



Reglamento de la prestación Vida Temporal

Junio 2024



Mutualidad de los Ingenieros MPS, inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la clave P-3159

Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, en el folio 73, volumen 38.168, hoja núm. B-87.907, inscripción 1.ª. NIF V08430191. www.mutua-enginyers.com.

Reglamento aprobado por la Asamblea General celebrada el día 28 de mayo de 2019, modificado por las Asambleas Generales de 29 de junio de 2021, 6 de junio de 2024; y por la Junta Rectora del 27 de junio de 2024 (en adaptación a la modificación de estatutos aprobada por la Asamblea del 06-06-2024).

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ARTÍCULO PRELIMINAR.....	3
Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN	6
Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS.....	6
Artículo 3. LÍMITES DE EDAD DE SUSCRIPCIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA.....	6
Artículo 4. DURACIÓN DE LA COBERTURA Y OPOSICIÓN A SU PRÓRROGA.....	7
Artículo 5. SUSCRIPCIÓN	7
Artículo 6. COMUNICACIONES	8
Artículo 7. INDISPUTABILIDAD	9
Artículo 8. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA	9
Artículo 9. PERIODO DE CARENCIA.....	10
Artículo 10. CUOTAS.....	10
Artículo 11. PAGO DE CUOTAS	11
Artículo 12. IMPAGO DE CUOTAS: SUSPENSIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA.....	11
Artículo 13. BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN	11
Artículo 14. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN.....	12
Artículo 15. SOLICITUD Y ACREDITACIÓN DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN	12
Artículo 16. COMPROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN	13
Artículo 17. PAGO DE LA PRESTACIÓN	14
DISPOSICIONES ADICIONALES	15
DISPOSICIÓN TRANSITORIA.....	20
ANEXO DE CUOTAS	21
RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO.....	23

ARTÍCULO PRELIMINAR

1. NORMATIVA Y CONTROL

El presente reglamento contiene las condiciones de la prestación VIDA TEMPORAL de la Mutualidad de los Ingenieros MPS (en adelante, la Mutualidad), de aplicación directa a los mutualistas, a los suscriptores y a los beneficiarios, las cuales deberán ser interpretadas y aplicadas de conformidad con los Estatutos sociales de la Mutualidad, la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; 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; por las disposiciones adicionales decimoctava y decimonovena de la Ley General de la Seguridad Social, texto refundido aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre; y demás disposiciones legales y reglamentarias vigentes en cada momento, reguladoras de la actividad aseguradora de previsión social.

La autoridad de supervisión de la actividad de la Mutualidad es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Gobierno de España.

2. DEFINICIONES

- **LA MUTUALIDAD:** es la entidad aseguradora de previsión social que recibe las cuotas y asume la cobertura regulada en el presente reglamento.
- **MUTUALISTA O SUSCRIPTOR:** es la persona física o jurídica que contrata la prestación con las condiciones, obligaciones y derechos que se establecen en este reglamento, en los Estatutos de la Mutualidad y en la normativa vigente de aplicación.
- **ASEGURADO:** es la persona física expuesta al riesgo o al evento relacionado con la propia vida.
- **BENEFICIARIO:** es la persona o personas que reciben la prestación correspondiente, de acuerdo con este reglamento. El beneficiario de la prestación podrá ser el mismo suscriptor o una tercera persona designada por el suscriptor o, en su defecto, por el reglamento y la normativa.
- **PRESTACIÓN:** cobertura de un determinado riesgo de previsión social o asegurador que, previa suscripción (contrato) por el suscriptor, asume la Mutualidad mediante el pago de un importe en forma de capital o de renta al beneficiario cuando se produce la contingencia o riesgo cubierto, de acuerdo con las condiciones reglamentariamente 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 con las condiciones y requisitos reglamentariamente establecidos.
- **REGLAMENTO:** instrumento jurídico creado por la Mutualidad de acuerdo con los Estatutos sociales de la entidad, por el cual se establece y regula una determinada prestación o grupo de prestaciones, definiendo sus condiciones básicas, y al cual se adhiere el suscriptor de acuerdo con las condiciones particulares o específicas que consten en el Título de Suscripción. Corresponde a la asamblea de mutualistas la aprobación y modificación de los reglamentos de prestaciones. El Reglamento de aplicación será el vigente en el momento de la declaración/comunicación del hecho causante de la prestación a la Mutualidad.
- **SUSCRIPCIÓN DE PRESTACIÓN (política):** corresponde a la Mutualidad definir, aplicar y modificar en cada momento la política de previsión social y de suscripción de prestaciones, pudiendo agruparlas en paquetes o grupos para comercializarlas, e incluir nuevos servicios y prestaciones accesorias en los términos admitidos por la legislación vigente. Asimismo, corresponde a la Mutualidad establecer el sistema de prestaciones alternativas al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), de conformidad con la normativa de aplicación.
- **INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA:** la relación de protección (cobertura) nacerá en la fecha que conste en el título de suscripción de la prestación emitido por la Mutualidad. La cobertura se extingue bien por el cumplimiento de las condiciones reglamentariamente establecidas, bien por la renuncia o baja del inscrito.
- **TÍTULO DE SUSCRIPCIÓN:** documento emitido por la Mutualidad que acredita al suscriptor el alta en la cobertura o prestaciones correspondientes, con identificación del suscriptor y asegurado y, en su caso, de los beneficiarios designados; la fecha de efecto de la cobertura y su duración; las prestaciones o importes asegurados; las cuotas iniciales, recargos e impuestos, el vencimiento de la primera y de las sucesivas cuotas y su forma de pago; las exclusiones de la cobertura y demás circunstancias específicas de la cobertura. El título de suscripción se debe completar/interpretar de acuerdo con lo establecido en el correspondiente reglamento, del que forma parte.
- **CAUSA PREEXISTENTE:** hecho o circunstancia anterior a la entrada en vigor de la cobertura y que incide directamente en el siniestro o hecho causante de la prestación, ya sea esta causa una enfermedad o cualquier otra circunstancia, derivada o no de enfermedad. La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo realizada por la Mutualidad.
- **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, manifestadas por síntomas y signos característicos cuya evolución es más o menos previsible.

- **INVALIDEZ PERMANENTE Y TOTAL:** aquella situación en la que se encuentra el asegurado que sufre lesiones o pérdidas anatómicas, como consecuencia de accidente o enfermedad, que le inhabilitan permanentemente para el ejercicio de la profesión o actividad laboral que tenga declarada a la Mutualidad.
- **INVALIDEZ PERMANENTE Y ABSOLUTA:** aquella situación de invalidez definitiva e irreversible que incapacita a quien la padece para realizar todo tipo de trabajo u oficio, ya sea laboral, profesional o empresarial. En cualquier caso, será considerada invalidez permanente y absoluta:
 - 1) La pérdida completa de la visión binocular total e incurable.
 - 2) La pérdida o la impotencia funcional de las dos extremidades superiores, de las dos inferiores, o de una superior y otra inferior.
- **CÁNCER DE MAMA:** presencia de tumor maligno caracterizada por el crecimiento y la expansión incontrolados de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal que no sea consecuencia directa de una metástasis o cáncer formado en otra parte del cuerpo.

No se considerará cáncer de mama a los efectos de la cobertura de la garantía complementaria:

- a) Tumores que histológicamente se describen como premalignos, como no invasores o como *cáncer in situ*.
 - b) Carcinoma de mama T1NOMO menor de 2 cm de diámetro.
 - c) Cualquier tumor detectado en un paciente afectado de infección por VIH.
 - d) Cualquier tumor consecuencia directa de una metástasis o un cáncer formado en otra parte del cuerpo.
- **ACCIDENTE:** causa o hecho violento, súbito, externo y ajeno a la voluntad del asegurado.
 - **PERIODO DE CARENCIA:** es el periodo de tiempo a partir de la fecha de suscripción de una prestación, o del incremento de la cantidad asegurada, durante el cual el beneficiario no tiene derecho a la prestación.
 - **EDAD ACTUARIAL:** la edad en la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o por llegar.
 - **GÉNERO:** En este Reglamento se entiende que las denominaciones en género masculino referidas a personas incluyen mujeres y hombres, salvo que del contexto se deduzca lo contrario.

Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN

1. Cobertura básica: consistente en el abono al beneficiario del importe contratado en caso de fallecimiento del asegurado.
2. Cobertura complementaria adicional para las altas posteriores a 1 de enero de 2013: en caso de diagnóstico de cáncer de mama se abonará al beneficiario el 10 % del importe contratado por la cobertura de Defunción del asegurado.
3. Cobertura opcional consistente en el anticipo al beneficiario del 100 %, el 75 %, el 50 % o el 25 % del importe contratado por defunción en caso de invalidez permanente y total o de invalidez permanente y absoluta del asegurado.

El reconocimiento de la situación de invalidez por un organismo oficial de la Seguridad Social no determinará necesariamente la concesión de esta prestación. Corresponde a la Mutualidad en todo caso la evaluación, calificación y reconocimiento de la invalidez de acuerdo con este Reglamento.

Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS

La Mutualidad determinará los importes de la prestación mínimo y máximo que podrán suscribir, y podrá ampliarlos o reducirlos.

Para mantener y preservar el poder adquisitivo de las prestaciones, la Mutualidad podrá actualizar anualmente todos o algunos de los importes asegurados o 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 suscriptor o asegurado ni suponga un nuevo control de suscripción o modificación de las demás condiciones de la coberturas suscrita. La actualización no será procedente cuando haya tenido lugar la contingencia o el riesgo cubierto.

Artículo 3. LÍMITES DE EDAD DE SUSCRIPCIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

1. Podrán ser asegurados en esta prestación las personas que hayan cumplido 14 años de edad y no hayan cumplido 67 años. En los supuestos de ampliación del importe contratado, la edad máxima será de 66 años. En las ampliaciones se aplicarán los mismos criterios de selección de riesgos que en la suscripción inicial de la prestación.
2. La indicación inexacta de la edad tendrá los siguientes efectos:
 - a) La Mutualidad quedará liberada del cumplimiento de la prestación cuando aquella edad excediera de la indicada como límite para acceder a la prestación.

- b) Cuando la edad no excediera de dicho límite, la Mutualidad reducirá la prestación en proporción a las cuotas aplicadas, en el caso de que estas cuotas hayan sido inferiores a las que hubieran correspondido, o bien restituirá al asociado el exceso de la cuota aplicada en el caso de que haya resultado superior a la cuota correspondiente, sin intereses.
3. La cobertura de Defunción se extinguirá por: a) el fallecimiento del asegurado; b) cuando el pago del importe asegurado por invalidez permanente (total o absoluta) sea el mismo importe asegurado por defunción; c) cuando el asegurado cumpla 80 años, y d) en los demás supuestos previstos en el presente reglamento.
4. Las coberturas opcionales de Invalidez Permanente (Total o Absoluta) y la complementaria por diagnóstico de cáncer de mama se extinguirán cuando el asegurado cumpla 67 años o por el reconocimiento de alguna de estas prestaciones.
5. El pago en caso de Invalidez Permanente (Total o Absoluta) extinguirá esta cobertura y reducirá el importe asegurado por defunción en la misma cuantía pagada, manteniéndose vigentes el resto de garantías sin perjuicio de lo estipulado en el punto 2 de este artículo.
6. La cobertura de diagnóstico de cáncer de mama se extinguirá con el pago de la prestación, manteniéndose vigentes el resto de coberturas contratadas.

Artículo 4. DURACIÓN DE LA COBERTURA Y OPOSICIÓN A SU PRÓRROGA

La duración de esta cobertura será anual, prorrogable anualmente, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro. Cada parte podrá oponerse a la prórroga del seguro mediante comunicación escrita a la otra parte. **Cuando sea el suscriptor quien se oponga a la prórroga deberá efectuar la comunicación en el plazo mínimo de un (1) mes de antelación a la conclusión del periodo de cobertura en curso.** Cuando sea la Mutualidad quien se oponga, el plazo mínimo para la comunicación será de dos (2) meses.

Artículo 5. SUSCRIPCIÓN

1. Además de cumplir las condiciones estatutariamente establecidas, el interesado deberá cumplir los siguientes requisitos:
- a) El suscriptor suscribirá la pertinente solicitud de inscripción o alta, recibiendo de la Mutualidad toda la información previa relativa a la cobertura interesada, de acuerdo con la normativa de aplicación.
- b) El asegurado deberá responder o cumplimentar el cuestionario o cuestionarios que le presente la Mutualidad.

- c) El asegurado deberá someterse a los reconocimientos médicos o cualquier otra medida o requerimiento de selección o evaluación de riesgos que la Mutualidad estime conveniente realizar, de conformidad con el artículo 6 de los Estatutos sociales y la normativa de aplicación.
 - d) Cuando el suscriptor no coincida con el asegurado, será necesaria la autorización por escrito del asegurado, quién también firmará como conformidad el título de suscripción.
2. La Mutualidad podrá solicitar la información complementaria o adicional que considere oportuna para valorar mejor cualquier situación declarada, especialmente en el cuestionario de salud, o detectada en el reconocimiento médico. Si el suscriptor o asegurado se negara a facilitar dicha información, se le aplicaría la exclusión, limitación o 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 suscriptor y/o asegurado. La no aceptación de la exclusión, limitación o sobreprima por parte del suscriptor y/o asegurado impedirá causar alta en la prestación.
3. Completadas las condiciones y requisitos establecidos, la Mutualidad emitirá el correspondiente título de suscripción.
4. Las ampliaciones del importe contratado dentro de los límites establecidos serán tratadas como una nueva suscripción, y la Mutualidad emitirá en este caso los correspondientes suplementos del título de suscripción. La no aceptación de las exclusiones, limitaciones o sobreprimas que se establezcan impedirá la ampliación de la prestación.
5. En caso de reserva o inexactitud en la información facilitada por la suscripción de la prestación, la Mutualidad podrá resolver la cobertura mediante declaración escrita dirigida al suscriptor en el plazo de un (1) mes, a contar desde que 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 Mutualidad haya efectuado dicha declaración, la prestación se reducirá de acuerdo con la normativa de aplicación.

Artículo 6. COMUNICACIONES

1. El suscriptor o, en su caso, los asegurados tendrán la obligación de comunicar a la Mutualidad los cambios de domicilio y de domiciliación de pago de recibos.
2. Asimismo, se comunicarán las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas en el momento de la suscripción, esta no se habría producido o, en todo caso, se hubiera producido en condiciones diferentes. Dicha comunicación o el incumplimiento de esta obligación producirán los efectos previstos legalmente.

3. El suscriptor o asegurado no tendrá la obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud, que en ningún caso serán consideradas como agravación del riesgo.

Artículo 7. INDISPUTABILIDAD

La reticencia o inexactitud no dolosa en la declaración o la información facilitada por el 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 Mutualidad a impugnar o resolver la cobertura transcurrido un (1) año desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura que conste en el título de suscripción.

Artículo 8. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

No se causará derecho a prestación cuando esta sea por alguna de las siguientes causas:

- a) Conflictos armados, aunque no vengán precedidos por declaración oficial de guerra.
- b) Suicidio (o consecuencia de un intento de suicidio) durante el primer año de cobertura o contrato.
- c) La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo que lleve a cabo la Mutualidad.
- d) Por causa no declarada en las eventuales ampliaciones. En este caso, la exclusión afectará exclusivamente a las ampliaciones suscritas.
- e) Las consecuencias de cualquier naturaleza derivadas de la reacción o radiación nuclear o de la contaminación radiactiva, sin importar su origen.
- f) Quedarán excluidos todos los riesgos extraordinarios cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros de conformidad con 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.
- g) Derivada de la participación del asegurado en actos delictivos, desafíos o peleas, siempre y cuando no haya sido en defensa legítima o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- h) Aquellas otras 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, las cuales deberán ser expresamente aceptadas por el suscriptor y asegurado de la cobertura.

En caso de invalidez permanente (total o absoluta), además, no se causará derecho a prestación que sea por alguna de las siguientes causas:

- a) Cuando sea derivada de la no observancia por parte del enfermo de las recomendaciones o prescripciones facultativas a fin de solucionar su patología o se haya prolongado la invalidez o baja laboral por culpa del asegurado.
- b) Derivada directa o indirectamente de drogadicción.
- c) Derivada de un estado psíquico que no se pueda demostrar mediante pruebas objetivas.

En la cobertura de Cáncer de Mama, además, no se causará derecho a prestación que sea por alguna de las siguientes causas:

- a) Las consecuencias de enfermedad, terapia, intervención quirúrgica, tratamiento médico o accidentes anteriores a la entrada en vigor de la cobertura.
- b) las enfermedades acompañadas de una infección VIH.
- c) Las enfermedades o accidentes originados por el consumo excesivo de alcohol.
- d) Las personas que sufran alcoholismo, toxicomanía, epilepsia o enajenación mental.

Artículo 9. PERIODO DE CARENCIA

Se establecerá un periodo de carencia de seis (6) meses, salvo que la defunción o la invalidez se produzca como consecuencia de accidente, supuesto en que no se aplicará ningún periodo de carencia, o se le exonere —total o parcialmente— por ser sustitución de otro seguro análogo, en cuyo caso se especificará en el título de suscripción.

Artículo 10. CUOTAS

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

El pago de las cuotas finalizará el día de la extinción de la cobertura, y otros 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 determinen en el título de suscripción.

Artículo 11. PAGO DE CUOTAS

1. El suscriptor de la prestación vendrá obligada al pago de las cuotas, de conformidad con lo establecido en los Estatutos sociales. La obligación de pago de las cuotas nacerá en el momento de la fecha de efecto de la cobertura que conste en el título de suscripción, con la emisión del correspondiente recibo. Salvo que la normativa de aplicación establezca lo contrario, en el caso de que el asegurado sea persona distinta del suscriptor, esta obligación de pago podrá ser asumida por el asegurado y si así lo acuerdan y lo comunican a la Mutualidad los interesados, ostentando el asegurado los derechos y obligaciones aseguradores inherentes al pagador de las cuotas.
2. El lugar de pago y la periodicidad o fraccionamiento de las cuotas (mensual, trimestral, semestral o anual) serán los previstos en el título de suscripción. El suscriptor podrá cambiar la forma de pago de las cuotas comunicándolo mediante un escrito dirigido a la Mutualidad.

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

Si la primera cuota o derrama no hubiera sido satisfecha a su vencimiento por causa atribuible al suscriptor de prestaciones, la Mutualidad tendrá derecho a resolver el contrato o cobertura o a exigir el pago de la cuota o cuotas debidas. La Mutualidad quedará liberada de sus obligaciones aseguradoras si la cuota no ha sido satisfecha antes de producirse un siniestro.

En caso de falta de pago de una de las siguientes cuotas (incluyendo los fraccionamientos de la cuota anual), la prestación o cobertura suscrita quedará en suspenso un (1) mes después del día del vencimiento de la cuota (o fracción de cuota) impagada. Si la Mutualidad no reclamara el pago dentro de los seis (6) meses siguientes al vencimiento de la cuota se entenderá que el contrato o cobertura queda extinguido. En cualquier caso, la Mutualidad, cuando la cobertura esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la cuota del periodo en curso. La cobertura volverá a tener efectos a las veinticuatro horas del día en que el suscriptor haya pagado la cuota o cuotas pendientes. Los hechos causantes o siniestros producidos durante el periodo de suspensión de la cobertura no darán derecho a ningún tipo de prestación.

Artículo 13. BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN

1. El suscriptor podrá designar a un beneficiario/s, o revocar o modificar la designación hecha 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 Mutualidad, o bien por testamento.

Salvo estipulación en contrario, la designación realizada a más de un beneficiario se entenderá efectuada a partes iguales entre ellas. En caso de designación genérica a los hijos o herederos, los beneficiarios se determinarán de acuerdo con lo establecido en la ley.

Si en el momento de producirse la contingencia y causar derecho a la prestación no constara expresamente designado ningún beneficiario, o habiendo premuerto ésta al asegurado, se considerarán beneficiarias las personas relacionadas con el asegurado que se indican a continuación, según el siguiente orden de prelación:

- a) Cónyuge.
- b) Hijos a partes iguales y nietos y nietas por derecho de representación.
- c) Padres, a partes iguales.
- d) Hermanos, a partes iguales.
- e) El 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 suscriptor o de quien la haya sustituido en la obligación de pago de cuotas.

Si un beneficiario de la prestación fuera la causante determinante del siniestro y hubiera sido sancionada o condenada por esta causa, no podrá cobrar la prestación, que pasará a otros beneficiarios.

2. En las prestaciones de Invalidez Permanente (Total o Absoluta) y Cáncer de Mama: el beneficiario será el propio asegurado, a no ser que el suscriptor haya designado expresamente a otra persona.

Artículo 14. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN

Serán condiciones necesarias para tener derecho a la prestación:

- a) Que el suscriptor se encuentre al corriente de pago de las cuotas reglamentarias en el momento del fallecimiento del asegurado (producción del hecho causante). La falta de pago de las cuotas surtirá los efectos previstos en el artículo 12 del presente reglamento.
- b) Que el asegurado haya cubierto el periodo mínimo de carencia establecido en el artículo 9 de este reglamento.

Artículo 15. SOLICITUD Y ACREDITACIÓN DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN

Plazo para solicitar la prestación: el interesado o beneficiario deberá comunicar el hecho causante y presentar la solicitud de la prestación a la Mutualidad en el plazo máximo de noventa (90) días naturales desde que se hubiera producido el hecho o hubiera tenido conocimiento del mismo. Si no se efectuara dicha comunicación en el plazo establecido se producirán los efectos previstos legalmente.

Solicitud: la prestación se solicitará a la Mutualidad indicando o 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 distintas modalidades.
- d) Fecha y firma de los solicitantes.

Documentación: con la solicitud, para acreditar el derecho a la prestación del interesado o beneficiario deberá presentar la siguiente documentación.

- a) En caso de defunción: certificado literal de defunción del asegurado.
- b) En caso de invalidez permanente (total o absoluta): informes médicos acreditativos de la situación de invalidez del asegurado aportando toda la información, documentos públicos u oficiales y otras pruebas que al efecto estimen oportunas.
- c) En caso de diagnóstico de cáncer de mama: historial clínico completo del asegurado que incluya diagnóstico del cáncer de mama emitido por un facultativo y fecha de diagnóstico.
- d) Acreditación de la condición de beneficiario/s: debe aportarse suficiente documentación para el reconocimiento del derecho a la prestación (certificado de últimas voluntades y, en su caso, último testamento, acto judicial o documento notarial de declaración de herederos, así como fe de vida del beneficiario).
- e) Comprobante acreditativo de haber efectuado la declaración / el pago del impuesto de sucesiones y donaciones, si procede.
- f) Declaración de datos personales a efectos de practicar la oportuna retención a cuenta, si procede.

También se deberán presentar todos aquellos documentos que la Mutualidad 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 evento que le solicite la Mutualidad. Es obligación del beneficiario o beneficiarios reflejar con veracidad y exactitud los hechos y sus circunstancias en los comunicados y las declaraciones que se presenten a la Mutualidad. En caso de incumplimiento de esta obligación, la Mutualidad se podrá inhibir de pagar las prestaciones de los siniestros correspondientes, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.

Artículo 16. COMPROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN

De acuerdo con la documentación presentada, la Mutualidad procederá a aceptar la prestación correspondiente o, en su caso, a denegarla. La denegación será comunicada por la Mutualidad

al interesado por escrito con indicación de las causas, así como el carácter subsanable o no de las mismas.

Para la acreditación de la situación de invalidez o diagnóstico del cáncer de mama, el asegurado deberá someterse a los reconocimientos del personal médico que establezca la Mutualidad, y tanto ella como sus familiares deberán facilitar estos reconocimientos y los informes que les sean solicitados. En la prestación de Cáncer de Mama se considerará fecha de siniestro aquella en la que un facultativo lo haya diagnosticado por primera vez. La oposición a estas visitas o comprobaciones por el asegurado, sus familiares o cualquier otro interesado se entenderá como renuncia expresa al cobro de la prestación. Sin embargo, en este caso el asegurado podrá volver a solicitarla y se entenderá, a todos los efectos, como una nueva solicitud.

En el caso de que el asegurado o interesado no se conforme por razones técnico-médicas con la evaluación de la invalidez efectuada por la Mutualidad, se procederá a una segunda evaluación por dos facultativos, uno nombrado por el asegurado/ interesado y el otro por la Mutualidad. En caso de discrepancia entre ellos, intervendrá un tercer facultativo, que será nombrado por ambas partes de común acuerdo. Los facultativos deberán practicar la evaluación pericial atendiendo a lo dispuesto en este reglamento.

Cada parte satisfará los honorarios y los gastos de su facultativo y la mitad del tercer facultativo.

Artículo 17. PAGO DE LA PRESTACIÓN

Aceptado o reconocido el derecho a la prestación, la Mutualidad abonará la suma asegurada al beneficiario en la forma pactada en el plazo máximo de cuarenta (40) días desde la acreditación del derecho a la prestación.

A solicitud del beneficiario, el importe acreditado se podrá cobrar en un único pago o de forma fraccionada en el tiempo o se podrá sustituir por una renta vitalicia o temporal, que, de acuerdo con el importe establecido y la edad del beneficiario en el momento de producirse el hecho causante, se calculará según las condiciones y tarifas que tenga la Mutualidad en vigor en ese momento.

DISPOSICIONES ADICIONALES

1. PROTECCIÓN DE LOS MUTUALISTAS Y ASEGURADOS

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

- El **Servicio de Atención al Mutualista (SAM)** establecido por la Mutualidad, con sujeción al reglamento que rija 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 Mutualidad, así como las derivadas de la normativa de transparencia y protección de la clientela y de las buenas prácticas y usos financieros y aseguradores.
- El **Defensor del Mutualista (DM)** establecido por la Mutualidad, con sujeción al reglamento que rija este organismo, que tiene por objeto las quejas y reclamaciones que se puedan presentar relacionadas con la actividad aseguradora o de previsión de la Mutualidad, siempre que previamente se hayan planteado 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 Mutualidad. El reclamante tiene la posibilidad de acudir a los procedimientos de conciliación y arbitraje establecidos o de interponer reclamación/demanda por la vía judicial.
- El **Servicio de Reclamaciones** que tenga establecido el **órgano administrativo de supervisión** de la Mutualidad, del que se informará en las resoluciones del SAM o DM.
- Otros mecanismos de solución de conflictos de carácter voluntario:
 - a) Arbitraje de acuerdo con el texto refundido de la Ley General para Defensa de los Consumidores y Usuarios (Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre).
 - b) 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 podrá recurrir a los tribunales de justicia, siendo el juez competente para entender de las acciones derivadas del seguro el del domicilio del asegurado. Las acciones que se deriven del presente reglamento/contrato prescriben en un plazo de cinco años.

2. SERVICIOS O PRODUCTOS CONCERTADOS

La Mutualidad podrá complementar esta prestación con servicios o productos concertados con terceros, ya sean de carácter asegurador o no. La Mutualidad podrá dejar sin efecto los servicios

o productos complementarios que tenga concertados, y modificarlos o sustituirlos por otros servicios o productos, aplicando, en su caso, la correspondiente corrección de prima o cuota del suscriptor. Los servicios o productos complementarios podrán ser de carácter obligatorio u opcional para el suscriptor, según lo determine la Mutualidad.

3. RESPONSABILIDAD DE LOS MUTUALISTOS

De conformidad con los Estatutos sociales de la Mutualidad, la responsabilidad de los mutualistas o suscriptores está limitada al pago de las cuotas y las derramas que se establezcan de acuerdo con los Estatutos y los reglamentos vigentes o pólizas, que en ningún caso excederán los límites que establezcan las disposiciones legales de aplicación.

4. COBERTURA DE LOS RIESGOS EXTRAORDINARIOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro del que obligatoriamente deben incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tendrá la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- 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, aun estando el riesgo amparado por dicha póliza de seguro (o reglamento de prestaciones), las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; en

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

4.1.1. Resumen de las normas legales

4.1.1.1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo las producidas por embates del mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados) y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán a instancias del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de eventos 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 a los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

4.1.1.2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en asegurados por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no vengán precedidos por declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 11/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por la elevación del nivel freático, movimiento de laderas, corrimientos o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos hayan sido ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación

de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, Reguladora del Derecho de Reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las mencionadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.a) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno del Estado como de catástrofe o calamidad nacional.

4.1.1.3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios abarcará a las mismas personas y en las mismas 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 lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

4.2. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, por el asegurado o beneficiario de la póliza, por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros para cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante una llamada telefónica al Centro de Atención Telefónica del *Consorcio de Compensación de Seguros* (900 222 665 o 952 367 042).

- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).
3. Valoración de los daños: la valoración de los daños que resulten indemnizables conforme a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro será realizada por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que este quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiera 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.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

(aprobada por la junta rectora el 29.11.2012 y revisada el 25.3.2021).

Los asegurados que a 21.12.2012 tengan suscritos importes de las garantías de defunción y de invalidez permanente absoluta (IPA), por estos importes pagaran, las cuotas especiales previstas en el Anexo de cuotas 4 y 5, respectivamente.

ANEXO DE CUOTAS

1. Las cuotas anuales por cada 10.000 euros de la garantía de Defunción son:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
15	1,53
16	1,87
17	2,20
18	2,17
19	2,20
20	2,24
21	2,29
22	2,35
23	2,41
24	2,46
25	2,50
26	2,51
27	2,50
28	2,46
29	2,40
30	2,36
31	2,34

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
32	2,36
33	2,44
34	2,60
35	2,84
36	3,14
37	3,48
38	3,83
39	4,20
40	4,61
41	5,07
42	5,87
43	6,88
44	8,09
45	9,48
46	11,08
47	12,95
48	15,04

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
49	17,40
50	20,00
51	22,09
52	24,32
53	26,66
54	29,12
55	31,71
56	34,46
57	37,39
58	40,53
59	43,89
60	47,49
61	51,36
62	55,52
63	60,02
64	64,92
65	70,29

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
66	76,21
67	82,79
68	90,15
69	98,45
70	107,86
71	118,60
72	130,91
73	145,02
74	161,16
75	179,56
76	200,48
77	224,23
78	251,21
79	281,92

2. Las cuotas anuales por cada 10.000 euros de la garantía de Invalidez Permanente y Absoluta son:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
15	0,74
16	0,74
17	0,74
18	0,74
19	0,83
20	0,93
21	1,02
22	1,15
23	1,28
24	1,42
25	1,59
26	1,76
27	1,97

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
28	2,19
29	2,43
30	2,71
31	3,02
32	3,36
33	3,74
34	4,17
35	4,64
36	5,17
37	5,74
38	6,41
39	7,14
40	7,93

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
41	8,84
42	9,84
43	10,95
44	12,20
45	13,57
46	15,12
47	16,83
48	18,73
49	20,86
50	23,22
51	25,85
52	28,78
53	32,05

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
54	35,69
55	39,72
56	44,22
57	49,23
58	54,81
59	61,01
60	67,93
61	75,63
62	84,20
63	93,76
64	104,39
65	116,22
66	129,39

3. Las cuotas anuales por cada 10.000 euros de la garantía de Invalidez Permanente y Total son:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)						
15	1,12	28	3,28	41	13,26	54	53,53
16	1,12	29	3,65	42	14,76	55	59,58
17	1,12	30	4,06	43	16,43	56	66,33
18	1,12	31	4,53	44	18,30	57	73,85
19	1,24	32	5,04	45	20,35	58	82,22
20	1,40	33	5,62	46	22,67	59	91,52
21	1,53	34	6,26	47	25,24	60	101,90
22	1,73	35	6,96	48	28,10	61	113,44
23	1,92	36	7,76	49	31,29	62	126,30
24	2,13	37	8,62	50	34,83	63	140,64
25	2,39	38	9,61	51	38,77	64	156,58
26	2,63	39	10,71	52	43,17	65	174,33
27	2,95	40	11,90	53	48,07	66	194,09

4. Para esos asegurados que a 21.12.2012 tuvieran suscritos importes de la garantía de Defunción, se mantendrá una cuota mensual especial por esos importes, que será:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)		EDAD	CUOTA ANUAL (€)		EDAD	CUOTA ANUAL (€)	
	HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES		HOMBRES	MUJERES
15	15,33	2,87	30	12,62	5,95	45	26,33	13,13
16	15,50	3,22	31	12,73	6,31	46	28,70	13,79
17	15,55	3,33	32	12,92	6,68	47	31,40	14,59
18	15,49	3,30	33	13,20	7,08	48	34,47	15,56
19	15,33	3,21	34	13,57	7,51	49	37,94	16,76
20	15,06	3,17	35	14,04	7,96	50	41,86	18,20
21	14,66	3,27	36	14,62	8,44	51	46,25	19,94
22	14,22	3,70	37	15,30	8,95	52	51,15	22,00
23	13,83	3,80	38	16,12	9,48	53	56,60	24,34
24	13,48	4,09	39	17,06	10,01	54	62,63	26,91
25	13,19	4,39	40	18,16	10,54	55	69,26	29,66
26	12,94	4,68	41	19,41	11,06	56	76,51	32,55
27	12,76	4,98	42	20,83	11,57	57	84,40	35,52
28	12,65	5,29	43	22,44	12,06	58	92,97	38,42
29	12,60	5,61	44	24,26	12,57	59	102,24	41,51

EDAD	CUOTA ANUAL (€)	
	HOMBRES	MUJERES
60	112,22	44,45
61	122,96	44,25
62	134,46	49,91
63	146,77	53,51
64	159,90	59,16
65	175,55	66,91
66	194,59	76,80

EDAD	CUOTA ANUAL (€)	
	HOMBRES	MUJERES
67	217,04	88,88
68	242,88	103,20
69	272,12	119,80
70	304,75	138,73
71	340,79	160,03
72	380,22	183,76
73	423,05	209,95

EDAD	CUOTA ANUAL (€)	
	HOMBRES	MUJERES
74	469,28	238,66
75	518,91	269,93
76	571,93	303,80
77	628,35	340,33
78	688,17	379,55
79	751,39	421,53

5. Para esos asegurados que a 21.12.2012 tuvieran suscritos importes de la garantía de Invalidez Permanente y Absoluta, se mantendrá una cuota anual especial para estos importes, que será, por cada 10.000 euros:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
15-44	4,20
45-54	8,41
55-64	21,03
65-66	52,57

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO

Las tablas de cuotas reflejan la cuota total que se debe pagar anualmente, sin incluir impuestos. Se podrá escoger una periodicidad de pago de cuotas diferente a la anual, con los recargos siguientes sobre la cuota anual, dependiendo de la periodicidad establecida.

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