Servicios Centrales
Aribau, 168-170, Entresuelo
08036 - Barcelona
T: 934 150 898
F: 934 155 743
www.previsionmallorquina.com

golden IV-pm
seguro de incapacidad temporal

condiciones generales
modelo CGOL012017

Cláusula preliminar. El contrato se regirá por la legislación española, en concreto por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por las disposiciones legales que modifiquen y/o amplíen las citadas leyes o que sean de legal aplicación al presente contrato. El Estado al que corresponde el control de la actividad del Asegurador es España a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones dependiente del Ministerio de Economía.
LA PREVISIÓN MALLORQUINA DE SEGUROS, S.A. dispone de un Servicio de Atención al Cliente con dirección postal en 08036 BARCELONA, c/Aribau, 168-170, entresuelo 1ª, y electrónica sac@laprevisionmallorquina.com, si dispone de firma digital, para atender las quejas y reclamaciones en el plazo máximo de 2 meses derivadas de la actuación de la propia entidad o de sus agentes de seguros y operadores de banca seguros, conforme al procedimiento previsto en la Orden ECO 734/2004, de 11 de Marzo. Transcurrido dicho plazo sin haber obtenido respuesta o no esta conforme con la misma, puede dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con domicilio en 28046 MADRID, Pº de la Castellana, 44.
En todas las oficinas del Asegurador se encuentra disponible el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente.
En todo caso, el cliente puede acudir a los tribunales de justicia o a un órgano arbitral aceptado por las partes.

En este contrato se entenderá por:

Asegurador: "La Previsión Mallorquina de Seguros, S.A.". Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona Tomo 34.346, Folio 13, Hoja nº B-13.071 CIF A-08-169013 - Capital suscrito y desembolsado 2.103.750 Euros - Inscrita en la D.G.S.F.P. con clave C-0279.
Tomador: La persona física o jurídica que contrata el seguro con el Asegurador.
Asegurado: La persona física sobre la que se establece el seguro.
Beneficiario: La persona física o jurídica a quien corresponda percibir el subsidio garantizado por la presente póliza.
Póliza: Los documentos que contienen las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales si fueran contratadas, y los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.
Prima: El precio del seguro. El recibo único o fraccionado contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

OBJETO DEL SEGURO

Primera: Riesgos cubiertos. Por el presente contrato el Asegurador queda obligado a garantizar el devengo del subsidio diario consignado en Condiciones Particulares por un plazo máximo de trescientos sesenta y cinco días, de acuerdo con lo regulado por las presentes Condiciones Generales, cuando el Asegurado se vea afectado por una alteración de su estado de salud, imputable a una enfermedad o accidente, que lleve consigo la interrupción de cualquier tipo de actividad laboral o profesional de forma temporal.
El seguro podrá contratarse con periodo de franquicia, entendiéndose por ésta el periodo de tiempo inicial del siniestro en que no se devengará el subsidio diario contratado. Dicho periodo figurará reseñado en las Condiciones Particulares, **y una vez finalizado el mismo, comenzará el devengo del subsidio diario contratado hasta el resto del plazo máximo garantizado que constituye el periodo de cobertura.**

REGLAS aplicables para el devengo del subsidio diario:

a) En todas las enfermedades o accidentes el Asegurado deberá recibir asistencia facultativa médica.

b) La alteración en el estado de salud debe impedir temporalmente al Asegurado de manera clínicamente explicable, el ejercicio de toda actividad laboral o profesional de forma TOTAL. Cesará el derecho al devengo del subsidio en el momento en que el Asegurado pueda reanudar cualquier actividad profesional o laboral, INCLUSO DE FORMA PARCIAL, aún cuando no haya alcanzado su total curación.

Asimismo cesará el devengo de subsidios desde el momento en que se pueda diagnosticar médicamente que la enfermedad o accidente que ha motivado el siniestro padecido por el Asegurado, se ha transformado en una invalidez permanente para el ejercicio de su actividad laboral o profesional consignada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

c) En cualquier caso, ya sea de un modo consecutivo o en distintos periodos con intervalos de salud, **ningún Asegurado podrá devengar subsidios diarios por alteraciones en su estado de salud que, por cualquier causa, estén vinculadas o sean originadas por un mismo proceso, por tiempo superior al plazo máximo de trescientos sesenta y cinco días, incluido en dicho plazo máximo el periodo de franquicia contratado en Condiciones Particulares.**

d) El subsidio diario a satisfacer por el Asegurador será de la cuantía señalada en las Condiciones Particulares, aún en el caso de que el Asegurado padeciera varias enfermedades y/o accidentes al mismo tiempo o sobreviniera una nueva enfermedad o accidente, consecuencia del curso clínico de la o las inicialmente declaradas. En este último supuesto, el Tomador, Asegurado o Beneficiario están obligados a cursar al Asegurador un informe médico dando cuenta de dicha circunstancia. Si la nueva enfermedad o accidente sobrevenida tuviera como causa un proceso distinto de la o las declaradas anteriormente, empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la última enfermedad o accidente.

Segunda: RIESGOS EXCLUIDOS. No son objeto de cobertura del presente contrato los siguientes riesgos:

a) La prestación directa por el Asegurador de los servicios médicos, quirúrgicos y el pago de los gastos de asistencia médica y farmacéutica.

b) Todas las alteraciones del estado de salud, crónicas o no, lesiones o defectos cuyas primeras manifestaciones fueran conocidas con anterioridad a la fecha de emisión de esta Póliza o durante el periodo de carencia pactado.

c) Todas las alteraciones del estado de salud, cuya causa sea originada por: los altercados de orden público, riñas o peleas que deriven en agresiones físicas siempre y cuando no sean causadas en legítima defensa, las de guerra civil o internacional, las derivadas de la energía atómica o nuclear salvo que sean consecuencia de un tratamiento médico, las epidemias oficialmente declaradas.

d) Las enfermedades o accidentes, producidos en cualquier clase de deporte practicado con carácter profesional, o incluso sin ese carácter, cuando el Asegurado esté inscrito en una Federación Deportiva y participe en competiciones deportivas.

e) Las enfermedades o accidentes cuya causa fuese originada por la ingestión de bebidas alcohólicas, toxicomanía o intento de suicidio, así como todas sus consecuencias y secuelas.

f) El SIDA y/o enfermedades causadas por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH).

g) Las alteraciones del estado de salud que tengan como manifestación única el DOLOR, sin comprobación y/o no objetivables clínicamente por pruebas complementarias de diagnóstico.

h) Las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central.

i) El embarazo, el aborto y el parto, así como sus consecuencias y secuelas.

Firme aquí

j) **Las enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento. También quedan excluidas todas las enfermedades y/o trastornos ocasionados o desencadenados por el estrés.**

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

PLAZO Y DURACIÓN

Tercera: La cobertura pactada tomará efecto con carácter inmediato, es decir, sin plazo de carencia, una vez firmada la Póliza por el Tomador y satisfecha la prima inicial.

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

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

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

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

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

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

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

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

BASES DEL CONTRATO

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

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la anterior declaración de rescisión del contrato, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del seguro quedará liberado el Asegurador del pago de la prestación.

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

a) Todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que de haberlas conocido el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador. En este caso al finalizar el periodo en curso del seguro, el Asegurador deberá reducir la prima futura en la proporción correspondiente, en caso contrario, tendrá derecho el Tomador a la resolución del contrato, y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

b) Todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la aceptación y perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el Tomador.

   En este caso, el Asegurador podrá proponer al Tomador del Seguro la modificación correspondiente del contrato, en el plazo de dos meses a contar desde que la agravación le ha sido declarada. El Tomador del Seguro dispone de quince días a contar desde la recepción de esa proposición de modificación de contrato para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

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

   En el caso de que el Tomador o el Asegurado no hayan comunicado al Asegurador la agravación del riesgo y sobreviniere un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

A los efectos del presente contrato, el cambio del Asegurado en la actividad profesional o laboral consignada en Condiciones Particulares, es una circunstancia que modifica el riesgo y debe ser comunicada al Asegurador conforme los párrafos anteriores.

PAGO DE LAS PRIMAS

Séptima: El Tomador del seguro está obligado al pago de la prima, el cual se realizará en su domicilio salvo que, en condición particular se acuerde otra cosa.

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

Novena: En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, **fraccionada o no,** la cobertura del Asegurado queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

Si el contrato no hubiere 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 pagó su prima.

Firme aquí

Décima: El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO

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

a) Comunicar al Asegurador la celebración de cualquier otro seguro de idéntica naturaleza que se refiera a la misma persona.

b) En caso de siniestro, comunicar al Asegurador su acaecimiento dentro del plazo máximo de siete días desde su producción, debiendo darle toda clase de informaciones que le requiera el Asegurador sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. En caso de violación de este deber por el Tomador y/o Asegurado se perderá el derecho a la indemnización, si hubiese concurrido dolo o culpa grave.

c) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando todos los medios a su alcance para el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento por parte del Asegurado de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar al Asegurador con la prolongación del siniestro, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.

d) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

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

INDEMNIZACIONES

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

a) A los efectos del devengo de los subsidios diarios deberá presentar el Asegurado debidamente cumplimentados los siguientes documentos: Declaración de Siniestro, impreso que será facilitado a su solicitud por el Asegurador debiendo ser cumplimentado en todas sus partes, siendo indispensable que la parte relativa a la enfermedad o accidente sea extendida y firmada por el médico que asista al paciente. A falta del mencionado impreso, el aviso de siniestro podrá facilitarse al Asegurador mediante escrito en el que conste: número de póliza; nombre del Tomador; nombre, apellidos, edad y domicilio del Asegurado, debiendo unirse al citado escrito un informe del médico que asista al paciente, reseñando la enfermedad y/o accidente, sus causas, si guarda reposo absoluto domiciliario o reposo relativo, si ha padecido con anterioridad la dolencia y en qué fecha, si su dolencia le impide dedicarse a sus actividades laborales o profesionales de forma total o parcial, fecha probable de iniciación del proceso, fecha en que comenzó a prestarle asistencia, y pronóstico en cuanto a la duración de la dolencia, y por último, fecha en que se emite el informe.

b) Recibida la Declaración de Siniestro, el Asegurador podrá disponer las visitas de inspección que estime convenientes, para comprobar el estado de salud del Asegurado, siempre que no se oponga a ésta algún facultativo de los que asistían al mismo, y requerirle los informes médicos que considere necesarios para la correcta valoración del siniestro.

c) Los subsidios correspondientes se devengarán, a partir del mismo día inclusive de iniciarse el siniestro, siempre que éste se comunique al Asegurador dentro del plazo máximo de siete días desde su inicio, tal como previene el art. 16 de la Ley. De recibirse la declaración de Siniestro transcurrido este plazo máximo, el Asegurado comenzará a devengar los subsidios desde la fecha en que haya recibido la citada documentación el Asegurador.

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

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

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

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

REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA

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

El subsidio diario asegurado y la prima se incrementarán automáticamente en cada vencimiento anual del contrato según el porcentaje pactado reseñado en las Condiciones Particulares.

En caso de siniestro, el subsidio diario a satisfacer por el Asegurador será el vigente en el momento de inicio del siniestro, sin que, de prolongarse éste, y concurriendo una revalorización del subsidio, deba incrementar el Asegurador el subsidio diario a partir del vencimiento de dicha revalorización.

El Tomador del seguro y el Asegurador podrán renunciar a la revalorización en cada vencimiento anual del contrato, comunicándolo previamente a la otra parte con dos meses de antelación a dicho vencimiento, quedando fijos para los sucesivos los capitales asegurados y la prima establecida en el vencimiento anterior a la renuncia.

NULIDAD DEL CONTRATO Y PÉRDIDA DE DERECHOS

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

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

COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

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

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

3. En el supuesto de que como consecuencia de la perfección y/o desarrollo del presente contrato sea preciso la notificación de cualesquiera circunstancias entre las partes, éstas acuerdan que dichas notificaciones se realizarán mediante envío postal o electrónico a las direcciones postales o electrónicas, incluido al número de teléfono móvil, que se relacionan en las Condiciones Particulares del presente contrato.
Si cualquiera de las partes cambiase de dirección postal o electrónica o de número de teléfono móvil durante la vigencia del presente contrato, vendrá obligada a comunicar a la otra las nuevas direcciones y/o número de teléfono móvil, asumiendo la parte que incumpla cualesquiera consecuencias jurídicas derivadas de este incumplimiento.

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

Firme aquí

Las condiciones especiales que a continuación se consignan, derogan lo dispuesto en las Condiciones Generales, exclusivamente en aquellos extremos en que existe contradicción expresa entre ambas, quedando subsistente, en toda su integridad, el clausulado de las Condiciones Generales que no afecte a tal contradicción.

C.E. 1. GARANTÍA DE HOSPITALIZACIÓN

A los efectos de la presente Condición Especial se entenderá por:

a) Hospitalización: La permanencia del Asegurado durante un periodo superior a veinticuatro horas en un centro sanitario, clínica u hospital en condición de paciente.

b) Centro sanitario, clínica u hospital: Los establecimientos legalmente constituidos con el fin de recibir enfermos o accidentados para su tratamiento como pacientes. A estos efectos será requisito indispensable que dichos establecimientos dispongan de servicios médicos y de enfermería durante las 24 horas del día, disponiendo asimismo de aquellos instrumentos técnicos necesarios para el diagnóstico y la intervención quirúrgica.

1.1. OBJETO DE SEGURO Y ALCANCE DE LA COBERTURA

Por la presente Condición Especial, cuya contratación se consignará, en su caso, en las Condiciones Particulares, el Asegurador durante un plazo máximo de 365 días garantiza el devengo del subsidio diario consignado en Condiciones Particulares para esta Condición Especial **por cada día que el Asegurado permanezca de forma ininterrumpida en condición de paciente en un centro sanitario, clínica u hospital, por cualquier causa que no esté excluida en las Condiciones Generales o en la presente Condición Especial.**

Las hospitalizaciones sucesivas por el mismo proceso o causas relacionadas con éste tendrán la consideración de un solo periodo de hospitalización a los efectos de cómputo del plazo máximo garantizado, que constituye el periodo de cobertura.

1.2. HOSPITALIZACIÓN POR PARTO

En los casos de hospitalización por parto, **el pago del subsidio diario convenido para esta Condición Especial se extiende ÚNICAMENTE hasta un plazo máximo de 7 días contados desde el parto. Quedan asimilados al parto los casos de parto por cesárea. Se establece para estos supuestos un plazo de CARENCIA o ausencia de cobertura desde la fecha de su contratación de 24 meses.**

1.3. RIESGOS EXCLUIDOS DE COBERTURA

Quedan expresamente EXCLUIDAS de la cobertura de la presente Condición Especial las hospitalizaciones debidas a:

a) Los riesgos excluidos de cobertura descritos en la Condición General Segunda de la Póliza.

b) Exámenes o tratamientos médicos periódicos, chequeos y estancias en asilos, geriátricos, balnearios y sanatorios de reposo o de tratamientos mentales, de rehabilitación o similares en su actividad a todos los mencionados.

c) Cirugía plástica o reparadora salvo que sea necesaria como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza y para reparar el daño causado. Tampoco quedarán cubiertas las hospitalizaciones para tratamientos adelgazantes, para esterilizaciones de ambos sexos, para la fertilización "in vitro", ni para la inseminación artificial.

1.4. INDEMNIZACIONES

Para poder tener derecho al devengo de los subsidios diarios por Hospitalización contratados, el Asegurado deberá comunicar al Asegurador, los datos e información relativa al siniestro. A los efectos de establecer la duración de los subsidios, el Asegurado deberá acompañar el informe de Alta Hospitalaria del centro sanitario, clínica u hospital y una declaración expedida por la Dirección o administración del centro sanitario, clínica u hospital acreditativa de la causa de la hospitalización y la duración de ésta, con expresión de las horas de ingreso y salida. **El día de ingreso hospitalario computará a los efectos de determinar la duración de los subsidios, no así el día de Alta Hospitalaria, por el cual no tendrá el Asegurado derecho a devengo del subsidio contratado para esta garantía.**

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

El Tomador del seguro declara CONOCER y ACEPTAR específicamente, una vez examinadas, las cláusulas LIMITATIVAS y/o EXCLUYENTES que figuran destacadas en las condiciones Primera, Segunda en su integridad, Cuarta, Decimotercera y Decimocuarta de las presentes Condiciones Generales de la Póliza, y los párrafos 1.1, 1.2, 1.3, y 1.4 de las Condiciones Especiales de contratarse éstas, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 3 de la Ley de Contrato de Seguro.

El Tomador del seguro declara RECIBIR un ejemplar de las presentes Condiciones Generales modelo CGOL012017 de la póliza y de las Especiales de contratarse éstas, extremo que se consignará en Condiciones Particulares.

El Tomador del seguro

Firme aquí

El Asegurador
La Previsión Mallorquina de Seguros, S.A.
Consejero Delegado

Hecho por duplicado

Devolver un ejemplar firmado a la Compañía