

INFORMACIÓN GENERAL

I. INTRODUCCIÓN

Esta nota informativa es un documento meramente informativo y que no posee valor contractual para ninguna de las partes.

Su contenido tiene por objeto informar al Mutualista/Tomador de los aspectos más relevantes del producto asegurador **SEGURO DE VIDA ADAAPTA** del que solicita su contratación, de conformidad con lo referido en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, (LOSSEAR) y los artículos 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, (ROSSEAR) referentes al Deber de Información al Tomador del seguro y/o Asegurado por parte de la Entidad Aseguradora.

II. DENOMINACIÓN SOCIAL, FORMA JURÍDICA, DOMICILIO SOCIAL Y ESTADO MIEMBRO DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, Mutualidad de Previsión Social a prima fija, denominada en lo sucesivo "PREMAAT", es una Entidad española inscrita en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros, Órgano de Control de quien depende, con el número P-0081 y en el Registro Mercantil de Madrid en el Tomo 5313, Folio 46, Sección 8, Hoja M.87081, Inscripción 1ª.

PREMAAT es una Entidad aseguradora de duración indefinida y sin ánimo de lucro, basada en los principios de solidaridad, equidad y suficiencia y tiene por objeto, único y exclusivo, la práctica de operaciones de seguro directo y de capitalización y las demás permitidas por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, en los términos que disponga la normativa vigente.

La actividad aseguradora de PREMAAT tiene carácter alternativo y/o complementario al sistema público de Seguridad Social.

PREMAAT tiene su domicilio social en la calle de Juan Ramón Jiménez nº 15 de Madrid (28036).

El ámbito de actuación es el del Estado español y en los territorios de la Unión Europea, de acuerdo con la legislación española, la comunitaria y la del Estado en que se intervenga, previa autorización de los organismos competentes.

Legislación aplicable.

La relación jurídica entre PREMAAT y la mutualista, derivada de su condición de socia, se rige por sus Estatutos y por lo dispuesto en de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y normas de desarrollo, así como por los acuerdos de los Órganos Rectores de la Mutualidad.

La relación jurídica entre PREMAAT y la mutualista, en su condición de tomador del seguro o asegurado, así como la de los beneficiarios, se rige por lo previsto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro, que incluye las condiciones generales, particulares y, en su caso, especiales y adicionales.

PREMAAT y sus mutualistas, en su condición de socios y no de asegurados, están sometidos a la jurisdicción de los Tribunales del domicilio social. Respecto de la relación aseguradora, son competentes los Tribunales de Justicia del domicilio del asegurado.

III. AUTORIDAD DE CONTROL

La autoridad de control competente es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad.

IV. SITUACIÓN FINANCIERA Y DE SOLVENCIA

El informe sobre la situación financiera y de solvencia de la entidad, regulado en el artículo 80 de la LOSSEAR, se encuentra publicado en la web www.premaat.es

V. INSTANCIAS DE QUEJA Y RECLAMACIÓN

Conforme a lo previsto en la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, PREMAAT dispone de un Servicio de Atención al Cliente, encargado de atender y resolver las reclamaciones presentadas por los mutualistas, beneficiarios o derechohabientes. En caso de disconformidad con el fallo, se tiene la posibilidad de acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, situado en el Paseo de la Castellana nº 44, 28046 Madrid, o por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web <http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones>.

También se puede reclamar ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, si el Servicio de Atención al Cliente no ha resuelto en el plazo de 1 mes desde la presentación fehaciente del escrito de reclamación. Con independencia de lo anterior, los interesados pueden acudir a los tribunales de justicia.

VI. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, la tomador del Seguro declara estar informada, de forma expresa y precisa, sobre la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal y consiente inequívocamente el tratamiento de los mismos, incluidos los especialmente protegidos (datos de salud), los cuales han sido recogidos para valorar y delimitar el riesgo, así como para que dé comienzo y se desarrolle la relación contractual, siendo los destinatarios de esta información la propia Entidad Aseguradora

Por otra parte, el tomador del Seguro manifiesta conocer los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación respecto de cualquiera de sus datos personales integrados en el anterior fichero, dirigiendo la oportuna solicitud al domicilio social de la Mutualidad.

Asimismo, el tomador del Seguro, consiente el tratamiento automatizado de dichos datos a los efectos de la suscripción del seguro, así como a la cesión total o parcial de esta información a otras entidades con el objeto de facilitar la gestión del seguro y la tramitación de posibles siniestros, a otras instituciones colaboradoras con el sector asegurador, con fines estadísticos actuariales y de lucha contra el fraude, así como por razones de coaseguro y reaseguro.

El tomador del Seguro autoriza a PREMAAT, a hacer uso de la información de datos contenidos en el fichero, para poder remitirle información de su interés acerca de los productos y servicios ofrecidos por la entidad.

A los efectos de dar cumplimiento a los derechos políticos que ostenta El tomador, en su condición de Mutualista, autoriza que los datos referidos a su domicilio podrán ser cedidos al Colegio de Arquitectos Técnicos de la demarcación territorial correspondiente a



su domicilio, con la exclusiva finalidad de comunicar las convocatorias a la Asamblea General y Territorial de Mutualistas.

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL CONTRATO

VII. DEFINICIÓN DE GARANTÍAS Y EXCLUSIONES

La Entidad Aseguradora garantiza las siguientes coberturas en este producto:

Cobertura principal y obligatoria: Fallecimiento por cualquier causa (M). La Entidad Aseguradora se obliga a pagar a los Beneficiarios designados en las Condiciones Particulares del seguro el capital asegurado determinado en las mismas, en caso de fallecimiento del Asegurado.

Coberturas complementarias (opcionales):

- **Doble capital por fallecimiento por accidente (MA):** Si a consecuencia de un accidente amparado por la suscripción de este seguro se produce el fallecimiento del Asegurado, el Asegurador pagará el doble del capital asegurado como cobertura principal, establecido en las condiciones particulares.

Queda excluida de esta cobertura el fallecimiento derivado de infarto de miocardio y cerebral.

- **Triple capital por Fallecimiento por accidente de circulación (MAC):** El asegurador pagará el triple del capital asegurado como cobertura principal, establecido en las condiciones particulares, si el Asegurado fallece como consecuencia de un accidente de circulación amparado por la suscripción de este seguro.

Queda excluida de esta cobertura el fallecimiento derivado de infarto de miocardio y cerebral.

- **Incapacidad Permanente Absoluta por cualquier causa (IPA):** El asegurador pagará al asegurado la cantidad establecida en las condiciones particulares en el momento en que resulte afectado por una Incapacidad Permanente absoluta para toda clase de trabajo, entendiéndose por ésta la absoluta falta de capacidad que le inhabilite de forma completa y permanente para trabajar, generada por causas ajenas a la voluntad del sujeto y que se diagnostique como previsiblemente permanente. El reconocimiento de la incapacidad es facultad del asegurador, con base a los informes o dictámenes médicos que se faciliten por el asegurado.

Queda excluida de esta cobertura la incapacidad permanente absoluta derivada de infarto de miocardio y cerebral.

- **Doble capital por Incapacidad Permanente Absoluta por accidente de circulación (IPAA)** Si la situación de Incapacidad absoluta descrita anteriormente se produce como consecuencia de un accidente amparado por la suscripción de este seguro, el Asegurador pagará al Asegurado el doble del capital asegurado como cobertura de Incapacidad Permanente Absoluta, establecido en las condiciones particulares.
- **Triple capital por Incapacidad Permanente Absoluta por accidente de circulación (IPAAC)** Si la situación de Incapacidad absoluta descrita anteriormente se produce como consecuencia de un accidente de circulación amparado por la suscripción de este seguro, el Asegurador pagará al Asegurado el triple del capital asegurado como cobertura de Incapacidad Permanente Absoluta, establecido en las condiciones particulares.

El pago de la cobertura de incapacidad absoluta, implicará la extinción del contrato, cesando automáticamente la cobertura de fallecimiento. El mismo accidente no da derecho a ser indemnizado a la vez por incapacidad permanente absoluta y fallecimiento.

La Entidad Aseguradora se obliga a pagar al Beneficiario en el caso de fallecimiento y al Asegurado en caso de Incapacidad, el capital asegurado determinado en las Condiciones Particulares del Seguro en caso de acaecimiento de la contingencia.

En cualquier caso, las condiciones de aceptación del riesgo, así como los capitales máximos a contratar para cada cobertura, quedarán establecidos según las Normas de Suscripción de la Entidad Aseguradora

El tomador del seguro tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del 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 período en curso en el momento que haga esta declaración.

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

Si se hubiera realizado ampliación de coberturas y la falsedad de la declaración jurada hubiera correspondido a la ampliación, se tendría derecho a causar la prestación, únicamente por la cobertura inicial.

Exclusiones:

Son exclusiones generales a todas las coberturas de este contrato, los siniestros ocurridos a consecuencia de:

a) Los provocados dolosamente por el asegurado, beneficiario o derechohabientes. La muerte del asegurado, causada dolosamente por el beneficiario, privará a éste del derecho a la prestación establecida en el contrato, quedando ésta integrada en el patrimonio del tomador.

Salvo pacto en contrario, el riesgo de suicidio del Asegurado queda cubierto a partir del transcurso de un año desde la fecha de efecto del contrato o desde su modificación.

b) Reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, química o biológica, ya sea directa o indirectamente.

c) Hechos que por su magnitud o gravedad sea calificado por autoridad competente como de "catástrofe o calamidad", de epidemia o de pandemia.

d) Conflicto armado (aunque no hubiera estado precedido por una declaración oficial de guerra).

e) La incapacidad permanente preexistente a la incorporación del asegurado y que no hubieran sido comunicadas a la aseguradora con anterioridad a la misma.

f) Los daños cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, siendo, en este caso, de aplicación lo dispuesto en la cláusula 20 relativa a la Cobertura de Riesgos Extraordinarios. Esta limitación debe entenderse sin perjuicio de las obligaciones de pago de la



provisión matemática constituida por la entidad aseguradora, o de cualquier otro valor, en los términos y condiciones que en cada momento establezca la normativa reguladora del Consorcio.

Adicionalmente a las exclusiones indicadas anteriormente, para las coberturas complementarias derivadas de accidente quedan excluidos los siniestros ocurridos como consecuencia de:

a) La intervención del asegurado como conductor de un vehículo no apto o autorizado para la circulación en vías públicas o sin disponer del permiso legal que le faculte a ello.

b) Un acto de imprudencia o negligencia grave del asegurado, accidentes provocados intencionadamente por el mismo, así como el derivado de la participación de éste en duelos o riñas, siempre que en este último caso no se hubiese actuado en legítima defensa o en la tentativa de salvamento de personas o bienes.

c) Actos voluntarios del asegurado, sea cual fuere el estado mental del mismo, o hallándose bajo la influencia de bebidas alcohólicas, psicotrópicos, sustancias estupefacientes, estimulantes u otras sustancias análogas no prescritas médicamente, o en estado de enajenación mental. A tales efectos, se entenderá que el asegurado se halla bajo la influencia de bebidas alcohólicas si supera los límites establecidos en cada momento por la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial para permitir la conducción de cualquier vehículo no especial, con independencia de los síntomas externos y de comportamiento del asegurado y de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el asegurado.

Si el asegurado provoca intencionadamente el accidente, el asegurador se libera del cumplimiento de su obligación. En el supuesto de que el beneficiario cause dolosamente el siniestro quedará nula la designación hecha a su favor. La indemnización corresponderá al tomador o, en su caso, a la de los herederos de éste.

d) La práctica como profesional de cualquier deporte, tanto en competición, oficial o no, como en sus entrenamientos o actividades relacionadas.

e) La práctica de deportes aéreos en general (paracaidismo, ascensiones en globos aerostáticos, puenting, vuelos en ala delta, navegación con ultraligeros o planeadores, o cualquier otra actividad similar); de la participación en competiciones, incluidos los entrenamientos, con vehículos terrestres, embarcaciones o aeronaves de motor, ya sea en calidad de piloto, copiloto o pasajero; y de la inmersión subacuática, el alpinismo, la escalada o la espeleología, o de cualquier deporte que implique un riesgo evidente para la integridad física del asegurado ya sea por su propia naturaleza como por no observar las medidas de seguridad preceptivas.

f) La participación en expediciones científicas o el ejercicio de las profesiones siguientes: bomberos, buzos, canteros que manejen explosivos, domadores y guardas de animales fieros, personal de seguridad privada, guardas jurados, mineros, miembros de las Fuerzas Armadas, miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, toreros, trapezistas que actúen sin red, tripulantes de aeronaves, y otras que pudieran comportar riesgos equivalentes.

g) La participación del asegurado en actos delictivos.

h) Enfermedades preexistentes a la incorporación del asegurado y que no hubieran sido declaradas con anterioridad a la misma, siempre y cuando la entidad aseguradora haya solicitado una declaración del estado de salud o reconocimiento médico.

i) Las que se establezcan y especifiquen expresamente en las condiciones particulares. Igualmente, y si así se establece en condiciones particulares, estarán excluidos de cobertura los siniestros que tengan lugar en alguno de los países que figuren en el listado que se anexe a condiciones particulares y que puede ser actualizado por la entidad aseguradora. El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso, la actualización del citado listado.

VIII. DURACIÓN DEL CONTRATO Y CUOTAS

Las garantías contratadas entrarán en vigor en la fecha y hora indicadas en las Condiciones Particulares, siempre que se encuentre perfeccionado el contrato.

El contrato se prorrogará tácitamente por períodos anuales hasta, como máximo, el cumplimiento de la edad límite establecida en las Condiciones Particulares, o el acaecimiento de las causas de extinción previstas en las presentes condiciones.

La prima correspondiente junto con los impuestos y recargos que legalmente pudieran ser repercutibles, será exigible por anualidades completas anticipadas, pudiéndose fraccionar de forma semestral con los correspondientes recargos que quedarán determinados en las Condiciones Particulares.

IX. MODALIDADES Y PLAZO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO DE RESOLUCIÓN

En caso de que exista reticencia o inexactitud en las declaraciones del tomador que influyan en la valoración del riesgo, la Entidad Aseguradora puede resolver el contrato dentro del plazo de un mes a contar desde que tenga conocimiento de dicha reticencia o inexactitud.

Si transcurridos quince días desde la entrada en vigor del contrato, y por culpa del tomador no se hubiese satisfecho la prima, la Entidad Aseguradora estará facultada para resolver el contrato o exigir el pago en vía ejecutiva. Salvo pacto en contrario, si la aportación no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación.

El tomador del seguro tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha en la que el asegurador le entregue la póliza o documento de cobertura provisional, debiéndose ejercitar tal facultad por el tomador mediante comunicación dirigida al asegurador a través de un soporte duradero, disponible y accesible para éste y que permita dejar constancia de la notificación. La referida comunicación deberá expedirse por el tomador del seguro antes de que venza el plazo indicado en el apartado anterior.

A partir de la fecha en que se expida la comunicación a que se refiere el apartado anterior cesará la cobertura del riesgo por parte del asegurador y el tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia. El asegurador dispondrá para ello de un plazo de 30 días a contar desde el día que reciba la comunicación de rescisión.

X. RÉGIMEN FISCAL APLICABLE



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

La Entidad Aseguradora aplicará el Régimen Fiscal que corresponda según la legislación vigente a la situación personal y profesional del mutualista.

Conforme a la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, las primas podrán reducirse en la base imponible si se cumplen los requisitos establecidos en los artículos 51, 52 y disposición adicional 9ª. Igualmente, si el mutualista, utilizase la mutualidad como sistema alternativo al RETA y, en consecuencia, tuviese contratado un Plan con dicho carácter, (Plan Profesional o Grupo Básico Ampliado), las primas abonadas podrán ser objeto de deducción como gasto de la actividad económica, si se cumplen los requisitos establecidos en el artículo 30, en cuanto no se haya superado en el Plan o Grupo alternativo el tope de deducción establecido.

Las prestaciones derivadas del contrato de seguro tributarán, dependiendo de la contingencia producida y de los elementos personales del mismo:

- Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, (Rendimiento de Capital Mobiliario).

Cuando el tomador y el beneficiario sea la misma persona, las prestaciones están sujetas al ámbito del IRPF, recibiendo el tratamiento de rendimientos de capital mobiliario.

- Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones:

Cuando el tomador y el beneficiario no sean la misma persona, éste último está sujeto al Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones, excepto si las primas se han pagado con cargo a la sociedad de gananciales en un matrimonio, ya que en este caso el cónyuge sobreviviente tributa el 50% en el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones (ISD) y el otro 50% en el IRPF.

- Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, (Rendimiento de Trabajo).

Cuando las primas abonadas por el tomador hayan podido ser deducibles como gasto de la actividad o reducibles en la base imponible del IRPF, las prestaciones tendrán la consideración de rendimiento de trabajo, con independencia de la coincidencia o no entre tomador y beneficiario.