Reglament de la prestació

Vida temporal

Gener 2026

la mútua
dels enginyers

Mutualitat dels Enginyers MPS, inscrita en el Registre d'Entitats Asseguradores i Reasseguradores de la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions amb la clau P-3159

Inscrita al Registre Mercantil de Barcelona, al foli 73, volum 38.168, full núm. B-87.907, Inscripció 1a. NIF V08430191. www.mutua-enginyers.com

Reglament aprovat per l'Assemblea General del 28 de maig de 2019, modificat per les Assemblees Generals de 29 de juny de 2021, 6 de juny de 2024, 5 de juny de 2025 i 4 de juny 2026.

ÍNDEX DE CONTINGUTS

ARTICLE PRELIMINAR 1

Article 1. NATURALESA DE LA PRESTACIÓ 3

Article 2. IMPORTS MÀXIMS I MÍNIMS I ACTUALITZACIÓ DE COBERTURES 4

Article 3. LÍMITS D'EDAT DE SUBSCRIPCIÓ I EXTINCIÓ DE LA COBERTURA 4

Article 4. DURADA DE LA COBERTURA i OPOSICIÓ A LA SEVA PRÒRROGA 5

Article 5. SUBSCRIPCIÓ 5

Article 6. COMUNICACIONS 6

Article 7. INDISPUTABILITAT 6

Article 8. EXCLUSIONS DE LA COBERTURA 7

Article 9. PERÍODE DE CARÈNCIA 8

Article 10. QUOTES 8

Article 11. PAGAMENT DE QUOTES 8

Article 12. IMPAGAMENT DE QUOTES: SUSPENSIÓ I EXTINCIÓ DE LA COBERTURA 8

Article 13. BENEFICIARIS DE LA PRESTACIÓ 9

Article 14. CONDICIONS PER CAUSAR DRET A LA PRESTACIÓ 10

Article 15. SOL·LICITUD I ACREDITACIÓ DEL DRET A LA PRESTACIÓ 10

Article 16. COMPROVACIÓ I ACCEPTACIÓ DE LA PRESTACIÓ 11

Article 17. PAGAMENT DE LA PRESTACIÓ 11

DISPOSICIONS ADDICIONALS 13

DISPOSICIÓ TRANSITÒRIA 18

ANNEX DE QUOTES 19

RECÀRRECS PER FRACCIONAMENT 21

ARTICLE PRELIMINAR

1. NORMATIVA I CONTROL

Aquest Reglament conté les condicions de la Prestació VIDA TEMPORAL de la Mutualitat dels Enginyers MPS (en endavant, la Mutualitat), d'aplicació directa als mutualistes i subscriptors, i als assegurats i beneficiaris, les quals han de ser interpretades i aplicades de conformitat amb els Estatuts socials de la Mutualitat, la Llei 50/1980 de 8 d'octubre, de contracte d'assegurança; la Llei 20/2015, de 14 de juliol, d'ordenació, supervisió i solvència de les entitats asseguradores i reasseguradores, i la normativa reglamentària que la desenvolupa; per les Disposicions addicionals divuitena i dinovena de la Llei general de la seguretat social, text refós aprovat pel Reial decret legislatiu 8/2015, de 30 d'octubre; i altres disposicions legals i reglamentàries vigents en cada moment, reguladores de l'activitat asseguradora de previsió social.

L'autoritat de supervisió de l'activitat de la Mutualitat és la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions del Govern d'Espanya.

2. DEFINICIONS

- LA MUTUALITAT: és l'entitat asseguradora de previsió social que rep les quotes i assumeix la cobertura regulada en aquest Reglament.
- MUTUALISTA O SUBSCRIPTOR: és la persona física o jurídica que contracta la prestació amb les condicions, obligacions i drets que s'estableixen en aquest Reglament, als Estatuts de la Mutualitat i a la normativa vigent d'aplicació.
- ASSEGURAT: és la persona física exposada al risc o a l'esdeveniment relacionat amb la pròpia vida.
- BENEFICIARI: és la persona/es que rep la prestació corresponent, d'acord amb aquest Reglament. El beneficiari de la prestació pot ser el mateix subscriptor o un tercer designat pel subscriptor o, en el seu defecte, pel Reglament i la normativa.
- PRESTACIÓ: cobertura d'un determinat risc de previsió social/assegurador que, prèvia la seva subscripció (contracte) pel subscriptor, assumeix la Mutualitat mitjançant el pagament d'un import en forma de capital o de renda al beneficiari quan es produeix la contingència o risc cobert, d'acord amb les condicions reglamentàriament establertes.
- FET CAUSANT O SINISTRE: és la ocurrència del fet o risc objecte de la cobertura asseguradora que dóna dret a percebre la corresponent prestació d'acord amb les condicions i requisits reglamentàriament establerts.
- REGLAMENT: instrument jurídic creat per la Mutualitat d'acord amb els Estatuts socials de l'entitat, pel qual s'estableix i regula una determinada prestació o grup de prestacions, definint les seves condicions bàsiques, i al qual s'hi adhereix el subscriptor d'acord amb les

condicions particulars o específiques que constin en el Títol de Subscripció. Correspon a l'assemblea de mutualistes l'aprovació i modificació dels reglaments de prestacions. El Reglament d'aplicació serà el vigent en el moment de la declaració/comunicació del fet causant de la prestació a la Mutualitat.

- SUBSCRIPCIÓ DE PRESTACIÓ (política): correspon a la Mutualitat definir, aplicar i modificar en cada moment la política de previsió social i de subscripció de prestacions, podent agrupar-les en paquets o grups per a comercialitzar-les, i incloure-hi nous serveis i prestacions accessòries en els termes admesos per la legislació vigent. Així mateix, correspon a la Mutualitat establir el Sistema de Prestacions alternatives al Règim Especial de Treballadors Autònoms (RETA), de conformitat amb la normativa d'aplicació.

- INICI I EXTINCIÓ DE LA COBERTURA: la relació de protecció (cobertura) neix en la data que consti en el Títol de Subscripció a la prestació emès per la Mutualitat. La cobertura s'extingeix bé pel compliment de les condicions reglamentàriament establertes, bé per la renúncia o baixa de la persona inscrita.

- TÍTOL DE SUBSCRIPCIÓ: document emès per la Mutualitat que acredita al subscriptor l'alta en la/es cobertura/prestacions corresponents, amb identificació del subscriptor i assegurat i, en el cas, dels beneficiaris designats; la data d'efecte de la cobertura i la seva durada; les prestacions/imports assegurats; quotes inicials, recàrrecs i impostos, venciment de la primera i successives quotes i la seva forma de pagament; exclusions de la cobertura i altres circumstàncies específiques de la cobertura. El Títol de Subscripció s'ha de completar/interpretar d'acord amb l'establert en el corresponent Reglament, del qual forma part.

- CAUSA PREEXISTENT: fet o circumstància anterior a l'entrada en vigor de la cobertura i que incideix directament en el sinistre o fet causant de la prestació, ja sigui aquesta causa una malaltia o qualsevol altra circumstància, derivada o no de malaltia. La preexistència queda exclosa de la cobertura asseguradora, sens perjudici de la valoració del risc que faci la Mutualitat.

- MALALTIA: canvi més o menys greu en la salut degut a una alteració o desviació de l'estat fisiològic en una o diverses parts del cos, o per desordres emocionals/cognitius, per causes generalment conegudes, manifestades per símptomes i signes característics l'evolució dels quals és més o menys previsible.

- INVALIDESA PERMANENT I TOTAL: aquella situació en què es troba l'assegurat que pateix lesions o pèrdues anatòmiques, com a conseqüència d'accident o malaltia, que l'inhabiliten permanentment per a l'exercici de la professió o activitat laboral que tingui declarada a la Mutualitat.

- INVALIDESA PERMANENT I ABSOLUTA: aquella situació d'invalidesa definitiva i irreversible que incapacita a qui la pateix per a realitzar tota mena de treball o ofici, ja sigui laboral,

professional o empresarial. En qualsevol cas, serà considerada invalidesa permanent i absoluta:

1) La pèrdua completa de la visió binocular total i inguarible.

2) La pèrdua o la impotència funcional de les dues extremitats superiors, de les dues inferiors, o d'una superior i l'altra inferior.

- CÀNCER DE MAMA: presencia de tumor maligne caracteritzada per creixement i expansió incontrolats de cèl·lules malignes amb invasió i destrucció del teixit normal que no sigui conseqüència directa d'una metàstasis o càncer format en una altra part del cos.

  No es considera càncer de mama als efectes de la cobertura de la garantia complementària:

  a) Tumors que histològicament es descriuen com pre-malignes, com no invasors o com càncer in situ.

  b) Carcinoma de mama T1NOMO menor de 2 cm, de diàmetre.

  c) Qualsevol tumor detectat en un pacient afectat d'infecció per VIH.

  d) Qualsevol tumor conseqüència directa d'una metàstasi o un càncer format en una altra part del cos.

- ACCIDENT: fet o causa violenta, sobtada, externa i aliena a la voluntat de l'assegurat.

- PERÍODE DE CARÈNCIA: és el període de temps a partir de la data de subscripció d'una prestació, o de l'increment de la quantitat assegurada, durant el qual el beneficiari no té dret a la prestació.

- EDAT ACTUARIAL: l'edat a l'aniversari més proper, ja complert o per complir.

- GÈNERE: En aquest Reglament s'entén que les denominacions en gènere masculí referides a persones inclouen dones i homes, llevat que del context se'n dedueixi el contrari.

Article 1. NATURALESA DE LA PRESTACIÓ

1. Cobertura básica: consistent en l'abonament al beneficiari de l'import contractat en cas de defunció de l'assegurat.

2. Cobertura complementària addicional per a les altes posteriors a 1 de gener de 2013: en cas de diagnòstic de càncer de mama s'abonarà al beneficiari el 10% de l'import contractat per la cobertura de defunció de l'assegurat.

3. Cobertura opcional consistent en l'anticip al beneficiari del 100%, 75%, 50%, o 25% de l'import contractat per defunció en cas d'invalidesa permanent i total o d'invalidesa permanent i absoluta de l'assegurat.

El reconeixement de la situació d'invalidesa per un organisme oficial de la Seguretat Social no determinarà necessàriament la concessió d'aquesta prestació. Correspon a la Mutualitat en tot cas l'avaluació, qualificació i reconeixement de la invalidesa d'acord amb aquest Reglament.

Article 2. IMPORTS MÀXIMS I MÍNIMS I ACTUALITZACIÓ DE COBERTURES

La Mutualitat determina els imports de la Prestació mínim i màxim que es poden subscriure, podent ampliar-los o reduir-los.

Per mantenir i preservar el poder adquisitiu de les prestacions, la Mutualitat pot actualitzar anualment tots o alguns dels imports assegurats/subscrits tenint en consideració l'evolució l'índex de preus al consum (IPC), o aquells altres indicadors econòmics que s'estimin adequats, amb aplicació de les quotes que corresponguin a l'actualització acordada, sense que en cap cas tal actualització d'imports requereixi l'acceptació expressa del subscriptor o assegurat ni suposi nou control de subscripció ni cap modificació de les restants condicions de la cobertures subscrita. L'actualització no serà procedent quan hagi esdevingut el risc o contingència coberta.

Article 3. LÍMITS D'EDAT DE SUBSCRIPCIÓ I EXTINCIÓ DE LA COBERTURA

1. Poden ser assegurats en aquesta prestació les persones que hagin complert els 14 anys d'edat i no hagin complert els 67 anys. En els supòsits d'ampliació de l'import contractat l'edat màxima és de 66 anys. En les ampliacions s'aplicaran els mateixos criteris de selecció de riscos que en la subscripció inicial de la prestació.

2. La indicació inexacta de l'edat tindrà els efectes següents:

   a) La Mutualitat quedarà alliberada del compliment de la prestació quan aquella edat excedís de la indicada com a límit per a accedir a la prestació.

   b) Quan l'edat no excedís de l'esmentat límit, la Mutualitat reduirà la prestació en proporció a les quotes aplicades, en cas que aquestes quotes hagin estat inferiors a les que haguessin correspost o bé, restituirà a l'associat l'excés de la quota aplicada en cas que hagi resultat superior a la quota corresponent, sense interessos.

3. La cobertura de defunció s'extingirà per: a) la mort de l'assegurat; b) quan el pagament de l'import assegurat per invalidesa permanent (total o absoluta) sigui el mateix import assegurat per defunció; c) quan l'assegurat compleixi 80 anys, i d) en els altres supòsits previstos en aquest Reglament.

4. Les cobertures opcionals d'invalidesa permanent (total o absoluta) i la complementària per diagnòstic de càncer de mama s'extingiran quan l'assegurat compleixi 67 anys o pel reconeixement d'alguna d'aquestes prestacions.

5. El pagament en cas d'invalidesa permanent (total o absoluta) extingeix aquesta cobertura i redueix l'import assegurat per defunció en la mateixa quantia pagada, mantenint-se vigents la resta de garanties sense perjudici de l'estipulat en el punt 2 d'aquest article.

6. La cobertura de diagnòstic de càncer de mama s'extingeix amb el pagament de la prestació, mantenint-se vigents la resta de cobertures contractades.

Article 4. DURADA DE LA COBERTURA i OPOSICIÓ A LA SEVA PRÒRROGA

Durada. La durada d'aquesta cobertura és anual, prorrogable anualment per anys naturals, si bé el primer període de cobertura serà el comprès entre la data d'efecte de l'assegurança i el 31 de desembre del mateix any.

Oposició a la pròrroga. Cada part es pot oposar a la pròrroga de l'assegurança mitjançant una comunicació escrita a l'altra part. **Quan sigui el mutualista subscriptor** qui s'oposi a la pròrroga haurà d'efectuar la comunicació en el termini almenys **d'un mes d'anticipació** a la conclusió del període de cobertura en curs. Quan sigui la Mutualitat qui s'hi oposi, el termini mínim per a la comunicació serà de dos mesos.

Article 5. SUBSCRIPCIÓ

1. A més de complir les condicions estatutàriament establertes, l'interessat haurà de complimentar els requisits següents:

   a) El subscriptor ha de subscriure la pertinent sol•licitud d'inscripció/alta, rebent de la Mutualitat tota la informació prèvia relativa a la cobertura interessada, d'acord amb la normativa d'aplicació.

   b) L'assegurat ha de respondre i/o complimentar el(s) qüestionari(s) que li presenti la Mutualitat

   c) L'assegurat ha de sotmetre's als reconeixements mèdics o a qualsevol altra mesura o requeriment de selecció/avaluació de riscos que la Mutualitat estimi convenient realitzar, de conformitat amb l'article 6 dels Estatuts socials i la normativa d'aplicació.

   d) Quan el subscriptor no coincideixi amb l'assegurat caldrà l'autorització per escrit de l'assegurat, que també signarà de conformitat el Títol de Subscripció.

2. La Mutualitat podrà sol·licitar la informació complementària o addicional que consideri oportuna per tal de valorar millor qualsevol situació declarada, especialment al qüestionari de salut o detectada al reconeixement mèdic. Si el subscriptor o l'assegurat es negués a

facilitar l'esmentada informació, se li aplicaria l'exclusió, limitació o la sobreprima que correspongui al pitjor dels casos que es puguin donar sobre la situació declarada prèviament. L'exclusió o limitació establerta haurà de ser expressament acceptada pel subscriptor i/o assegurat. La no acceptació de l'exclusió, limitació o sobreprima per part del subscriptor i/o assegurat impedirà causar alta en la prestació.

3. Completats els requisits i les condicions establertes, la Mutualitat emetrà el corresponent Títol de Subscripció.

4. Les ampliacions de l'import contractat dins dels límits establerts seran tractades com una nova subscripció, emetent la Mutualitat els corresponents suplements del Títol de Subscripció. La no acceptació de les exclusions i/o limitacions, o sobreprimes, que s'estableixin impediran l'ampliació de la prestació.

5. En cas de reserva o inexactitud en la informació facilitada per a la subscripció de la prestació, la Mutualitat podrà resoldre la cobertura mitjançant declaració escrita dirigida al subscriptor en el termini d'un mes comptat des de que va tenir coneixement de la reserva o inexactitud, amb els altres efectes legalment previstos. Si el sinistre o fet causant es produeix abans que la Mutualitat hagi fet l'esmentada declaració la prestació es reduirà d'acord amb la normativa d'aplicació.

Article 6. COMUNICACIONS

1. El subscriptor o, si escau, els assegurats tenen l'obligació de comunicar a la Mutualitat els canvis de domicili i de domiciliació de pagament de rebuts.

2. Així mateix s'han de comunicar les circumstàncies que agreugin el risc i siguin d'una naturalesa que, si haguessin estat conegudes al moment de la subscripció, aquesta no s'hauria efectuat, o, en cas d'haver-se realitzat, s'hauria fet en condicions diferents. L'esmentada comunicació o l'incompliment d'aquesta obligació produiran els efectes previstos legalment.

3. El subscriptor o l'assegurat no té obligació de comunicar la variació de les circumstàncies relatives a l'estat de salut, que en cap cas seran considerades com a agreujament del risc.

Article 7. INDISPUTABILITAT

La reticència i/o inexactitud no dolosa en la declaració/informació facilitada pel subscriptor o assegurat que tinguin influència en l'estimació del risc (excepte en cas d'indicació inexacta de l'edat) no donaran dret a la Mutualitat a impugnar / resoldre la cobertura una vegada transcorregut un any des de la data d'entrada en vigor de la cobertura que consti en el Títol de Subscripció.

Article 8. EXCLUSIONS DE LA COBERTURA

No causarà dret una prestació quan aquesta sigui per alguna de les següents causes:

a) Conflictes armats, encara que no hagi precedit la declaració oficial de guerra.

b) Suïcidi (o conseqüència d'un intent de suïcidi) durant el primer any de cobertura/contracte.

c) La preexistència queda exclosa de la cobertura asseguradora, sens perjudici de la valoració del risc que faci la Mutualitat.

d) Per una causa no declarada en les eventuals ampliacions. En aquest cas l'exclusió afectarà exclusivament a les ampliacions subscrites.

e) Les conseqüències de qualsevol naturalesa derivades de la reacció o radiació nuclear o de la contaminació radioactiva, sense importar el seu origen.

f) Queden exclosos tots els riscs extraordinaris la cobertura dels quals correspongui al Consorci de Compensació d'Assegurances de conformitat amb la disposició addicional tercera d'aquest Reglament i en general els sinistres que per la seva magnitud i gravetat siguin qualificats pel Govern de l'Estat com a catàstrofe o calamitat nacional.

g) Derivada de la participació de l'assegurat en actes delictius, desafiaments o baralles, sempre que no hagi estat en defensa legítima o en temptativa de salvament de persones o béns.

h) Aquelles altres exclusions que s'estableixen en cada cas en el Títol de Subscriptor d'acord amb les circumstàncies declarades que afectin a la valoració del risc, les quals hauran de ser expressament acceptades pel subscriptor i assegurat de la cobertura.

En cas d'invalidesa permanent (total o absoluta), a més, no causarà dret una prestació que sigui per alguna de les següents causes:

a) Quan sigui derivada de la no-observança per part del malalt de les recomanacions o prescripcions facultatives a fi i efecte de solucionar la seva patologia o s'hagi perllongat la invalidesa o baixa laboral per culpa de l'assegurat.

b) Derivada directament o indirectament de drogoaddicció.

c) Derivada d'un estat psíquic que no es pugui demostrar mitjançant proves objectives.

A la cobertura de càncer de mama, a més, no causarà dret una prestació que sigui per alguna de les següents causes:

a) Les conseqüències de malaltia, teràpia, intervenció quirúrgica, tractament mèdic o accidents anteriors a l'entrada en vigor de la cobertura.

b) Malalties acompanyades d'una infecció HIV.

c) Les malalties o accidents originats pel consum excessiu d'alcohol.

d) Les persones que pateixin alcoholisme, toxicomania, epilèpsia o alienació mental.

Article 9. PERÍODE DE CARÈNCIA

S'estableix un període de carència de sis (6) mesos, llevat que la defunció o la invalidesa es produeixi com a conseqüència d'accident, supòsit en què no s'aplicarà cap període de carència, o se li exoneri -totalment o parcial- per ser substitució d'una altra assegurança anàloga, en aquest cas s'especificarà en el títol de subscripció.

Article 10. QUOTES

La quota anual es calcularà d'acord amb l'import contractat i l'edat actuarial (l'edat a l'aniversari més pròxim, ja complert o per complir) de l'assegurat a la data de subscripció i en cada renovació anual, segons l'Annex de quotes.

El pagament de les quotes finalitzarà el dia l'extinció de la cobertura, i altres supòsits previstos en aquest Reglament.

En Annex al Reglament consten les quotes vigents en el moment de la subscripció de la Prestació. Les quotes no comprenen els impostos i recàrrecs legalment aplicables. Les quotes inicials de la cobertura, i la seva forma de pagament, seran les que es determinin en el Títol de Subscripció.

Article 11. PAGAMENT DE QUOTES

1. El subscriptor de la prestació està obligat al pagament de les quotes, de conformitat amb allò que estableixen els Estatuts socials. L'obligació de pagament de les quotes neix en el moment de la data d'efecte de la cobertura que consti en el Títol de Subscripció, amb l'emissió del corresponent rebut. Excepte que la normativa d'aplicació estableixi una altra cosa, en cas que l'assegurat sigui persona diferent del subscriptor, aquesta obligació de pagament podrà ser assumida per l'assegurat i si així ho acorden i ho comuniquen a la Mutualitat els interessats, ostentant l'assegurat els drets i obligacions asseguradores inherents al pagador de les quotes.
2. El lloc de pagament i la periodicitat/fraccionament de les quotes (mensual/trimestral/semestral/anual) seran els previstos en el Títol de Subscripció. El subscriptor podrà canviar la forma de pagament de les quotes comunicant-ho per escrit dirigit a la Mutualitat.

Article 12. IMPAGAMENT DE QUOTES: SUSPENSIÓ I EXTINCIÓ DE LA COBERTURA

Si la primera quota o derrama no ha estat pagada al seu venciment per causa atribuïble al subscriptor de prestacions, la Mutualitat té dret a resoldre el contracte/cobertura o a exigir-ne

el pagament de la(es) quota(es) deguda(es). La Mutualitat queda deslliurada de les seves obligacions asseguradores si la quota no ha estat pagada abans es produeixi un sinistre.

En cas de manca de pagament d'una de les quotes següents (inclosos els fraccionaments de la quota anual), la prestació/cobertura subscrita queda en suspens un mes després del dia del venciment de la quota (o fracció de quota) impagada. Si la Mutualitat no reclama el pagament dins dels sis mesos següents al venciment de la quota s'entendrà que el contracte/cobertura queda extingida. En qualsevol cas, la Mutualitat, quan la cobertura estigui en suspens, només podrà exigir el pagament de la quota del període en curs. La cobertura tornarà a tenir efecte a les vint-i-quatre hores del dia que el subscriptor hagi pagat la quota(es) pendent(s). Els fets causants /sinistres produïts durant el període de suspensió de la cobertura no donaran dret a cap mena de prestació.

Article 13. BENEFICIARIS DE LA PRESTACIÓ

1. El subscriptor podrà designar beneficiari/s, o revocar/modificar la designació feta prèviament. La designació podrà fer-se en el moment de la subscripció de la prestació o en qualsevol moment posterior durant la vigència de la cobertura mitjançant escrit comunicat a la Mutualitat, o per testament.

   Excepte estipulació en contrari, la designació feta a més d'un beneficiari s'entendrà feta a parts iguals entre ells. En cas de designació genèrica, els beneficiaris es determinaran d'acord amb el que estableix la Llei.

   Si en el moment de produir-se la contingència i causar dret a la prestació no constés expressament designat cap beneficiari, o havent premort aquest a l'assegurat, es consideraran beneficiaris les persones que s'indiquen a continuació, segons l'ordre de prelació següent:

   a) Hereus testamentaris, inclosos els hereus forçosos, a parts iguals;

   b) Hereus legals, a parts iguals en l'ordre de prelació que determini la Llei, quedant exclòs l'Estat/Administracions públiques; i

   c) En defecte de les anteriors persones, serà beneficiària la Mutualitat. En aquest cas, la prestació passarà a formar part del patrimoni de l'entitat per a prestacions socials, en compliment de l'article 2.2 dels Estatuts de la Mutualitat.

   Si un beneficiari de la prestació ha estat el causant determinant del sinistre i sigui sancionat o condemnat per aquesta causa, no podrà cobrar la prestació la qual passarà als altres beneficiaris.

2. En les prestacions d'Invalidesa Permanent (Total o Absoluta) i càncer de mama: el beneficiari serà el propi assegurat, a no ser que el subscriptor hagi designat expressament una altra persona.

Article 14. CONDICIONS PER CAUSAR DRET A LA PRESTACIÓ

Són condicions necessàries per tenir dret a la prestació:

a) Que el subscriptor es trobi al corrent en el pagament de les quotes reglamentàries al moment de la mort de l'assegurat (producció del fet causant). La manca de pagament de les quotes té els efectes previstos a l'article 12 d'aquest Reglament.

b) Que l'assegurat hagi cobert el període mínim de carència establert a l'article 9 d'aquest Reglament.

Article 15. SOL·LICITUD I ACREDITACIÓ DEL DRET A LA PRESTACIÓ

Termini per sol·licitar la prestació: l'interessat/beneficiari haurà de comunicar el fet causant i presentar la sol·licitud de la prestació a la Mutualitat en el termini màxim de noranta (90) dies naturals des que s'hagués esdevingut o n'hagués tingut coneixement. Si no s'efectués l'esmentada comunicació en el termini establert es produiran els efectes previstos legalment.

Sol·licitud: La prestació s'ha de sol·licitar a la Mutualitat indicant/aportant les dades següents:

a) Dades personals, familiars i professionals de l'assegurat causant de la prestació.

b) Dades personals dels beneficiaris.

c) Forma de cobrament de la prestació, quan el beneficiari pugui optar entre diferents modalitats.

d) Data i signatura dels sol·licitants.

Documentació: amb la sol·licitud, per a acreditar el dret a la prestació l'interessat/beneficiari ha de presentar la següent documentació.

a) En cas de defunció: certificat literal de defunció de l'assegurat.

b) En cas d'invalidesa permanent (total o absoluta): informes mèdics acreditatius de la situació d'invalidesa de l'assegurat aportant tota la informació, documents públics/oficials i altres proves que a l'efecte estimin oportunes.

c) En cas de diagnòstic de càncer de mama: historial clínic complet de l'assegurat que inclogui diagnòstic del càncer de mama emès per un facultatiu i data de diagnòstic.

d) Acreditació de la condició de beneficiari/ss: cal aportar suficient documentació per al reconeixement del dret a la prestació (certificat de darreres voluntats i, si s'escau, últim testament, acte judicial o document notarial de declaració d'hereus, i fe de vida del beneficiari).

e) Comprovant acreditatiu d'haver efectuat la declaració/pagament de l'impost de successions i donacions, si escau.

f) Declaració de dades personals a efectes de practicar l'oportuna retenció a compte, si escau.

També s'hauran de presentar tots aquells documents que la Mutualitat consideri necessaris en cada cas per a acreditar el dret a la prestació. L'interessat haurà d'oferir tota classe d'informació sobre les circumstàncies del fet causant o esdeveniment que li sol·liciti La Mutualitat. És obligació del beneficiari o beneficiaris reflectir amb veracitat i exactitud dels fets i les seves circumstàncies en els comunicats i les declaracions que presenti a La Mutualitat. En cas d'incompliment d'aquesta obligació, la Mutualitat es podrà inhibir de pagar les prestacions dels sinistres corresponents, d'acord amb el que estableixi la normativa vigent.

Article 16. COMPROVACIÓ I ACCEPTACIÓ DE LA PRESTACIÓ

D'acord amb la documentació presentada la Mutualitat procedirà a acceptar la prestació corresponent, o a denegar-la, si s'escau. La denegació serà comunicada per la Mutualitat a l'interessat per escrit amb indicació de les causes, així com el caràcter subsanable o no de les mateixes.

Per a l'acreditació de la situació d'invalidesa o diagnòstic del càncer de mama, l'assegurat s'haurà de sotmetre als reconeixements del personal mèdic que assenyali la Mutualitat i, tant ell com els seus familiars, hauran de facilitar aquests reconeixements i els informes que els siguin sol·licitats. En la prestació del càncer de mama es considerarà data de sinistre aquella en que un facultatiu l'hagi diagnosticat per primer cop. Si l'assegurat, els seus familiars o qualsevol altra interessat s'oposessin a aquestes visites o comprovacions, això s'entendrà com a renúncia expressa al cobrament de la prestació. Malgrat això, en aquest cas l'assegurat podrà tornar a sol·licitar-la i s'entendrà, a tots els efectes, com una nova petició.

En cas que l'assegurat o interessat no es conformi per raons tècnico-mèdiques sobre l'avaluació de la invalidesa feta per la Mutualitat, es procedirà a una segona avaluació per dos facultatius, un nomenat per l'assegurat/interessat i l'altre per La Mutualitat. En cas de discrepància entre ells, intervindrà un tercer facultatiu que serà nomenat per totes dues parts de comú acord. Els facultatius hauran de practicar l'avaluació pericial atenent a allò disposat en aquest Reglament.

Cada part satisfarà els honoraris i les despeses del seu facultatiu i la meitat del tercer facultatiu.

Article 17. PAGAMENT DE LA PRESTACIÓ

Acceptat/reconegut el dret a la prestació, la Mutualitat abonarà la suma assegurada al beneficiari en la forma pactada en el termini màxim de quaranta dies des de l'acreditació del dret a la Prestació.

A petició del beneficiari, l'import acreditat es pot cobrar en un sol pagament, o bé de manera fraccionada en el temps, o es podrà substituir per una renda vitalícia o temporal que, d'acord

amb l'import establert i l'edat del beneficiari en el moment de produir-se el fet causant, es calcularà segons les condicions i tarifes que tingui la Mutualitat en vigor en aquell moment.

DISPOSICIONS ADDICIONALS

1. PROTECCIÓ DELS MUTUALISTES I ASSEGURATS

Els mutualistes, assegurats, beneficiaris o els seus drethavents poden adreçar voluntàriament les seves reclamacions de les qüestions derivades de l'aplicació dels reglaments de la Mutualitat a les següents instàncies, internes i externes:

- El **Servei d'Atenció al Mutualista** (SAM) establert per la Mutualitat, amb subjecció al Reglament que regeixi aquest organisme, que té per objecte atendre i resoldre les queixes i reclamacions dels mutualistes relacionades amb l'activitat asseguradora o de previsió de la Mutualitat, així com les que derivin de la normativa de transparència i protecció de la clientela i de les bones pràctiques i usos financers i asseguradors.

- El **Defensor del Mutualista** (DM) establert per la Mutualitat, amb subjecció al Reglament que regeixi aquest organisme, que té per objecte les queixes i reclamacions que es puguin presentar, relacionades amb l'activitat asseguradora o de previsió de la Mutualitat sempre que prèviament s'hagin plantejat al Servei d'Atenció al Mutualista i no siguin objecte d'algun procés administratiu, arbitral o judicial. La decisió del Defensor del Mutualista favorable al reclamant és vinculant per a la Mutualitat. El reclamant té la possibilitat d'acudir als procediments de conciliació i arbitratge establerts o d'interposar reclamació/demanda per la via judicial.

- Els **Servei de Reclamacions** que tingui establerts **l'òrgan administratiu de supervisió** de la Mutualitat, del qual s'informarà en les resolucions del SAM i/o DM.

- Altres mecanismes de solució de conflictes de caràcter voluntari:

    a) Arbitratge d'acord amb el text refós de la Llei General per a Defensa dels Consumidors i Usuaris (RD Legislatiu 1/2007, de 16 de novembre).

    b) A mediació d'acord amb la Llei 5/2012, de 6 de juliol, de mediació en assumptes civils i mercantils.

    c) Arbitratge en els casos previstos en la Llei 60/2003, de 23 de desembre, d'Arbitratge.

Jurisdicció competent i prescripció. L'interessat pot recórrer als tribunals de justícia, essent el jutge competent per entendre de les accions derivades de l'assegurança el del domicili de l'assegurat. Les accions que derivin del present reglament/contracte prescriuen en el termini dels cinc anys.

2. SERVEIS/PRODUCTES CONCERTATS

La Mutualitat pot complementar aquesta Prestació amb serveis i/o productes concertats amb tercers, ja siguin de caràcter assegurador o no. La Mutualitat pot deixar sense efecte els serveis/productes complementaris que tingui concertats, i modificar-los o substituir-los per

altres serveis/productes, aplicant, en el cas, la corresponent correcció de prima/quota del subscriptor. Els serveis/productes complementaris podran ser de caràcter obligatori o opcional pel subscriptor, segons ho determini la Mutualitat.

3. RESPONSABILITAT DELS MUTUALISTES

De conformitat amb els Estatuts socials de la Mutualitat, la responsabilitat dels mutualistes/subscriptors està limitada al pagament de les quotes i les derrames que s'estableixin d'acord amb els Estatuts i els reglaments vigents o pòlisses que, en cap cas, no excediran els límits que fixin les disposicions legals d'aplicació.

4. COBERTURA DELS RISCOS EXTRAORDINARIS PEL CONSORCI DE COMPENSACIÓ D'ASSEGURANCES

4.1. Clàusula d'indemnització pel Consorci de Compensació d'Assegurances de les pèrdues derivades d'esdeveniments extraordinaris en assegurances de persones

De conformitat amb l'establert en el text refós de l'Estatut legal del Consorci de Compensació d'Assegurances, aprovat pel Real Decret Legislatiu 7/2004, de 29 d'octubre, el prenedor d'un contracte d'assegurança del que obligatòriament han d'incorporar recàrrec a favor de l'esmentada entitat pública empresarial té la facultat de convenir la cobertura dels riscos extraordinaris amb qualsevol entitat asseguradora que reuneixi les condicions exigides per la legislació vigent.

Les indemnitzacions derivades de sinistres produïts per esdeveniments extraordinaris esdevinguts a Espanya o a l'estranger, quan l'assegurat tingui la seva residència habitual a Espanya, seran pagades pel Consorci de Compensació d'Assegurances quan el prenedor hagués satisfet els corresponents recàrrecs al seu favor i es produís alguna de les següents situacions:

a) Que el risc extraordinari cobert pel Consorci de Compensació d'Assegurances no estigui emparat per la pòlissa d'assegurança (o Reglament de prestacions) contractada amb l'entitat asseguradora.

b) Que, encara estant emparat per l'esmentada pòlissa d'assegurança (o Reglament de prestacions), les obligacions de l'entitat asseguradora no poguessin ser complertes per haver estat declarada judicialment en concurs o per estar subjecta a un procediment de liquidació intervinguda o assumida pel Consorci de Compensació d'Assegurances.

El Consorci de Compensació d'Assegurances ajustarà la seva actuació al que està disposat en l'esmentat Estatut legal, en la Llei 50/1980, de 8 d'octubre, de Contracte d'Assegurança, en el Reglament de l'assegurança de riscos extraordinaris, aprovat pel Real Decret 300/2004, de 20 de febrer, i en les disposicions complementàries.

4.1.1. Resum de les normes legals

4.1.1.1. Esdeveniments extraordinaris coberts

a) Els següents fenòmens de la naturalesa: terratrèmols i sismes submarins, inundacions extraordinàries -incloses les produïdes per embats de mar-, erupcions volcàniques, tempestat ciclònica atípica (incloent els vents extraordinaris de ratxes superiors a 120 km/h i els tornados) i caigudes de cossos sidederals i aeròlits.

b) Els ocasionats violentament com a conseqüència de terrorisme, rebel·lió, sedició, motí i avalot popular.

c) Fets o actuacions de les Forces Armades o de les Forces i Cossos de Seguretat en temps de pau.

Els fenòmens atmosfèrics i sísmics, d'erupcions volcàniques i la caiguda de cossos siderals es certificaran a instància del Consorci de Compensació d'Assegurances, mitjançant informes expedits per l'Agència Estatal de Meteorologia (AEMET), l'Institut Geogràfic Nacional i els altres organismes públics competents en la matèria. En els casos d'esdeveniments de caràcter polític o social, així com en el supòsit de danys produïts per fets o actuacions de les Forces Armades o de les Forces o Cossos de Seguretat en temps de pau, el Consorci de Compensació d'Assegurances podrà demanar dels òrgans jurisdiccionals i administratius competents informació sobre els fets esdevinguts.

4.1.1.2. Riscos exclosos

a) Els que no donin lloc a indemnització segons la Llei de Contracte d'Assegurança.

b) Els ocasionats en assegurats per contracte d'assegurança diferent a aquells en què és obligatori el recàrrec a favor del Consorci de Compensació d'Assegurances.

c) Els produïts per conflictes armats, encara que no hagi precedit la declaració oficial de guerra.

d) Els derivats de l'energia nuclear, sense perjudici de l'establert en la Llei 11/2011, de 27 de maig, sobre responsabilitat civil per danys nuclears o produïts per materials radioactius.

e) Els produïts per fenòmens de la naturalesa diferents als assenyalats a l'apartat 1.a) anterior i en particular, els produïts per l'elevació del nivell freàtic, moviment de vessants, esllavissades o assentament de terrenys, despreniment de roques i fenòmens similars, tret que aquests hagin estat ocasionats manifestament per l'acció de l'aigua de pluja que, a la vegada, hagués provocat a la zona una situació d'inundació extraordinària i es produïssin amb caràcter simultani a l'esmentada inundació.

f) Els causats per actuacions tumultuoses produïdes en el curs de reunions i manifestacions dutes a terme conforme al que disposa la Llei Orgànica 9/1983, de 15 de juliol, reguladora del dret de reunió, així com durant el transcurs de vagues legals, excepte que les esmentades actuacions poguessin ser qualificades com esdeveniments extraordinaris dels assenyalats a l'apartat 1.a) anterior.

g) Els causats per mala fe de l'assegurat.

h) Els corresponents a sinistres produïts abans del pagament de la primera prima o quan, de conformitat amb l'establert en la Llei de Contracte d'Assegurança, la cobertura del Consorci de Compensació d'Assegurances es trobi suspesa o l'assegurança quedi extingida per falta de pagament de les primes.

i) Els sinistres que per la seva magnitud i gravetat siguin qualificats pel govern de l'Estat com de catàstrofe o calamitat nacional.

4.1.1.3. Extensió de la cobertura

1. La cobertura dels riscos extraordinaris arribarà a les mateixes persones i a les mateixes sumes assegurades que s'hagin establert a les pòlisses (o reglaments de prestacions) a efectes dels riscs ordinaris.

2. En les pòlisses d'assegurança (o reglaments de prestacions) de vida que, d'acord amb el que està previst en el contracte, i de conformitat amb la normativa reguladora de les assegurances privades, generin provisió matemàtica, la cobertura del Consorci es referirà al capital en risc per a cada assegurat, és a dir, a la diferència entre la suma assegurada i la provisió matemàtica que l'entitat asseguradora que l'hagués emès hagi de tenir constituïda. L'import corresponent a la citada provisió matemàtica serà satisfet per l'esmentada entitat asseguradora.

4.2. Comunicació de danys al Consorci de Compensació d'Assegurances

1 La sol·licitud d'indemnització de danys la cobertura de la qual correspongui al Consorci de Compensació d'Assegurances, s'efectuarà mitjançant comunicació al mateix pel prenedor de l'assegurança, l'assegurat o beneficiari de la pòlissa o per qui actuï per compte i nom dels anteriors, o per l'entitat asseguradora o el mediador d'assegurances per quina intervenció s'hagués gestionat l'assegurança.

2 La comunicació dels danys i l'obtenció de qualsevol informació relativa al procediment i a l'estat de tramitació dels sinistres podrà realitzar-se:

- Mitjançant trucada al Centre d'Atenció Telefònica del *Consorci de Compensació d'Assegurances* (900 222 665 o 952 367 042).

- Mitjançant la pàgina web del Consorci de Compensació d'Assegurances (www.consorseguros.es).

3 Valoració dels danys: la valoració dels danys que resultin indemnitzables d'acord a la legislació d'assegurances i al contingut de la pòlissa d'assegurança es realitzarà pel Consorci de Compensació d'Assegurances, sense que aquest quedi vinculat per les valoracions que, en el seu cas, hagués realitzat l'entitat asseguradora que cobrís els riscos ordinaris.

4 Abonament de la indemnització: el Consorci de Compensació d'Assegurances realitzarà el pagament de la indemnització al beneficiari de l'assegurança mitjançant transferència bancària.

DISPOSICIÓ TRANSITÒRIA

(aprovada per la junta rectora el 29.11.2012 i revisada el 25.3.2021).

Els assegurats que a 21.12.2012 tinguin subscrits imports de les garanties de defunció i d'invalidesa permanent absoluta (IPA), per aquests imports pagaran, les quotes especials previstes a l'Annex de quotes 4 i 5, respectivament.

ANNEX DE QUOTES

1. Les quotes anuals per cada 10.000 euros de la garantia de Defunció són:

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. Les quotes anuals per cada 10.000 euros de la garantia d'Invalidesa Permanent i Absoluta són:

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. Les quotes anuals per cada 10.000 euros de la garantia d'Invalidesa Permanent i Total són:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
15	1,12
16	1,12
17	1,12
18	1,12
19	1,24
20	1,40
21	1,53
22	1,73
23	1,92
24	2,13
25	2,39
26	2,63
27	2,95

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
28	3,28
29	3,65
30	4,06
31	4,53
32	5,04
33	5,62
34	6,26
35	6,96
36	7,76
37	8,62
38	9,61
39	10,71
40	11,90

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
41	13,26
42	14,76
43	16,43
44	18,30
45	20,35
46	22,67
47	25,24
48	28,10
49	31,29
50	34,83
51	38,77
52	43,17
53	48,07

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
54	53,53
55	59,58
56	66,33
57	73,85
58	82,22
59	91,52
60	101,90
61	113,44
62	126,30
63	140,64
64	156,58
65	174,33
66	194,09

4. Per a aquells assegurats que a 21.12.2012, tinguessin subscrits imports de la garantia de Defunció es mantindrà una quota mensual especial per aquests imports, que serà:

EDAT	QUOTA ANUAL(€)	
	HOMES	DONES
15	15,33	2,87
16	15,50	3,22
17	15,55	3,33
18	15,49	3,30
19	15,33	3,21
20	15,06	3,17
21	14,66	3,27
22	14,22	3,70
23	13,83	3,80
24	13,48	4,09
25	13,19	4,39
26	12,94	4,68
27	12,76	4,98
28	12,65	5,29
29	12,60	5,61
30	12,62	5,95
31	12,73	6,31
32	12,92	6,68

EDAT	QUOTA ANUAL(€)	
	HOMES	DONES
33	13,20	7,08
34	13,57	7,51
35	14,04	7,96
36	14,62	8,44
37	15,30	8,95
38	16,12	9,48
39	17,06	10,01
40	18,16	10,54
41	19,41	11,06
42	20,83	11,57
43	22,44	12,06
44	24,26	12,57
45	26,33	13,13
46	28,70	13,79
47	31,40	14,59
48	34,47	15,56
49	37,94	16,76
50	41,86	18,20

EDAT	QUOTA ANUAL(€)	
	HOMES	DONES
51	46,25	19,94
52	51,15	22,00
53	56,60	24,34
54	62,63	26,91
55	69,26	29,66
56	76,51	32,55
57	84,40	35,52
58	92,97	38,42
59	102,24	41,51
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
67	217,04	88,88
68	242,88	103,20

EDAT	QUOTA ANUAL(€)	
	HOMES	DONES
69	272,12	119,80
70	304,75	138,73
71	340,79	160,03
72	380,22	183,76

EDAT	QUOTA ANUAL(€)	
	HOMES	DONES
73	423,05	209,95
74	469,28	238,66
75	518,91	269,93
76	571,93	303,80

EDAT	QUOTA ANUAL(€)	
	HOMES	DONES
77	628,35	340,33
78	688,17	379,55
79	751,39	421,53

5. Per a aquells assegurats que a 21.12.2012, tinguessin subscrits imports de la garantia d'Invalidesa Permanent i Absoluta es mantindrà una quota anual especial per aquests imports, que serà, per cada 10.000 euros:

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

RECÀRRECS PER FRACCIONAMENT

Les taules de quotes reflecteixen la quota total que cal pagar anualment, sense incloure impostos. Es podrà triar una periodicitat de pagament de quotes diferent a l'anual, amb els recàrrecs següents sobre la quota anual, depenent de la periodicitat establerta:

FRACCIONAMENT	RECÀRREC
Mensual	2,041%
Trimestral	1,530%
Semestral	1,020%