



CONDICIONES GENERALES

NARA Baja Laboral

Índice

Definiciones.....	3
Cláusula Preliminar.....	5
Objeto del Seguro	5
Cobertura del Seguro	6
Exclusiones	7
Periodos de Carencia	9
Duración del Seguro	9
Primas	10
Prestaciones	10
Derechos y Deberes del Tomador y Asegurados	12
Subrogación	14
Indisputabilidad	14
Tributos	14
Extravío o Destrucción	15
Comunicaciones	15
Reclamaciones	15
Prescripción	16
Jurisdicción	16
Política de Privacidad	16

Definiciones

Accidente

Todo evento acaecido durante la vigencia de esta Póliza derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca lesiones corporales y haga preciso tratamiento médico o quirúrgico. A efectos de esta Póliza no se consideran accidentes los vasculares.

Accidente de trabajo

Todo Accidente que el Asegurado sufre con ocasión o por consecuencia del trabajo realizado por cuenta propia o ajena.

Accidente no profesional

Todo Accidente que el Asegurado sufre y que no sea ocasionado como consecuencia del trabajo realizado por cuenta propia o ajena.

Asegurado

Persona física, residente en España, sobre la que se estipula la cobertura de los riesgos objeto de esta Póliza.

Beneficiario

Persona física que recibe las prestaciones por parte de la Entidad Aseguradora. La figura del Asegurado y del Beneficiario recaerá sobre la misma persona física.

Carencia

Periodo de tiempo computado desde la Fecha de efecto de la Póliza, durante el cual no son efectivas determinadas coberturas para el Asegurado.

Enfermedad profesional

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por Accidente, que sea diagnosticada por un Médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico y que sea ocasionada como consecuencia del trabajo realizado por cuenta propia o ajena.

Enfermedad común

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por Accidente, que sea diagnosticada por un Médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico y que no sea ocasionada como consecuencia del trabajo realizado por cuenta propia o ajena.

Enfermedad congénita

Toda Enfermedad con la que nace el Asegurado, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del Asegurado.

Enfermedad preexistente

Toda Enfermedad del Asegurado padecida con anterioridad a la contratación de este seguro.

Hospital

Todo establecimiento autorizado legalmente para el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, atendido permanentemente por un Médico. No se consideran Hospitales, a efectos de esta Póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento o tratamiento de Enfermedades crónicas, drogadictos o alcohólicos, o instituciones similares.

Hospitalización

Se entiende por Hospitalización a efectos de este contrato la permanencia del Asegurado como paciente en un Hospital por un período mínimo de 24 horas.

Incapacidad temporal

A los efectos de este seguro, se entiende por Incapacidad Temporal a toda alteración en el estado de salud del Asegurado que le impida temporalmente de manera clínicamente explicable, el ejercicio de la actividad laboral o profesional de forma total.

Incapacidad permanente total para la profesión habitual

A los efectos de este seguro, se entiende por Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual la situación física irreversible provocada por Accidente o Enfermedad originada independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de todas o de las tareas fundamentales de su profesión habitual, siempre y cuando pueda dedicarse a otra distinta.

Incapacidad permanente absoluta para toda profesión

A los efectos de este seguro, se entiende por Incapacidad Permanente Absoluta para toda profesión la situación física irreversible provocada por Accidente o Enfermedad originada independientemente de la voluntad del Asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

Fecha de efecto

Fecha en que entrará en vigor la cobertura.

En ningún caso la cobertura entrará en vigor con anterioridad al momento en que se haya satisfecho la primera Prima.

Franquicia

Período de tiempo computado desde la fecha de inicio del siniestro en que no se devengará la indemnización diaria contratada.

Póliza

Documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: estas Condiciones Generales, las Especiales y las Particulares que individualizan el riesgo, y si procediesen, los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prima

Precio de la cobertura cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente Póliza.

Tomador

Persona física o jurídica que contrata la cobertura de los riesgos objeto de esta Póliza para el Asegurado.

Cláusula Preliminar

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, y por lo dispuesto en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la propia Póliza, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean expresamente aceptadas por el Tomador en las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

hna, cuya denominación social es Hermandad Nacional de Arquitectos, Arquitectos Técnicos y Químicos, Mutualidad de Previsión Social, está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 25.316, Sección 8, Folio 178, Hoja M-62064, y en el Registro Administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número P3028, tiene su domicilio social en España, sito en la Avenida de Burgos, número 17 de Madrid y tiene como número de identificación fiscal V28306678.

El control y supervisión de la actividad de la Entidad Aseguradora corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía del Estado Español.

Objeto del Seguro

1. La Entidad Aseguradora garantiza el pago, a favor del Asegurado, de la cantidad diaria contratada, conforme a lo previsto en Condiciones Especiales y Particulares, en el supuesto de que el Asegurado devenga impedido de forma temporal para el desarrollo de todas y cada una de las actividades propias de su profesión.
2. Asimismo, la Entidad Aseguradora garantiza el pago, en caso de embarazo, aborto, maternidad o adopción legal del Asegurado, una cantidad conforme a lo previsto en Condiciones Especiales y Particulares.

Cobertura del Seguro

Este seguro podrá ser contratado para Asegurados mayores de edad y menores de 60 años de edad.

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

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

- a. Cuando el Asegurado cese en toda actividad profesional 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 Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual o Incapacidad Permanente Absoluta para toda profesión.

En ambos supuestos la Entidad Aseguradora se obliga a extornar al Tomador del seguro la parte de Prima satisfecha correspondiente al período que, como consecuencia de la extinción, no hubiera soportado riesgo.

Sin perjuicio de las limitaciones, exclusiones y periodos de Carencia previstos en estas

Condiciones Generales, la Entidad Aseguradora se obliga al pago de una indemnización diaria consignada en Condiciones Especiales y Particulares, cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- 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 la actividad laboral o profesional de forma total. Cesará el derecho al devengo de la indemnización en el momento en que el Asegurado pueda reanudar sus actividades profesionales o laborales habituales, incluso de forma parcial, aun cuando no haya alcanzado su total curación.**

Asimismo, cesará el devengo de la indemnización 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 Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual o en una Incapacidad Permanente Absoluta para toda profesión.

- c. En cualquier caso, ya sea de un modo consecutivo o en distintos períodos con intervalos de salud, **ningún Asegurado podrá devengar indemnizaciones diarias 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 indemnización, incluido en dicho plazo máximo el período de Franquicia, especificados ambos en las Condiciones Especiales y/o Particulares.**
- d. La indemnización diaria a satisfacer por la Entidad Aseguradora será única, por la cuantía señalada en las Condiciones Particulares, aún en el caso de que el Asegurado padeciera varias Enfermedades y/o Accidente de forma simultánea. El Tomador o Asegurado están obligados a cursar a la Entidad Aseguradora un informe médico dando cuenta de cuantas Enfermedades o Accidentes padezca ya sea consecuencia de la patología inicialmente declarada o de otra distinta. Si la nueva Enfermedad o Accidente sobreviniera como causa un proceso distinto de la o las declaradas anteriormente, empezará a contar un nuevo plazo de forma sucesiva desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de cada una de las Enfermedades o Accidentes.
- e. En el supuesto de que el Asegurado hubiera percibido la prestación por embarazo, aborto, maternidad o adopción legal, **no tendrá derecho a percibir indemnización diaria alguna por cualquiera de esos mismos motivos durante la anualidad del seguro en curso.** No obstante, si sobreviniera una Enfermedad y/o Accidente, el Tomador o Asegurado están obligados a cursar a la Entidad Aseguradora un informe médico dando cuenta de cuantas Enfermedades padezca, empezando a contar el plazo de forma sucesiva desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de cada una de las Enfermedades y/o Accidentes.

Exclusiones

No son objeto de cobertura del presente contrato las Incapacidades Temporales derivadas de:

- **Las Enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes, salvo que hayan sido declarados en el cuestionario de salud y la Entidad Aseguradora haya aceptado expresamente su cobertura en las Condiciones Particulares.**
- **Las Enfermedades o Accidentes cuya causa fuese originada por la ingestión de bebidas alcohólicas, o uso de estupefacientes no prescritos médicamente, así como todas sus consecuencias y secuelas.**
- **La tentativa de suicidio, de cualquier Accidente causado por mala fe o intencionadamente por el Asegurado, de su participación en riñas, salvo defensa propia, o de actividades delictivas.**

- **Todas las alteraciones del estado de salud, cuya causa sea originada por: guerras, revoluciones, terrorismo o alzamiento, de fenómenos naturales tales como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y fenómenos meteorológicos o de radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- **Las alteraciones del estado de salud que tengan como manifestación única el dolor, sin posibilidad de comprobación por pruebas complementarias de diagnóstico, y/o no objetivables clínicamente.**
- **Los gastos derivados de tener VIH/SIDA, siempre que existan causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente.**
- **Las Enfermedades y/o trastornos mentales y del comportamiento. También quedan excluidas todas las Enfermedades y/o trastornos ocasionados o desencadenados por el estrés.**
- **Todas las alteraciones del estado de salud derivadas de epidemias declaradas oficialmente.**
- **Las que se deriven de operaciones quirúrgicas o tratamientos innecesarios para la curación de un Accidente o Enfermedad.**
- **Las que se deriven de una situación de Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual o Incapacidad Permanente Absoluta para toda profesión.**
- **Las que traigan causa de la práctica profesional de cualquier deporte o de la realización como aficionado de actividades tales como el boxeo, las artes marciales, la hípica, la esgrima, el paracaidismo y los deportes aéreos, el submarinismo y la pesca submarina, el alpinismo y los deportes de montaña, la espeleología, las carreras automovilísticas o de motos, así como la participación en corridas o encierros de reses bravas.**

Asimismo, en ningún caso es objeto de cobertura del presente contrato el coste de los servicios médicos y/o quirúrgicos que pudiera ocasionar la Incapacidad Temporal.

Periodos de Carencia

Para la cobertura de maternidad o adopción legal y/o Enfermedades derivadas o agravadas por embarazo, aborto o parto, se fija un período de Carencia de 8 meses.

Duración del Seguro

1. La presente Póliza de seguro entrará en vigor en el día indicado en las Condiciones Particulares y vence el 31 de diciembre siguiente a la suscripción del mismo. La Póliza será renovable tácitamente por periodos anuales.

Asimismo, 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 la Entidad Aseguradora.

2. Las coberturas de la Póliza cesarán automáticamente al producirse la resolución del mismo, sin que el Asegurado tenga derecho a pago de indemnización alguna con posterioridad a dicho momento.
3. En todo caso, la presente Póliza de seguro **se extinguirá para el Asegurado que:**
 - **Fallezca.**
 - **Al contratar incurriese en dolo o culpa grave o en caso de agravación del riesgo si no lo comunica a la Entidad Aseguradora, o actuase de mala fe.**
 - **No emplee los medios a su alcance para limitar razonablemente los costes de la prestación, pudiendo perder el derecho a la misma si se comprueba que ha obrado con mala fe o abuso manifiesto.**
 - **No facilite a la Entidad Aseguradora, en caso de Accidente con un tercero civilmente responsable, la información y documentación necesaria para la reclamación que proceda.**
 - **Impide la comprobación por parte de la Entidad Aseguradora de la realidad de las coberturas por las que solicita la indemnización.**
 - **Padezca una Incapacidad Temporal que se transforme en Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual o en una Incapacidad Permanente Absoluta para toda profesión.**
4. La extinción de la Póliza para un Asegurado por cualquiera de estos motivos se producirá en el día de su concurrencia o en el día en que la Entidad Aseguradora tenga conocimiento de ellos, no existiendo para el Asegurado derecho a la devolución de la Prima no consumida en el mes en el que se hace efectiva.

5. Con anterioridad al 31 de octubre de cada año, la Entidad Aseguradora comunicará al Tomador el importe de las Primas aplicables en la siguiente anualidad, en función de la edad del Asegurado y, en su caso, de la revalorización de la indemnización contratada y de las modificaciones que la Entidad Aseguradora realice en su tarifa al objeto de adecuarla a la experiencia técnica de esta cobertura. El Tomador podrá optar, en caso de discrepancia con las Primas previstas para la siguiente anualidad, por comunicar a la Entidad Aseguradora su voluntad de extinguir la Póliza de seguro al vencimiento de la anualidad en curso.

Primas

1. El pago de las Primas se realizará por el Tomador, por anticipado mediante domiciliación bancaria.
2. La Prima será única para cada anualidad, si bien las Condiciones Particulares podrán prever su fraccionamiento mensual, trimestral o semestral, incluyendo en tal caso el correspondiente recargo. Si la cobertura es contratada una vez iniciado el año natural, se prorrateará la Prima anual por los días que resten hasta el 31 de diciembre.
3. La primera Prima o fracción de ésta será exigible una vez suscrita la presente Póliza de seguro. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Entidad Aseguradora podrá resolver la Póliza o exigir el pago de la Prima en vía ejecutiva. En todo caso, si la Prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
4. Transcurrido un mes desde el impago de una Prima, el contrato de seguro quedará en suspenso. Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que la Póliza queda extinguida.
5. Si el contrato no ha quedado resuelto o extinguido conforme a lo previsto en los números anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la Prima.

Prestaciones

Aviso de siniestro

Ocurrido un hecho que pudiera dar lugar a indemnización, de acuerdo con las garantías del seguro, el Tomador o el Asegurado deberán comunicarlo a la Entidad Aseguradora dentro del plazo máximo de 7 días tal como previene el artículo 16 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

De recibirse la declaración de siniestro transcurrido este plazo máximo de 7 días, el Asegurado comenzará a devengar la indemnización diaria desde la fecha en que haya recibido la comunicación la Entidad Aseguradora, con aplicación, en su caso, de la Franquicia que corresponda.

A los efectos del devengo de la indemnización diaria, el Asegurado deberá de presentar debidamente cumplimentada la declaración de siniestro, este impreso será facilitado a su solicitud por la Entidad Aseguradora debiendo ser cumplimentado en todas sus partes, siendo indispensable que el informe médico de la Enfermedad o del Accidente, incluido en el mismo, sea extendido y firmado por el Médico que asista al paciente.

A falta del impreso, declaración de siniestro, el aviso de siniestro podrá facilitarse a la Entidad Aseguradora mediante escrito en que conste:

- El número de Póliza.
- Nombre y apellidos del Tomador.
- Nombre y apellidos, N.I.F., teléfono y domicilio del Asegurado.

Asimismo deberá presentar un informe del médico que le ha asistido como paciente, reseñando la Enfermedad o el Accidente y sus causas, si guarda cama permanente o reposo relativo, si está hospitalizado y, en su caso, el nombre del Centro, si ha padecido con anterioridad la dolencia y en qué fecha, y si su dolencia le impide dedicarse a sus actividades habituales y/o profesionales de forma total o parcial, fecha de iniciación del proceso, fecha en que comenzó a prestarle la asistencia y, por último, fecha en que se emite el informe. Este informe deberá ir firmado por dicho Médico, haciendo éste constar su especialidad y número de colegiado.

En caso de Accidente, se deberá adjuntar, en todo caso, el parte médico de urgencias, dado que, si no se adjunta éste, la Incapacidad Temporal será calificada como Enfermedad.

En caso de Hospitalización, se deberá adjuntar, en todo caso, la hoja de ingreso y/o el parte médico de alta, dado que, si no se adjuntan éstos, se le aplicarán las Franquicias recogidas en Condiciones Particulares por Enfermedad sin Hospitalización.

En caso de la prestación de maternidad o adopción legal, el Asegurado deberá presentar fotocopia compulsada del Libro de Familia en el que figure el menor nacido o adoptado.

En todo caso, la Entidad Aseguradora se reserva el derecho de solicitarle al Asegurado toda la información que precise, así como que se someta al estudio médico que se considere oportuno, en orden a la determinación del siniestro, así como el de realizar cuantas consultas estime convenientes a los Médicos que atiendan o hayan atendido al Asegurado.

En caso de que surjan discrepancias en cuanto a la declaración de la Incapacidad Temporal, se acudirá al procedimiento pericial contradictorio previsto en los artículos 38 y 104 de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro.

Si la Incapacidad Temporal persiste más de 30 días, se remitirá a la Entidad Aseguradora un informe, con periodicidad mensual, que permita verificar dicha persistencia. No obstante, esta situación de Incapacidad Temporal podrá ser revisada en cualquier momento a instancias de la Entidad Aseguradora, para lo que podrá requerir al Asegurado la realización de cuantas declaraciones y reconocimientos estime oportunos.

El derecho a la prestación quedará extinguido desde el momento en que se constate por la Entidad Aseguradora la desaparición de la situación de Incapacidad Temporal de la que traía causa.

Pago de las prestaciones

La Entidad Aseguradora se compromete a abonar al Asegurado, a su alta médica, la indemnización diaria correspondiente en un sólo pago.

No obstante, cuando la indemnización fuese superior a 30 días, el Asegurado podrá solicitar, mensualmente, el abono parcial de la prestación mediante la presentación del informe médico que permita verificar la persistencia de la situación de Incapacidad Temporal.

En todo caso, la Entidad Aseguradora se compromete a pagar los importes reconocidos en los párrafos anteriores en el plazo máximo de 40 días. El incumplimiento de este plazo por parte de la Entidad Aseguradora por causa no justificada o que le fuere imputable, incrementará la correspondiente indemnización conforme a lo señalado en el artículo 20 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

Derechos y Deberes del Tomador y Asegurados

1. El Tomador para contratar el presente seguro formalizará una solicitud de aseguramiento, que incluirá un cuestionario de salud del Asegurado.

La cumplimentación de la solicitud de aseguramiento podrá realizarse de forma telemática, telefónica o presencial y cada asegurado declara que:

- Son ciertos y veraces todos los datos y contestaciones expresados a la Entidad Aseguradora, no existiendo ocultación de circunstancias o hecho que pudiesen influir en la valoración de los riesgos cubiertos.
- **Han sido informados de los extremos contenidos en el artículo 122 y 124 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y, en su caso, de los artículos 42 y 43 de la Ley de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.**
- **Conocen las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, aceptan las mismas y, en concreto, las cláusulas limitativas y exclusiones expresas.**

- **Han sido informados de los extremos contenidos en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) y en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, aceptando que sus datos sean tratados conforme al contenido de la misma.**
2. El Asegurado deberá declarar a la Entidad Aseguradora, mediante el cuestionario de salud que éste les proporcione, todas las circunstancias conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Igualmente, deberán comunicar a la Entidad Aseguradora durante la vigencia del contrato y tan pronto como sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo, como por ejemplo, cambio en la actividad laboral o profesional, y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de suscribir la Póliza, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.
 3. Las variaciones modificativas del riesgo a las que se refiere el apartado anterior no son las relativas al estado de salud del Asegurado, sino a la profesión, prácticas de deportes, utilización de medios de transporte peligrosos (avionetas, helicópteros, etc.) y de residencia temporal o definitiva en países con riesgo agravado (políticos, de salud, etc.). El Asegurado no queda obligado a informar a la Entidad Aseguradora de la agravación del riesgo contratado relativas al estado de salud del Asegurado.
 4. A la vista de este cuestionario, la Entidad Aseguradora comunicará al Asegurado la aceptación de la solicitud de aseguramiento o, en su caso, la denegación de la misma.
 5. La formalización por vía telemática podrá realizarse mediante firma digital u otro procedimiento de consentimiento realizado por vía electrónica con verificación digital.
 6. En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma telefónica, la Póliza quedará formalizada para el Tomador mediante la grabación y el registro de la llamada. El Tomador ratificará sus datos personales mediante llamada telefónica para formalizar su incorporación a la Póliza. Los ficheros en los que se registre la grabación de estas llamadas telefónicas serán autenticados a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo. En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma presencial, la formalización de la Póliza se realizará por escrito.

7. El Tomador o el Asegurado, una vez recibidas las Condiciones Generales, Especiales y Particulares, deberán comprobar que los datos en ellas contenidos son correctos. En caso de no ser así, podrán solicitar, en el plazo de un mes, la rectificación de los errores producidos.
Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación alguna, surtirán efecto las disposiciones contenidas en las mismas. La rectificación de los errores producidos podrá conllevar la modificación de las Primas, sin que la modificación entre en vigor hasta que la mayor Prima, en su caso, se satisfaga.
8. El Asegurado deberá minorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber liberará a la Entidad Aseguradora de toda prestación relacionada con el siniestro.
9. El Asegurado deberá facilitar a la Entidad Aseguradora en caso de Accidente con un tercero civilmente responsable, la información y documentación necesaria para la reclamación que proceda.

Subrogación

La Entidad Aseguradora, una vez abonada la indemnización, podrá ejercer los derechos y acciones que correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables de la Enfermedad o Accidente de que se deriven los gastos hasta el importe de la indemnización pagada. En caso de concurrencia de la Entidad Aseguradora y Asegurado frente al tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

Indisputabilidad

1. En el supuesto de existencia de reserva o declaración inexacta en las declaraciones del Tomador o del Asegurado, la Entidad Aseguradora podrá rescindir la relación contractual en el plazo de un mes desde que se haya conocido dicha reserva o inexactitud.
2. Transcurrido el plazo de un año desde que se hubiera satisfecho la primera Prima o fracción de ésta, la Entidad Aseguradora no podrá impugnar las Condiciones Particulares, salvo que el Tomador o el Asegurado hubieran actuado con dolo al efectuar las declaraciones esenciales.

Tributos

Todos **los tributos** que graven la presente Póliza, y que sean legalmente repercutibles, serán por **cuenta del Tomador o del Asegurado** según proceda.

Extravío o Destrucción

En caso de extravío, robo o destrucción de la presente Póliza, el Tomador o el Asegurado del seguro lo comunicarán por correo certificado a la Entidad Aseguradora, que, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado con idéntica eficacia que la original.

En la petición se explicarán las circunstancias del caso y el solicitante se comprometerá, si apareciesen, a devolver los originales y a indemnizar a la Entidad Aseguradora de los perjuicios que pudiesen irrogarse de la reclamación de tercero.

El Tomador del seguro o el Asegurado se comprometen a devolver el contrato original si apareciese y a indemnizar a la Entidad Aseguradora de los perjuicios que le irroge la declaración de un tercero.

Comunicaciones

Todas las comunicaciones derivadas de la presente Póliza deberán hacerse de forma telemática, telefónica o por escrito, utilizando los medios de comunicación tecnológica o tradicional que figuren en las Condiciones Particulares.

Reclamaciones

Los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de los anteriores podrán plantear reclamación ante:

Centro de Atención de Reclamaciones

Si el Asegurado estuviera disconforme con la resolución dictada por la Entidad Aseguradora, podrá formular su queja o reclamación ante este Departamento.

Para ello será necesario que el interesado presente un escrito en el que se haga constar sus datos personales, el motivo de la queja o reclamación con especificación clara sobre las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento, el departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos, declaración expresa de no tener conocimiento de que la materia objeto de la queja o reclamación esté siendo sustanciada en un procedimiento administrativo arbitral o judicial, y el lugar, fecha y firma. Asimismo, el interesado deberá aportar las pruebas que obren en su poder.

La reclamación se podrá presentar en la dirección de correo electrónico, habilitada al efecto, mediante el sistema de firma electrónica avanzada.

Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

Si se acredita que ha transcurrido el plazo de dos meses sin recibir respuesta del Centro de Atención de Reclamaciones o que éste ha desestimado su petición, podrá acudir al Servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Juzgados y Tribunales

En cualquier caso, podrá acudir a los Juzgados y Tribunales, siendo competentes los del domicilio del Asegurado.

Prescripción

Todas las acciones para el reconocimiento de los derechos que puedan derivarse de la presente Póliza quedarán extinguidas en el plazo de 5 años a computar desde el día en que aquéllos pudieron ejercerse.

Jurisdicción

La presente Póliza de seguro queda sometida a la jurisdicción española, siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado fijado en Condiciones Particulares, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en caso de que residiese temporalmente en el extranjero, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Política de Privacidad

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos?

Hermandad Nacional de Arquitectos, Arquitectos Técnicos y Químicos, Mutualidad de Previsión Social ("hna"), con CIF V-28306678.

Avenida de Burgos, 17. 28036 Madrid.

Teléfono: 91 383 47 50.

Correo electrónico: protecciondedatos@naradigital.es

Correo electrónico del delegado de protección de datos: dpo@naradigital.es

¿Con qué finalidad tratamos sus datos personales?

En hna tratamos sus datos con el fin de ejecutar su/s contrato/s de seguros con hna, así como para la prevención del fraude en el seguro y la cesión de riesgos en reaseguro. Asimismo, con el fin de ofrecerle productos y servicios de acuerdo con sus intereses, mejorar su experiencia de usuario y elaborar un "perfil comercial", con base en la información facilitada, si bien no se tomarán decisiones automatizadas con base en dicho perfil.

¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos?

Los datos personales proporcionados se conservarán durante un plazo de 1 año desde la finalización de la relación contractual.

¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

Las bases legales para el tratamiento de sus datos son la ejecución del/de los contrato/s de seguro con hna, que justifica la gestión de las prestaciones, la selección de riesgos; asimismo del/de los contrato/s de seguro con hna unido a los intereses legítimos de hna en evitar un incremento de la siniestralidad, justifican la prevención del fraude y la cesión en reaseguro y; el interés legítimo de ofrecer productos similares a los que disfrutan sus clientes, que justifica la gestión de envío de información, la oferta prospectiva de productos y servicios y la elaboración a tal fin de un "perfil comercial". Para cualquier otro tratamiento se requerirá el consentimiento del interesado, el cual podrá revocar en cualquier momento.

¿A qué destinatarios podrá hna comunicar sus datos?

- A otras empresas del grupo hna para fines administrativos internos.
- A entidades reaseguradoras.
- A encargados del tratamiento.

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

- Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en hna estamos tratando datos personales que les conciernan, o no.
- Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- Asimismo, en determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. hna dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- La revocación de los consentimientos dados para el tratamiento de sus datos personales.
- El ejercicio de tales derechos puede ser ejercitado mediante escrito dirigido al delegado de protección de datos de hna, en la sede social de hna, en Avenida de Burgos, 17, Madrid o a través del correo electrónico protecciondedatos@naradigital.es
- Frente a cualquier hecho que considerase una violación de sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

