el mutualista/suscriptor esté al corriente en el pago de las cuotas reglamentarias en el momento de producción del hecho causante. El impago de las cuotas produce los efectos previstos en el artículo 12 de este Reglamento.

Artículo 15. SOLICITUD Y ACREDITACIÓN DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN

Plazo para solicitar la prestación: El interesado/beneficiario deberá comunicar el accidente del asegurado y presentar la solicitud de la prestación a la Mutua en un plazo máximo de noventa (90) días naturales a partir de la fecha del accidente o, en el caso, hubiera tenido conocimiento. Si no se efectuase dicha comunicación dentro del término establecido, se producirán los efectos legalmente previstos.

Solicitud: La prestación se debe solicitar a la Mutua indicando/aportando los siguientes datos:

- a) Datos personales, familiares y profesionales del asegurado causante de la prestación.
- b) Datos personales de los beneficiarios.



- c) Forma de cobro de la prestación, cuando el beneficiario pueda optar entre diferentes modalidades.
- d) Fecha y firma de los solicitantes.

Documentación: con la solicitud, para acreditar el derecho a la prestación el interesado/beneficiario ha de presentar la siguiente documentación.

- a) La acreditación del accidente y su relación causal con la muerte o invalidez del asegurado, aportando toda la información, documentos públicos/oficiales y demás pruebas que sean oportunas a tal efecto, incluida la de los testimonios.
- b) Certificado literal de defunción del asegurado o informes médicos acreditativos de la situación de invalidez del asegurado como consecuencia del accidente, según corresponda.
- c) Comprobante que acredite la declaración/pago del impuesto de sucesiones y donaciones, si procede.
- d) Acreditación de la condición de beneficiario(s): debe aportarse la suficiente documentación para el reconocimiento del derecho a la prestación (certificado de últimas voluntades y, si procede, el último testamento, acto judicial o documento notarial de declaración de herederos y fe de vida del beneficiario).
- e) En las prestaciones de la cobertura de reembolso de los gastos médico-quirúrgicos, el comprobante de los gastos.

También deberán presentarse los documentos que la Mutua considere necesarios en cada caso para acreditar el derecho a la prestación. El interesado deberá ofrecer toda clase de información sobre las circunstancias del hecho causante o acontecimiento que solicite la Mutua. Es obligación del beneficiario o beneficiarios reflejar con veracidad y exactitud los hechos y sus circunstancias en los comunicados y las declaraciones que presente la Mutua. En caso de incumplimiento de esta obligación, la Mutua se podrá inhibir de pagar prestaciones de los siniestros correspondientes, de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.

Artículo 16. COMPROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN

- 1.- De acuerdo con la documentación presentada, la Mutua procederá a aceptar la prestación correspondiente, o a denegarla si procede. La denegación se comunicada por la Mutua al interesado por escrito con indicación de las causas, así como el carácter subsanable o no de las mismas.
- 2.- En caso de que el asegurado o interesado no esté conforme con la evaluación del grado de invalidez de la Mutua, se procederá a una segunda evaluación por dos facultativos, uno nombrado por el asegurado/interesado y otro por la Mutua. En caso de discrepancia entre ellos, intervendría un tercer facultativo que será nombrado por las dos partes mediante un acuerdo común. Los facultativos deberán practicar la evaluación pericial atendiendo a lo dispuesto en estos Reglamentos. Cada parte satisfará los honorarios y gastos de su facultativo y la mitad del tercero.

Artículo 17. PAGO DE LA PRESTACIÓN

Aceptado/reconocido el derecho a la prestación, la Mutua abonará la suma asegurada al beneficiario en la forma pactada en el plazo máximo de cuarenta días desde la acreditación del derecho a la Prestación.

A petición del beneficiario, el capital se puede cobrar en un único pago, fraccionado en el tiempo o substituyéndose por una renta vitalicia o temporal que, de acuerdo con el capital establecido y la

edad del beneficiario en el momento de producirse el hecho causante, se calculará según las condiciones y tarifas que tenga la Mutua en vigor en ese momento.

Si en el plazo de los tres meses siguientes a la muerte del asegurado la Mutua no hubiera pagado el importe contratado/suscrito por causa injustificada e imputable, la prestación experimentará los incrementos legalmente previstos.

Artículo 18. MESA DE PORCENTAJES DE LA PRESTACIÓN EN CASO DE INVALIDEZ PARCIAL POR ACCIDENTE

	Der. %	Izq. %
Pérdida total de un brazo o una mano	70	60
Pérdida total del movimiento de la espalda	30	25
Pérdida total del movimiento del codo	25	20
Pérdida total del movimiento de la muñeca	25	20
Pérdida total de los dedos pulgares e índice	40	30
Pérdida de tres dedos que no sean el pulgar o el índice	25	20
Pérdida de tres dedos, incluidos el pulgar y el índice	35	30
Pérdida del pulgar y otro dedo que no sea el índice	30	25
Pérdida del dedo índice y otro que no sea el pulgar	20	15
Pérdida del dedo pulgar	22	18
Pérdida del dedo índice	15	12
Pérdida del dedo corazón, anular o auricular	10	
Pérdida de dos de los últimos dedos	15	12
Pérdida de una pierna o del pie		60
Amputación parcial de un pie, incluidos los dedos		45
Pérdida total de la fonación		25
Ablación de la mandíbula inferior		35
Pérdida total de un ojo, o reducción a la mitad de la visión binocular		35
Fractura no consolidada de una pierna o pie		40
Fractura no consolidada de una rótula		20
Pérdida total de movimiento de la cadera o de una rodilla		20
Acordamiento de 5 cm, como mínimo, de un miembro inferior		15
Acordamiento de 3 cm, como mínimo, de un miembro inferior		10
Sordera completa		60
Sordera completa de un oído		15
Pérdida del dedo gordo de un pie		10
Pérdida de los dedos gordos de ambos pies		15
Pérdida de otro dedo de un pie		3

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera. PROTECCIÓN DE MUTUALISTAS Y ASEGURADOS

Los mutualistas, asegurados, beneficiarios o sus derechohabientes pueden dirigir voluntariamente sus reclamaciones de las cuestiones derivadas de la aplicación de los reglamentos de la Mutua a las siguientes instancias, internas y externas:

- El **Servicio de Atención al Mutualista (SAM)** establecido por la Mutua, sujeto al reglamento que rige este organismo, que tiene por objeto atender y resolver las quejas y reclamaciones de los mutualistas relacionados con la actividad aseguradora o de previsión de la Mutua, así como las que deriven de la normativa de transparencia y protección de los clientes y de las buenas prácticas y usos financieros y aseguradores.
- El **defensor del mutualista (DM)** establecido por la Mutua, sujeto al reglamento que rige este organismo, que tiene por objetivo gestionar las quejas y reclamaciones que se presenten, relacionadas con la actividad aseguradora o de previsión de la Mutua, siempre que se hayan planteado previamente al Servicio de Atención al Mutualista y no sean objeto de algún proceso administrativo arbitral o judicial. La decisión del defensor del mutualista favorable al reclamante es vinculante para la Mutua. El reclamante tiene la posibilidad de acudir a los procedimientos de conciliación y arbitraje establecidos o de interponer reclamación/demanda por vía judicial.
- El **Servicio de Reclamaciones** que tenga establecido el **órgano administrativo de supervisión** de la Mutua, del cual se informará en las resoluciones del SAM y/o DM.
- Los organismos de **conciliación y arbitraje** que hayan organizado la Federación de Mutualidades de Cataluña, una vez agotado el trámite del defensor del mutualista, con sujeción a los preceptos reglamentarios que rigen los organismos mencionados.
- Otros mecanismos de solución de conflictos de carácter voluntario:
 - a) Arbitraje de acuerdo con el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (RD Legislativo 1/2007, de 15 de noviembre).
 - b) A mediación de acuerdo con la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.
 - c) Arbitraje en los casos previstos en la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.
- **Jurisdicción competente y prescripción.** El interesado puede recurrir a los tribunales de justicia, siendo el juez del domicilio del asegurado quien tiene competencia para entender las acciones derivadas del seguro. Las acciones que deriven del presente reglamento/contrato prescriben en un plazo de cinco años.

Segunda. GARANTÍAS CONCERTADAS

1.- La Mutua podrá complementar esta Prestación, de carácter obligatorio u opcional para el mutualista/suscriptor, con servicios y seguros concertados con terceros, directamente o a través de servicios de mediación profesional.

La Mutua tiene la capacidad de resolver la relación con el tercero y dejar sin efecto el producto u otro servicio concertado de acuerdo con las condiciones propias de la contratación y/o sustituirlo por otro distinto y aplicar, si procede, la correspondiente corrección de prima/cuota del mutualista/suscriptor.

2.- Esta Prestación de Accidentes, incorpora la **garantía opcional REHAB manager**. Estos servicios son prestados por la compañía Europe Assistance SA de Seguros y Reaseguros y de acuerdo con el contrato intermediado por la Corredora de Seguros SERPRECO SA (entidad vinculada a la Mutua). Las condiciones de los servicios figuran en el **Anexo de garantías concertadas**.

Tercera. RESPONSABILIDAD DE LOS MUTUALISTAS

Conforme a los estatutos sociales de la Mutua, la responsabilidad de los mutualistas/suscriptores está limitada al pago de las cuotas y las derramas que se establezcan de acuerdo con los Estatutos y reglamentos vigentes o pólizas, que en ningún caso no excederán los límites que fijen las disposiciones legales de aplicación.

Cuarta. COBERTURA DE LOS RIESGOS EXTRAORDINARIOS PARA EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

Conforme a 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, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro del que, obligatoriamente, han de incorporar recargo a favor de la mencionada entidad pública empresarial, tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas para la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos para eventos extraordinarios ocurridos en España y que afecten a riesgos situados dentro del país, así como hechos ocurridos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagados por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiera satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de estas situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro (o reglamento de prestaciones) contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aún estando bajo el amparo de la póliza de seguro mencionada (o reglamento de prestaciones), las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser completadas por haber sido declaradas judicialmente en concurso o por estar sujetas a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación al que está dispuesto en el Estatuto legal mencionado, 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

- a) Los siguientes fenómenos naturales: terremoto y sismos submarinos, 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 tornados) y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y alboroto popular.
- c) 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 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 tiempos de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá solicitar información sobre los hechos ocurridos a los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes.

2. Riesgos excluidos

- a) **Los que no den lugar a indemnización, según la Ley de Contrato de Seguros.**
- b) **Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en los 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 que se establece en la Ley 11/2011, de 27 de mayo, sobre energía nuclear.**
- e) **Los producidos por fenómenos naturales distintos a los indicados en el apartado 1.a) anterior y en particular, los producidos por la elevación del nivel freático, movimiento de laderas, desprendimiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos hayan sido ocasionados manifiestamente por la acción del agua de la lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjesen con carácter simultáneo a la inundación.**
- f) **Los causados por actuaciones tumultuosas producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 91/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, excepto que las actuaciones mencionadas 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, conforme a lo establecido en la Ley de Contrato de Seguros, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se encuentre suspendida o el seguro quede extinguido por impago de las primas.**

- i) **Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el gobierno del Estado como catástrofe o calamidad nacional.**

3. Extensión de la cobertura

- 1.- La cobertura de los riesgos extraordinarios llegará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas (o reglamentos de prestaciones) a efectos de los riesgos ordinarios.
- 2.- En las pólizas de seguro (o reglamentos de prestaciones) de vida que, de acuerdo con el que está previsto en el contrato, y conforme a la normativa reguladora de seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo por cada asegurado. Es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido debe tener constituida. El importe correspondiente a la citada 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 tomador de seguros, asegurado o beneficiarios de la póliza o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros a través de los que se hubiera gestionado.
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:
 - Llamando al Centro de Atención Telefónica del *Consorcio de Compensación de Seguros* (900 222 6665 o 952 367 042).
 - A través de la página web del *Consorcio de Compensación de Seguros* (www.conorseguros.es).
3. Valoración de los daños: la valoración de los daños que resulten indemnizables de acuerdo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguros se realizará por el *Consorcio de Compensación de Seguros* sin que este 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.



ANEXO DE CUOTAS

Las cuotas anuales por cada 10.000 euros asegurados de las garantías de Defunción e Invalidez Absoluta, en caso de accidente y accidente de circulación, y por cada 1.000 euros de la garantía complementaria de Gastos Médicos, son:

GARANTÍAS	ACCIDENTE	ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN
	CUOTA ANUAL (€)	CUOTA ANUAL (€)
Defunción	3,22	1,61
Invalidez absoluta	3,22	1,61
Gastos médicos	3,13	-

Añadir a esta prestación los servicios **REHAB MANAGEMENT**, garantía concertada con la compañía Europe Assistance, tiene un coste anual de **8,18 €**.

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO

Las tablas de cuotas reflejan la cuota total que hay que pagar anualmente, sin incluir impuestos. Se podrá elegir una periodicidad de pago de cuotas distinta a la anual, con los siguientes recargos sobre la cuota anual, dependiendo de la periodicidad establecida:

FRACCIONAMIENTO	RECARGO
Mensual	2,041%
Trimestral	1,530%
Semestral	1,020%

ANEXO GARANTÍAS CONCERTADAS REHAB MANAGER

Seguro Rehab Management

1.DEFINICIONES COMUNES ACCIDENTE

La lesión corporal o daño material sufrido durante la vigencia de la póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

1. ACCIDENTE LABORAL: Se entiende por accidente laboral todo aquel que se produce con ocasión o como consecuencia del trabajo que se realice por cuenta ajena o propia.
2. ACCIDENTE DE TRÁFICO: Se entiende por accidente de tráfico todo aquel que se produce en una vía abierta a la circulación o tiene su origen en la misma, a consecuencia del cual puedan resultar fallecidas o heridas las personas y/o se produzcan daños materiales y en el cual esté implicado al menos un vehículo circulando.
3. ACCIDENTE DE CIRCULACION: aquellos que sobrevengan al Asegurado en calidad de peatón en vía pública, usuario de transportes públicos terrestres, marítimos, o aéreos, conductor o pasajero de un vehículo terrestre, con o sin motor (distinto de los transportes públicos en común) con la excepción de motocicletas o ciclomotores con cilindrada superior a 125 cc.
4. ACCIDENTE CASUAL: Se entiende por accidente casual todo aquel que se produce fuera del ámbito laboral, de tráfico y de circulación, teniendo como único agente responsable la casualidad.

ASEGURADO

La persona física, **con domicilio habitual en España**, titular de una póliza de Accidentes suscrita con **MUTUA D'ENGINYERS** y que sea comunicada a **EUROP ASSISTANCE**.

ASEGURADOR

EUROP ASSISTANCE ESPAÑA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (en adelante **EUROP ASSISTANCE**), que asume el riesgo definido en la póliza.

DAÑO CORPORAL

Lesión que se produce como consecuencia de toda agresión, exógena o endógena, sobre cualquier parte de la geografía del cuerpo. El daño corporal de origen violento reconoce tres causas: homicida, suicida y accidental.

1. DAÑO CORPORAL POR CAUSA NATURAL: es la consecuencia de los múltiples procesos patológicos que llevan a las distintas enfermedades.
2. DAÑO CORPORAL POR CAUSA ACCIDENTAL: Lesión corporal objetivable de causa violenta e inesperada. Puede ser debido a un accidente laboral, de tráfico o casual.

DISCAPACIDAD GRAVE

Se entiende como tal los síntomas, signos o secuelas que causen la incapacidad de la persona para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, incluyendo la afectación de alguna de las actividades de autocuidado.

Únicamente se cubrirán las pérdidas anatómicas o funcionales sufridas a consecuencia del Accidente cubierto por la póliza.

DOMICILIO HABITUAL

Se entiende por domicilio habitual del Asegurado el localizado en España que se hace constar en la contratación del seguro.

INCAPACIDAD PERMANENTE

A los efectos del presente contrato, se entenderá como Incapacidad Permanente aquella situación del Asegurado que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que disminuyan o anulen su capacidad laboral.

1. INCAPACIDAD PERMANENTE TOTAL

A los efectos del presente contrato, se entenderá como Incapacidad Permanente Total aquella que inhabilita al Asegurado para la realización de todas o de las fundamentales tareas de su profesión habitual siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

2. INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA

A los efectos del presente contrato, se entenderá como Incapacidad Permanente Absoluta aquella que inhabilita por completo al Asegurado para toda profesión u oficio.

LÍMITES GARANTIZADOS

Las cuantías que figuran como límite en cada una de las garantías de este contrato, se entienden como importes máximos acumulables durante la anualidad del seguro, salvo que expresamente se indique otra cosa.

TOMADOR DEL SEGURO

La persona física o jurídica que con el Asegurador suscribe este seguro, y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

2. OBJETO DEL CONTRATO

Garantizar contra las consecuencias de aquellos riesgos cuyas coberturas se especifican en el contrato y que se produzcan como consecuencia de **daños corporales por causa accidental, cubiertos por la póliza de accidentes de MUTUA D'ENGINYERS a la que va ligado el presente seguro**, dentro del ámbito territorial cubierto, y periodo contratado y con los límites señalados en la misma, **Quedarán excluidos todos los daños corporales derivados de una causa natural o violenta no accidental.**

Las coberturas del presente seguro únicamente serán de aplicación en caso de daños corporales por causa accidental que supongan a futuro una situación de incapacidad permanente total o absoluta (conforme a las definiciones realizadas anteriormente).

3. ÁMBITO TERRITORIAL

Las garantías aseguradas por esta póliza serán de aplicación en todo el territorio español, salvo en el ámbito de la franquicia kilométrica establecida y/o en la propia definición de la prestación o servicio, donde no lo serán.

4. DURACIÓN DEL SEGURO

El presente seguro se contrata por anualidades renovables de forma automática desde su efecto salvo preaviso por escrito en contra de cualquiera de las partes con dos meses de antelación a la fecha anual de vencimiento.

Las garantías del presente contrato se prestarán, a contar desde la comunicación del siniestro a **EUROP ASSISTANCE**, durante un máximo de hasta 2 años en el caso en que el Asegurado sea mayor de 16 años y durante un máximo de hasta 5 años para menores de 16 años en el momento del siniestro. En cualquier caso, la duración del programa será definida por el equipo médico de **EUROP ASSISTANCE** de forma particular para cada Asegurado y estará condicionada al estado y necesidades del mismo a lo largo del proceso.

5. TRAMITES EN CASO DE SINIESTRO

Ocurrido un hecho que pudiera dar lugar a la prestación de alguna de las garantías cubiertas en la póliza, será requisito indispensable la comunicación del siniestro, al teléfono 902.885.966 u otro medio que deje constancia de la comunicación de dicho siniestro, quedando expresamente excluidas con carácter general aquellas prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente a **EUROP ASSISTANCE** y aquellas para las que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización.

MUTUA D'ENGINYERS deberá comunicar a **EUROP ASSISTANCE** el siniestro, una vez haya realizado la primera valoración de la previsión de incapacidad del Asegurado.

En el momento de la apertura del siniestro, el Asegurado, o **MUTUA D'ENGINYERS**, deberá facilitar a **Europ Assistance** la siguiente información:

- Informe de Urgencias o de primera asistencia tras el accidente
- Informe de alta médica en caso de hospitalización
- Informes de las pruebas complementarias realizadas
- Pauta de Rehabilitación (establecida por el médico tratante)
- Informe de antecedentes médicos, según registro de la historia clínica del médico de cabecera.

Además de la documentación básica referida, **EUROP ASSISTANCE** se reserva el derecho de solicitar otros datos clínicos que puntualmente se consideren oportunos para la adecuada valoración del proceso.

Recibida la notificación, **EUROP ASSISTANCE** dará las instrucciones necesarias con el objeto de que se preste el servicio requerido. Si el Asegurado actuase de forma contraria a las instrucciones impartidas por **EUROP ASSISTANCE**, serán de su cuenta los gastos en que incurra por dicho incumplimiento.

PARA EL REEMBOLSO DE CUALQUIER GASTO PODRÁ DIRIGIRSE A WWW.EUROP-ASSISTANCE.ES DONDE PODRÁ ACCEDER A “REEMBOLSO ON LINE” PARA CREAR SU PROPIA SOLICITUD DE REEMBOLSO Y HACER EL SEGUIMIENTO DEL TRÁMITE O AL APARTADO DE CORREOS 36316 (28020 MADRID). EN TODOS LOS CASOS SERÁ INDISPENSABLE LA PRESENTACIÓN DE FACTURAS Y JUSTIFICANTES ORIGINALES.

6. TRÁMITES EN CASO DE QUEJA POR PARTE DEL ASEGURADO

EUROP ASSISTANCE pone a disposición de los Asegurados un Servicio de Reclamaciones cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.europ-assistance.es. Podrán presentar quejas los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores, en el apartado de “Defensa del cliente” de la web, o dirigiéndose por escrito al Servicio de Reclamaciones:

Dirección: Servicio de Reclamaciones
Cl. Orense, 4 – Planta 14
28020- MADRID

Dicho Servicio, que funciona de forma autónoma, atenderá y resolverá en un plazo máximo de 2 meses las quejas escritas que le son directamente dirigidas, cumpliendo así con la Ley ECO/734/2004 de 11 de marzo y Ley 44/2002 de 22 de noviembre.

Agotada la vía del Servicio de Reclamaciones, el reclamante podrá formular su queja ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones (adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones), cuya dirección es:

Pº de la Castellana, 44
28046- MADRID

7. ELECCIÓN DE ABOGADO Y PROCURADOR

El Asegurado tendrá derecho a elegir libremente al procurador y abogado que hayan de representarle y defenderle en cualquier clase de procedimiento, pero en el supuesto de que el Abogado elegido no resida en el partido judicial donde haya de sustanciarse el procedimiento base de la prestación garantizada, serán a cargo del Asegurado los gastos de desplazamiento, dietas o cualquier otro gasto que dicho profesional incluya en su minuta.

El Asegurado tendrá, asimismo, derecho a la libre elección de abogado y procurador en los casos en que se presente conflicto de intereses entre las partes del contrato.

El abogado y procurador designados por el asegurado no estarán sujetos, en ningún caso a las instrucciones de **EUROP ASSISTANCE**.

Antes de su nombramiento, el Asegurado comunicará al Asegurador el nombre del abogado y procurador elegido.

El Asegurador satisfará los honorarios del Abogado que actúe en defensa del Asegurado conforme a las normas orientativas de honorarios de cada Colegio Profesional.

Los honorarios máximos aplicables serán los fijados por las normas orientativas dictadas por el Colegio Profesional correspondiente a los efectos de tasaciones de costas y jura de cuentas de los abogados sin que el conjunto de gastos sobrepase el límite cuantitativo establecido en cada garantía.

En caso de producirse un conflicto de intereses entre las partes, **EUROP ASSISTANCE** comunicará tal circunstancia al Asegurado, a fin de que éste pueda decidir sobre la designación del abogado o procurador que estime conveniente para la defensa de sus intereses.

En ningún caso **EUROP ASSISTANCE** se hará cargo de honorarios y gastos derivados de reclamaciones injustificadas por carecer de medio de prueba suficiente que la haga viable, o que lo sean en función de la responsabilidad del accidente, así como las manifiestamente desproporcionadas con la valoración de los daños y perjuicios sufridos. No obstante, en este último caso, **EUROP ASSISTANCE** asumirá el pago de dichos gastos si el Asegurado ejercita las acciones judiciales y obtiene una resolución favorable o una indemnización en cuantía similar a su pretensión inicial.

8. RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

El Asegurado tendrá derecho a someter a arbitraje cualquier diferencia que pueda surgir entre él y el Asegurador sobre el contrato de seguro.

La designación de árbitros no podrá hacerse antes de que surja la cuestión disputada.

9. SUBROGACIÓN

EUROP ASSISTANCE se subroga, hasta el total del coste de los servicios prestados por ella, en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado contra toda persona responsable de los hechos y que hayan motivado su intervención. Cuando las garantías realizadas en ejecución del presente Contrato sean cubiertas en todo o en parte por otra entidad Aseguradora, por la Seguridad Social o por cualquier otra institución o persona, **EUROP ASSISTANCE** quedará subrogada en los derechos y acciones del Asegurado frente a la citada compañía o institución. A estos efectos el Asegurado se obliga a colaborar activamente con **EUROP ASSISTANCE** prestando cualquier ayuda u otorgando cualquier documento que pudiera considerar necesario.

10. RESPONSABILIDAD

Acaecido un siniestro, EUROP ASSISTANCE no asumirá ninguna responsabilidad respecto a las decisiones y actuaciones que adopte el Asegurado contrarias a sus instrucciones o las de su Servicio Médico.

11. LEGISLACIÓN Y JURISDICCIÓN

El Asegurado y **EUROP ASSISTANCE** se someten a la legislación y jurisdicción española a los efectos del presente Contrato.

Será juez competente para el reconocimiento de las acciones derivadas del Contrato el del domicilio habitual del Asegurado.

RESUMEN DE GARANTÍAS

PACK	GARANTÍA	COBERTURA	NIVEL
Base	Rehab Manager	Incluido	1
Salud	Supervisión médica de la rehabilitación	Incluido	1
	Coaching emocional y de resiliencia	4 sesiones	1
	Personal sanitario a domicilio	Conexión	1
	Segunda Opinión Médica	Incluido	1
	Consejo y búsqueda de especialistas médicos	Conexión	1
	Orientación médica	Incluido	1
	Orientación nutricional	Incluido	1
	Orientación psicológica	Incluido	1
Bienestar	Terapias Alternativas: Sesiones de Acupuntura, Homeopatía, Kinesiología, Naturopatía, Reflexología, Reiki, Shiatsu y Terapia floral	4 sesiones	1
	Clases de meditación Mindfulness y reducción de estrés	4 sesiones	1
Movilidad	Adecuación de la vivienda del Asegurado	Hasta 3.000 €	2
	Adecuación del vehículo del Asegurado	Hasta 1.500 €	2
	Clases de conducción específicas	3 clases de 1 hora	2
	Apoyo psicológico específico para superar miedo a la conducción	3 sesiones	2
Reinserción Laboral	Orientación, reciclaje profesional y ayuda activa en la búsqueda de empleo	Incluido	2
	Coaching laboral	4 sesiones	2
Vida más Fácil	Coaching para cuidadores	4 sesiones	1
	Orientación social y gestión de ayudas	Incluido	1
	Cursos y MasterClass OnLine de formación para familiares cuidadores	Incluido	1
	Atención de consultas de cuidadores	Incluido	1
	Servicio de Asistente personal	Conexión	1
	Servicio de ayuda en el domicilio: acompañamiento, servicios especiales, ayuda personal, catering, limpieza.	Conexión	1
	Búsqueda de cuidador profesional	2 búsquedas/año	1
	Asesoramiento en gestoría administrativa	Incluido	1
	Servicio de gestoría administrativa	Conexión	1
	Organización de viajes accesibles	Incluido	1
	Guardería para mascotas durante la hospitalización del asegurado	Hasta 300 €	1
Servicio de información	Incluido	1	
Legal	Asesoramiento jurídico telefónico y Ayuda legal 24 horas	Incluido	1
	Reclamación de daños y perjuicios	Hasta 2.000 €	1

GARANTÍAS CUBIERTAS

El Asegurado tendrá acceso a las coberturas de 1er nivel una vez que **MUTUA D'ENGINYERS** haya realizado la primera estimación de la posible Incapacidad y **EUROP ASSISTANCE** haya realizado la correspondiente validación de la información y documentación facilitada por **MUTUA D'ENGINYERS**. Las prestaciones incluidas en el producto irán siendo coordinadas por el Rehab Manager conforme vayan siendo necesarias o susceptibles de ser utilizadas por el Asegurado.

Para acceder a las coberturas de 2º nivel será necesario que el Asegurado tenga reconocido el estado de Incapacidad por parte de **MUTUA D'ENGINYERS**. En caso de solicitar una prestación de este nivel antes de ese momento, **EUROP ASSISTANCE** ofrecerá gestionar a cargo del Asegurado dicha prestación y proceder a su posterior reembolso (en el caso que proceda).

Las garantías se prestarán previa solicitud por parte del Asegurado y en horario de 9:00 a 18:00 de lunes a viernes (excepto festivos nacionales) salvo otra indicación en la garantía correspondiente.

BASE

1.- Rehab Manager

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, **EUROP ASSISTANCE** pondrá a disposición del Asegurado y sus familiares la figura del Rehab Manager, que se encargará de la definición de un programa de atención personalizado contemplando el ámbito médico, laboral y social teniendo como funciones principales el apoyo, acompañamiento y asesoramiento a los mismos, así como la detección de necesidades, prevención de crisis, ofrecimiento activo y coordinación de todas las prestaciones cubiertas.

Esta garantía incluye:

- Orientación y coordinación de terapeutas y médicos junto con el asesoramiento de nuestros especialistas en rehabilitación colaboradores.
- Asesoramiento activo, apoyo, orientación y coordinación de gestiones relacionadas con el ámbito médico (atención y cuidados), ámbito laboral y social.
- Asesoramiento activo y apoyo en las gestiones con la Seguridad Social, Sistema Sanitario, compañías de seguros, empresa (en el caso de que el Asegurado estuviera trabajando en el momento del accidente) así como con cualquier otra Institución, Entidad u organismo con la que el Asegurado tenga que realizar algún trámite derivado del siniestro, siempre que la realización de dicha gestión pueda ser realizada en nombre de terceras personas. **Los costes de dichos trámites (tasas, impuestos, etc.) serán a cargo del Asegurado.**
- En caso de discapacidad grave y/o siempre que **EUROP ASSISTANCE** lo considere necesario, la prestación incluye reuniones presenciales con el Asegurado y/o sus familiares en el hospital y domicilio del mismo así como contactos telefónicos de seguimiento y prevención.

La periodicidad de estas reuniones presenciales y contactos se establecerán al inicio del caso en función de la situación y necesidades del Asegurado.

SALUD

2.- Supervisión médica de la rehabilitación

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, **EUROP ASSISTANCE** se encargará de la supervisión de la rehabilitación médica prescrita al Asegurado. El Rehab Manager mantendrá reuniones periódicas con el Médico Rehabilitador colaborador de **EUROP ASSISTANCE** para verificar la idoneidad de la rehabilitación prescrita al Asegurado y asesoramiento sobre la más conveniente y revisión de la información facilitada con los médicos de **EUROP ASSISTANCE**.

En esta cobertura se incluye el estudio y seguimiento del caso por la Dirección Médica de EUROP ASSISTANCE y por médico especialista en rehabilitación colaborador de EUROP ASSISTANCE.

3.- Coaching emocional y de resiliencia

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, y previa solicitud por parte del Asegurado, **EUROP ASSISTANCE** organizará y tomará a cargo hasta **4 sesiones de 1 hora de duración de Coaching telefónico o presencial (sujeto a disponibilidades locales)** orientado al estado anímico del Asegurado y centrado en el aspecto actitudinal y emocional asociados a cambios bruscos debido al accidente.

En el caso de la no presentación del Asegurado a una sesión concertada sin previa cancelación de la misma, dicha sesión se contabilizará como recibida.

4.- Personal sanitario a domicilio

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza y a solicitud del Asegurado, **EUROP ASSISTANCE** ofrece el servicio de envío de profesionales sanitarios (ATS, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, logopedas, psicomotricistas) que proporcionen los cuidados y tratamientos especiales que el Asegurado requiera, orientados a atender y cuidar al Asegurado según su problemática y su nivel de dependencia o enfermedad, con la finalidad de mejorar su calidad de vida y evitar el desplazamiento.

Para la correcta prestación de este servicio, se solicitará siempre el informe médico que prescribe el tratamiento determinado.

Los servicios prestados son:

- Administración de medicación especial
- Vigilancia de las constantes vitales
- Curas
- Rehabilitación de miembros inferiores y superiores
- Rehabilitación del habla y del lenguaje

Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

5.- Segunda Opinión Médica

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, el Asegurado podrá solicitar, mediante llamada telefónica a **EUROP ASSISTANCE**, que gestione la solicitud de un segundo diagnóstico sobre la lesión sufrida a consecuencia de un accidente cubierto por la presente póliza.

El Asegurado podrá optar entre:

- Que **EUROP ASSISTANCE** de traslado a un centro médico especializado (perteneciente a una red nacional e internacional de centros de referencia de reconocido prestigio). Para ello el Asegurado deberá facilitar el informe médico inicial, junto con las pruebas ya practicadas, a fin de estudiar, analizar e informar posteriormente al Asegurado de las condiciones derivadas del estudio.
- Que **EUROP ASSISTANCE** gestione una consulta médica con un especialista próximo al domicilio del Asegurado en España, que emitirá un informe sobre la situación clínica del Asegurado. Para ello deberá aportar todos los informes y pruebas de que disponga. No se elaborará, por parte de **EUROP ASSISTANCE**, ningún informe o estudio posterior.

EUROP ASSISTANCE tomará a su cargo la consulta médica con el especialista. A solicitud del Asegurado, **EUROP ASSISTANCE** podrá encargarse de organizar el desplazamiento del mismo hasta la consulta médica con el especialista siendo todos los gastos de desplazamiento que se produzcan a cargo del Asegurado.

En caso necesario, **EUROP ASSISTANCE** ayudará en la gestión del ingreso en el centro médico, nacional o internacional para el tratamiento.

EUROP ASSISTANCE garantiza la confidencialidad de toda la información. Si fueran necesarias pruebas médicas adicionales, a juicio de los médicos especialistas que valoran el caso, éstas serán a cargo del Asegurado.

El presente servicio no constituye un seguro de Enfermedad ni de Asistencia Sanitaria.

EXCLUSIONES

En ningún caso estarán cubiertos por esta garantía los siguientes supuestos:

- 1. Cuando el Asegurado oculte información o hechos relevantes para la gestión del siniestro.**
- 2. Pérdidas económicas directas sufridas como consecuencia de un siniestro amparado por esta garantía.**
- 3. Solicitudes desproporcionadas en relación a los efectos secundarios sufridos por el Beneficiario.**
- 4. El dolo y los siniestros causados por mala fe del Beneficiario.**
- 5. Ningún otro tipo de enfermedad no mencionada anteriormente.**

6.- Consejo sobre especialistas médicos

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, **EUROP ASSISTANCE** realizará la búsqueda a nivel nacional de un especialista de prestigio en el ámbito del diagnóstico o patología del Asegurado.

Esta prestación incluye la valoración de la información médica por parte de la Dirección Médica de **EUROP ASSISTANCE** así como el estudio, orientación, búsqueda y contacto telefónico con el especialista para informar sobre el caso y concertar la cita en caso de que fuera necesario.

7.- Servicio de Orientación médica

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, **EUROP ASSISTANCE** resolverá las dudas de carácter médico que pudiera tener el Asegurado acerca de interpretación de análisis clínicos, medicamentos, etc. El servicio médico de **EUROP ASSISTANCE** aconsejará, a la vista de los datos de la solicitud del servicio, lo que estime oportuno y orientará al Asegurado hacia el medio sanitario que considere mejor, si fuera necesario. En ningún caso el servicio de orientación médica diagnosticará ni prescribirá tratamiento alguno.

Para los casos más graves y urgentes, **EUROP ASSISTANCE** podrá activar los servicios de asistencia sanitaria necesarios, priorizando los servicios públicos de urgencia, **siendo por cuenta del Asegurado los gastos que se ocasionen como consecuencia de este servicio.**

8.- Servicio de Orientación nutricional

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza y a solicitud del Asegurado, los especialistas sanitarios de **EUROP ASSISTANCE** le ofrecerán orientación sobre la nutrición apropiada en su situación.

9.- Orientación y asesoramiento psicológico telefónicos

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza y a petición del Asegurado, **EUROP ASSISTANCE** ofrecerá orientación y asesoramiento de tipo psicológico en situaciones de tensión emocional, malestar, dudas o preocupaciones motivadas por un siniestro cubierto por la póliza. Tiene por objetivo proporcionar apoyo para encontrar la vía de solución de determinados problemas o conflictos a través de medios propios o con ayuda de profesionales.

El servicio psicológico de **EUROP ASSISTANCE** aconsejará, a la vista de los datos de la solicitud del servicio, lo que estime oportuno y orientará al Asegurado para una mejora de su estado psicológico/emocional.

En ningún caso el servicio de orientación psicológica diagnosticará ni prescribirá tratamiento alguno. Cuando la consulta derive de una situación clínica de urgencia, se activarán los servicios públicos de urgencia, o bien se dirigirá al Asegurado a su médico de cabecera o al especialista que corresponda.

BIENESTAR

10.- Terapias alternativas

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, y previa solicitud del Asegurado, **EUROP ASSISTANCE** organizará y **tomará a cargo hasta 4 sesiones de 1 hora** en tratamientos con terapias alternativas (Aromaterapia, Reiki, Homeopatía, Acupuntura, Reflexología, Kinesiología, Naturopatía y Terapia Floral) y métodos terapéuticos complementarios a la medicina convencional que ayudan a restaurar el equilibrio personal. Asimismo, el Asegurado podrá beneficiarse de precios especiales en tratamientos con los profesionales y centros de la Red de **EUROP ASSISTANCE**.

Servicio sujeto a disponibilidad local.

En el caso de la no presentación del Asegurado a una sesión concertada sin previa cancelación de la misma, dicha sesión se contabilizará como recibida.

11.- Clases de meditación Mindfulness y reducción de estrés

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, y previa solicitud por parte del Asegurado, **EUROP ASSISTANCE** organizará y **tomará a cargo hasta 4 sesiones de 1 hora de duración como máximo** con personal especializado en la técnica de meditación Mindfulness. En caso de que el Asegurado se encuentre incapacitado para desplazarse, estas clases serán a domicilio.

La prestación de esta garantía está sujeta a disponibilidad local.

En el caso de la no presentación del Asegurado a una sesión concertada sin previa cancelación de la misma, dicha sesión se contabilizará como recibida.

MOVILIDAD

12.- Adecuación de la vivienda del Asegurado

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, y una vez estabilizadas y consolidadas las lesiones en base al criterio médico de **EUROP ASSISTANCE**, ésta llevará a cabo el asesoramiento, coordinación y organización de las gestiones y obras de reforma necesarias en la vivienda del asegurado para garantizar su movilidad **hasta un límite de 3.000 euros**.

Si es necesario realizar adecuaciones al edificio, zonas comunes, y en sus accesos, **EUROP ASSISTANCE** podrá llevar a cabo, con los permisos y autorizaciones tanto del Asegurado como de la comunidad de propietarios, las gestiones y trámites necesarios **no asumiendo ningún coste derivado de los mismos ni de las adecuaciones necesarias**.

Esta garantía incluye la valoración in situ por parte del Rehab Manager de las obras necesarias.

13.- Adecuación del vehículo

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, y una vez estabilizadas y consolidadas las lesiones en base al criterio médico de **EUROP ASSISTANCE**, ésta llevará a cabo la adecuación del vehículo propiedad del Asegurado o de un familiar y destinado al desplazamiento del Asegurado **hasta un límite de 1.500 euros**. Esta garantía incluye el asesoramiento, adecuación del vehículo así como la entrega y recogida del mismo.

Esta prestación se aplicará únicamente cuando el coste de adecuación del vehículo sea inferior al valor venal del mismo. En caso de que el coste sea superior **EUROP ASSISTANCE** reembolsará

hasta un máximo 1.500 euros por la compra de un vehículo adaptado nuevo en concesionarios/talleres concertados con **EUROP ASSISTANCE**.

Esta garantía incluye el asesoramiento por parte del Rehab Manager en cuanto a la conveniencia de realizar una adaptación del vehículo o comprar uno nuevo.

14.- Clases de conducción específicas

En caso de necesitar un permiso de conducción de vehículos adaptados a consecuencia de los daños corporales sufridos por el Asegurado en caso de siniestro cubierto por la póliza, **EUROP ASSISTANCE** pondrá a su disposición clases de conducción específicas para vehículos adaptados en Autoescuelas especializadas. **Esta garantía incluye 3 clases de 1 hora como máximo.**

La prestación de esta garantía está sujeta a disponibilidad local.

En el caso de la no presentación del Asegurado a una clase concertada sin previa cancelación de la misma, dicha sesión se contabilizará como recibida.

15.- Apoyo psicológico para superar el miedo a la conducción

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, como consecuencia de un accidente de tráfico, **EUROP ASSISTANCE** pondrá a disposición del Asegurado sesiones de apoyo psicológico para perder el miedo a la conducción. **Esta garantía incluye 3 sesiones de 1 hora con un límite económico total de 300 euros.**

En el caso de la no presentación del Asegurado a una sesión concertada sin previa cancelación de la misma, dicha sesión se contabilizará como recibida.

REINSERCIÓN LABORAL

16.- Orientación, reciclaje profesional y ayuda activa en la búsqueda de empleo

En caso de declaración de incapacidad laboral permanente total por parte del INSS a consecuencia de un siniestro cubierto por la póliza, **EUROP ASSISTANCE** actuará como interlocutor con la empresa empleadora con el fin de plantear la posibilidad de mantener un puesto de trabajo para el Asegurado, en caso de ser posible.

Asimismo **EUROP ASSISTANCE** realizará un estudio de la empleabilidad del Asegurado (experiencia profesional, conocimientos, capacitación técnica, etc.) y le orientará sobre sus necesidades de formación y reciclaje.

A solicitud del Asegurado, y con los datos que él mismo facilite, se elaborará, en un documento word o similar, un Currículum vitae de calidad. Este Currículum vitae le será remitido al Asegurado en formatos word y pdf.

Asimismo y a solicitud del mismo, **EUROP ASSISTANCE** procederá a dar de alta el Currículum Vitae del Asegurado en un máximo de 5 portales de Internet especializados en la búsqueda de empleo y/o de asociaciones de personas discapacitadas. Una vez realizada esta tarea, cualquier actividad de mantenimiento requerida será a cargo exclusivamente del Asegurado.

Este servicio se prestará a cualquier Asegurado que lo solicite con independencia de su situación laboral.

17.- Coaching laboral

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, y previa solicitud por parte del Asegurado, **EUROP ASSISTANCE** organizará y tomará a cargo **hasta 4 sesiones de 1 hora como máximo** de Coaching telefónico o presencial (sujeto a disponibilidades locales) orientado al ámbito laboral.

En el caso de la no presentación del Asegurado a una sesión concertada sin previa cancelación de la misma, dicha sesión se contabilizará como recibida.

VIDA MÁS FÁCIL

18.- Coaching para cuidadores

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, y previa solicitud por parte del Asegurado o de un familiar, **EUROP ASSISTANCE** organizará y tomará a su cargo **4 sesiones telefónicas de 1 hora de** duración de Coaching telefónico o presencial (sujeto a disponibilidades locales).

Esta prestación está dirigida a personas que conviven con enfermos, dependientes o accidentados que necesiten una atención continuada y/o especial. A través de este proceso se aportan herramientas y estrategias para poder afrontar el acompañamiento al enfermo de forma útil y eficaz para ambos, tratando de potenciar una mejor actitud del paciente ante sus dificultades.

En el caso de la no presentación del Asegurado a una sesión concertada sin previa cancelación de la misma, dicha sesión se contabilizará como recibida.

19.- Orientación social y gestión de ayudas

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, previa petición por parte del Asegurado, **EUROP ASSISTANCE** orientará y asesorará respecto a:

- Ayudas y recursos sociales y asistenciales de carácter general y específicos, relacionados con el objeto de la póliza.
- Teleasistencia, Ayuda domiciliaria, Centros de día, Residencias, Ayudas Técnicas
- Incapacitación
- Situaciones de riesgo social y familiar
- Localización de recursos
- Dependencia y trastornos degenerativos: Recursos sociales y sanitarios, Voluntariado, Asociaciones.

EUROP ASSISTANCE a solicitud del Asegurado, realizará en su nombre, siempre que sea posible, la gestión de las ayudas que le puedan corresponder.

Todos los cortes externos serán a cargo del Asegurado.

20.- Cursos y masterclass Online de formación para familiares cuidadores

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, **EUROP ASSISTANCE** **prestará sin coste** a los familiares cuidadores del Asegurado, a través de la página web habilitada a tal efecto, el acceso a cursos online de formación específica para cuidadores contando con el apoyo de un tutor personal durante todo el proceso de aprendizaje. Las clases online serán prestadas por expertos.

21.- Atención de consultas de cuidadores

EUROP ASSISTANCE facilitará a los cuidadores del Asegurado un servicio de atención de consultas (email, chat, teléfono), las 24 horas al día, para cuestiones relacionadas con la incapacidad permanente total o absoluta del Asegurado cubiertas por la póliza.

22.- Servicio de Asistente Personal

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, y a solicitud del Asegurado, **EUROP ASSISTANCE** pondrá a su disposición un servicio de Asistente Personal para la realización de gestiones necesarias en el día a día: búsqueda de información, reservas, solicitud de citas médicas, etc., acompañamiento a la realización y gestión de trámites burocráticos, presentación de solicitudes, documentos y gestiones personales de diversa índole. **Todos los gastos correrán a cargo del Asegurado.**

23.- Servicio de ayuda en el domicilio

23.1 Servicio de acompañamiento

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, y a solicitud del Asegurado, **EUROP ASSISTANCE** ofrece un servicio de acompañamiento para los casos en que no exista una discapacidad o alteraciones psicofísicas que requieran de personal especializado y quisieran compañía para salidas, desplazamientos, consultas en hospital, compras o bien en el propio domicilio.

Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

23.2 Servicios especiales

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, y a solicitud del Asegurado, **EUROP ASSISTANCE** gestionará la búsqueda y el envío a su domicilio de un profesional del servicio solicitado (peluquería, podología...) que se desplazará con el material necesario para efectuar el trabajo requerido.

Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

23.3 Ayuda personal

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, y a solicitud del Asegurado, **EUROP ASSISTANCE** ofrece un servicio de ayuda personal a través de personal cualificado para necesidades que requieran apoyo en funciones de la vida diaria.

Los servicios prestados son:

- Levantar de la cama
- Aseo personal, baño, corte de uñas y peinado sencillo
- Ayuda en la comida
- Cambio de ropa personal y de cama
- Pequeños paseos, traslados en silla de ruedas, ejercicios de movilidad

Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

23.4 Servicio de catering a domicilio

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, a solicitud expresa del Asegurado y previo presupuesto, **EUROP ASSISTANCE** le facilitará un servicio de catering a domicilio con la periodicidad deseada.

Todos los gastos correrán a cargo del Asegurado.

Este servicio se prestará sujeto a disponibilidades locales.

23.5 Envío de profesionales de limpieza

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, y a solicitud del Asegurado, **EUROP ASSISTANCE** pondrá a su disposición diferentes profesionales de limpieza para ayuda a domicilio, limpieza y orden del mismo y el lavado de ropa.

Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

24.- Búsqueda de cuidador profesional

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, y a solicitud del Asegurado o de sus familiares, **EUROP ASSISTANCE** realizará la búsqueda de un cuidador profesional certificado, especializado en la dependencia que sufra el paciente, con la formación y cualificación acreditada. Se establece un plazo de 3 meses como garantía de correcta ejecución del servicio, de lo contrario, se buscará un nuevo profesional sin coste adicional por esta gestión.

Este servicio está limitado a dos búsquedas por anualidad.

Los costes correspondientes a los honorarios de dicho profesional, así como del desplazamiento, correrán a cargo del Asegurado.

25.- Asesoramiento en gestoría administrativa

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, **EUROP ASSISTANCE** ofrecerá asesoramiento telefónico sobre trámites en gestoría administrativa en todas sus especialidades que el Asegurado pueda necesitar, especialmente con aquellas relacionadas con el objeto del seguro.

26.- Servicio de gestoría administrativa

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, **EUROP ASSISTANCE** prestará los servicios de gestoría administrativa en todas las especialidades que el Asegurado pueda necesitar, especialmente con aquellas relacionadas con el objeto del seguro.

En caso de necesitar este servicio, se le aplicará una tarifa bonificada en nuestra red nacional de gestorías administrativas colaboradoras (aproximadamente un 10% de descuento sobre los honorarios del Gestor), siendo por cuenta del Beneficiario/Asegurado las tasas e impuestos.

27.- Organización de viajes accesibles para personas con discapacidad

En caso de incapacidad permanente total o absoluta cubiertas por la póliza, **EUROP ASSISTANCE**, a través de su agencia de viajes, pone a disposición del Asegurado un servicio de Organización de vacaciones y escapadas (viajes, excursiones, etc.) así como Turismo Accesible para personas dependientes o con algún tipo de discapacidad.

Los costes de los servicios contratados correrán a cargo del Asegurado.

28.- Guardería para mascotas

En caso de hospitalización del Asegurado por un siniestro cubierto por la póliza **EUROP ASSISTANCE** tomará a cargo **hasta un máximo de 300 euros** por los gastos de estancia de la/s mascota/s en una clínica veterinaria o residencia canina.

Se consideran mascotas, y serán objeto de la presente póliza, únicamente los perros y gatos propiedad del Asegurado que tengan chip identificador. Para aquellas Comunidades Autónomas en las que el chip identificador no sea obligatorio para los gatos, el Asegurado deberá aportar el documento identificativo que acredite la propiedad de la mascota.

29.- Servicio de Información

EUROP ASSISTANCE dispondrá para todos los Asegurados de un servicio gratuito para facilitar todo tipo de información relacionada con el objeto de la póliza.

LEGAL

30.- Servicio de ayuda legal

EUROP ASSISTANCE prestará al Asegurado ayuda legal que estará circunscrita a la existencia objetiva de una situación de urgencia relacionada con el objeto de la presente póliza.

Este servicio se prestará verbal y telefónicamente, excluyéndose la redacción de informes o dictámenes.

31.- Asesoramiento jurídico telefónico

EUROP ASSISTANCE dará respuesta a cualquier consulta de carácter jurídico o legal planteada por el Asegurado referente al objeto de la presente póliza y circunscrito a la legislación española.

Existirá un plazo máximo de respuesta de 24 horas (exceptuando de este plazo los festivos de carácter nacional y fines de semana) y ésta será siempre telefónica.

Este servicio se prestará verbal y telefónicamente, excluyéndose la redacción de informes o dictámenes.

32.- Reclamación de daños y perjuicios

EUROP ASSISTANCE gestionará la reclamación amistosa o judicial a un tercero identificable, por los daños y perjuicios causados al Asegurado, relacionados con el objeto de la presente póliza, **hasta un máximo de 2.000 euros por siniestro y anualidad del seguro.**

Dentro de este límite, quedan incluidos todos los costes y gastos periciales de cualquier tipo necesarios para valorar el daño y/o perjuicio.

No se garantiza resultado alguno como consecuencia de estas gestiones.

EXCLUSIONES

Quedan excluidos con carácter general aquellos servicios que el Asegurado haya organizado o gestionado por su cuenta y gastos para los que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización, así como los siniestros derivados de accidentes ocurridos antes de la entrada en vigor de la de la póliza. Quedan excluidos los daños corporales cuyo origen pudiera ser las terapias rehabilitadoras, tratamientos médicos o intervenciones que el Asegurado recibiera a consecuencia del accidente así como las enfermedades de cualquier naturaleza, salvo que pueda probarse que son consecuencia directa de un accidente cubierto por la póliza.

En cualquier caso quedan excluidas de las garantías aseguradas (salvo que expresamente se incluya en la garantía) los daños, situaciones, gastos y consecuencias derivadas de:

1. Daños derivados de complicaciones o lesiones ya existentes con anterioridad al siniestro.
2. Accidentes derivados de enajenación mental o perturbación de conciencia o debido a una convulsión o ataque epiléptico del asegurado
3. Tratamientos médicos, fisioterapéuticos y/o rehabilitadores así como cualquier gasto no incluido expresamente en las coberturas de la póliza.
4. La participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.
5. La práctica de deportes, tanto profesional como amateur, en entrenamiento, competición o competición motorizada (carrera o rally), así como la práctica de actividades peligrosas o de riesgo enumeradas a continuación:
 - ⇒ Boxeo, halterofilia, lucha (en sus distintas clases), artes marciales, escalada, alpinismo con acceso a glaciares, , competiciones de bicicleta de montaña, inmersión con aparatos respiratorios, espeleología, , participación en expediciones.
 - ⇒ La práctica de esquí nórdico o alpino, el snowboard y Freestyle, carreras de bobsleigh, skibob, skeleton o tobogán, deslizamientos en trineos, esquí con saltos de trampolín.
 - ⇒ Intentos de conseguir un récord de velocidad, buceo, aviación y /o alpinismo.
 - ⇒ Deportes aéreos en general.
 - ⇒ Deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares.
6. Daños sufridos por el asegurado durante la participación en eventos de deporte de motor como piloto, copiloto o pasajero de un vehículo de motor, incluidas las salidas oficiales de entrenamiento y clasificación, donde el objetivo consiste en cubrir una distancia específica de la forma más rápida posible o cruzar obstáculos en un terreno dificultoso.
7. Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.
8. Rescate de personas en montaña, sima, mar, o desierto.
9. Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que estos últimos hayan sido prescritos por un médico.

10. **Daños sufridos por el asegurado durante la comisión o intento de comisión de un acto criminal con intención.**
11. **Actos dolosos del Tomador, Asegurado, o causahabiente de éstos.**
12. **Guerras, manifestaciones, insurrecciones, movimientos tumultuosos populares, actos de terrorismo, sabotajes y huelgas, estén o no declaradas oficialmente. La transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas. Movimientos telúricos, inundaciones, erupciones volcánicas y, en general los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza. Cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.**

PENDIENTE ACTUALIZACIÓN