



REGLAMENTO DE LA PRESTACIÓN DE VIDA TEMPORAL

Abril 2018



Mutualitat de Previsió Social del Col·legi Oficial
d'Enginyers Industrials de Catalunya a prima fixa

Este Reglamento ha sido aprobado por la junta rectora el 26/04/2018.

Mutualidad de Previsión Social del Colegio Oficial de Ingenieros Industriales de Cataluña a prima fija

Inscrita en el Registro de Mutualidades de Previsión Social de Cataluña con el núm. 0099

Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, hoja 18, volumen 25.405, hoja núm. B-87.907, Inscripción 1a.

NIF V08.430191

REGLAMENTO DE LA PRESTACIÓN DE VIDA TEMPORAL

ARTÍCULO PRELIMINAR

1. Normativa y control

Este Reglamento contiene las condiciones de la prestación de VIDA TEMPORAL de la Mutualidad de Previsión Social del Colegio Oficial de Ingenieros Industriales de Cataluña a prima fija (en adelante, La Mutua), de aplicación directa a los mutualistas/suscriptores y a los asegurados y beneficiarios, el cual debe ser interpretado y aplicado de conformidad con los Estatutos sociales de La Mutua; la Ley 10/2003, de 13 de junio, de Mutualidades de Previsión Social; 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; la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en lo que resulte de aplicación, y demás disposiciones legales y reglamentarias vigentes en cada momento, reguladoras de la actividad aseguradora de previsión social.

Las autoridades de control de la actividad de La Mutua son la Dirección General de Política Financiera, Seguros y Tesoro de la Generalitat de Cataluña, y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Gobierno de España.

2. Definiciones

- **MUTUA:** Es la entidad aseguradora de previsión social que recibe las cuotas y asume la cobertura regulada en este 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 Mutua y en la normativa vigente de aplicación.
- **ASEGURADO:** Es la persona física expuesta al riesgo o evento relacionado con la propia vida.
- **BENEFICIARIO:** Es la persona/s que recibe la prestación correspondiente, de acuerdo a este Reglamento. El beneficiario de la prestación puede ser el propio mutualista/suscriptor, el asegurado o un tercer designado por el mutualista/suscriptor o, en su defecto, por el Reglamento y la normativa.
- **PRESTACIÓN:** Cobertura de un determinado riesgo de previsión social/asegurador que, previa su suscripción (contrato) por el mutualista/suscriptor, asume la Mutua mediante el pago de un importe en forma de capital o renta al beneficiario cuando se produzca la contingencia o riesgo cubierto, de acuerdo a las condiciones reglamentarias 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 a las condiciones y requisitos reglamentariamente establecidos.
- **REGLAMENTO:** Instrumento jurídico creado por la Mutua de acuerdo con los Estatutos sociales de la entidad, por el que 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 indicadas en el Título de Suscripción. Corresponde a la junta rectora la aprobación y modificación de los reglamentos de prestaciones. El reglamento de aplicación en el momento de causar derecho a la prestación será el vigente en aquel momento.

- **SUSCRIPCIÓN DE PRESTACIÓN (política)** – Corresponde a la Mutua definir, aplicar y modificar en cada momento la política de previsión social y de suscripción de prestaciones, pudiéndose agrupar en paquetes o grupos para comercializarlas, incluyendo nuevos servicios y prestaciones accesorias en los términos admitidos por la legislación vigente. Asimismo, corresponde a la Mutua establecer el Sistema de Prestaciones alternativas al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), conforme a la normativa de aplicación.
- **INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA:** La relación de protección (cobertura) nace en la fecha que conste en el Título de Suscripción a la Prestación emitido por la Mutua. La cobertura se extingue por el cumplimiento de las condiciones reglamentariamente establecidas o por la renuncia o baja de la persona inscrita.
- **TÍTULO DE SUSCRIPCIÓN:** Documento emitido por la Mutua que acredita al mutualista/suscriptor el alta en la cobertura o prestaciones correspondientes, con identificación del mutualista/suscriptor y asegurados y, en el caso de los beneficiarios designados; cuotas iniciales, recargos e impuestos, vencimiento de la primera y sucesivas cuotas y su forma de pago; exclusiones de la cobertura y demás circunstancias específicas de la cobertura. El Título de Suscripción debe completarse e interpretarse de acuerdo con lo establecido en el REGLAMENTO, del cual forma parte.
- **CAUSA PREEXISTENTE:** Hecho o circunstancia anterior a la entrada en vigor de la cobertura que incide directamente en el siniestro o hecho causante de la prestación, ya sea una enfermedad o cualquier otra causa (derivada, o no, de una enfermedad).
- **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, que se manifiestan en síntomas y signos característicos, de los que la evolución es más o menos previsible.
- **INVALIDEZ PERMANENTE Y ABSOLUTA:** Aquella situación de invalidez definitiva e irreversible que incapacita a quien la sufre para realizar todo tipo de trabajo u oficio, ya sea laboral, profesional o empresarial. En cualquier caso, se considerará 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, las dos inferiores, o una superior i otra inferior.
- **CÁNCER DE MAMA:** presencia de un tumor maligno, caracterizada por el crecimiento y expansión incontrolados de células malignas que invaden y destruyen el tejido normal, que no sea consecuencia directa de una metástasis o cáncer ocasionado en otras partes del cuerpo.

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

- a) Tumores que histológicamente se describen como pre-malignos, 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 cáncer formado en otra parte del cuerpo.
- ACCIDENTE: Hecho o causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del asegurado.
 - PERÍODO DE CARENIA: Es el período 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 correspondiente al aniversario más cercano, cumplido o por cumplir.

Artículo 1 NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN

Consiste en el pago del importe contratado en caso de defunción del asegurado. Complementariamente, en caso de invalidez permanente y absoluta del asegurado, se anticipará el importe contratado.

Complementariamente y con carácter adicional, para las altas posteriores al 1 de enero de 2013, en casos de diagnóstico de cáncer de mama, se abonará el 10% del importe asegurado en caso de invalidez permanente y absoluta del asegurado.

El reconocimiento de la situación de invalidez por un organismo oficial de la Seguridad Social no determinará la concesión de esta prestación.

Artículo 2 IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS

La Mutua determina los importes de la Prestación mínimo y máximo que se pueden suscribir, pudiendo ampliarlos o reducirlos.

Para mantener y preservar el poder adquisitivo de las prestaciones, la Mutua puede actualizar anualmente todos o algunos de los importes asegurados/suscritos, teniendo en consideración la evolución del índice de precios al consumo (IPC) u otros indicadores económicos, con aplicación de las cuotas que correspondan a la actualización acordada, sin que esta actualización de importes requiera la aceptación expresa del mutualista/suscriptor o asegurado ni suponga un nuevo control de suscripción o alguna modificación de las resto de condiciones de la cobertura suscrita. La actualización no será procedente cuando se haya producido el riesgo o contingencia cubierta.

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

- 1.- Pueden ser asegurados en esta Prestación las personas que hayan cumplido 14 años y no hayan cumplido los 65 años. En los supuestos de ampliación del importe contratado, la edad máxima es de 64 años. En las ampliaciones se aplicarán los mismos criterios de selección de riesgos que en la suscripción inicial de la prestación. Pudiendo ser igualmente asegurados en esta prestación los asegurados de la prestación Vida Basic que lleguen al fin de cobertura, con el mismo importe asegurado y condiciones de suscripción.
- 2.- La cobertura de defunción se extinguirá por la muerte del asegurado, por el pago del importe asegurado por invalidez absoluta y permanente, cuando el asegurado cumpla 80 años y en los demás supuestos previstos en este reglamento. Las coberturas complementarias por invalidez y cáncer de mamá se extinguirán cuando el asegurado cumpla 65 años o por el reconocimiento



de alguna de estas coberturas; el pago en caso de cáncer de mamá extingue esta garantía pero mantendrá vigentes otras.

3.- La indicación inexacta de la edad tendrá los siguientes efectos:

- a) La Mutua quedará libre del cumplimiento de la prestación cuando esa edad exceda de la indicada como límite para acceder a la prestación.
- b) Cuando la edad no exceda del límite mencionado, la Mutua reducirá la prestación en proporción a las cuotas aplicadas, en caso de que estas cuotas hayan sido inferiores a las que hubieran correspondido, o restituirá el exceso asociado de la cuota aplicada en caso de que sea superior a la cuota correspondiente, sin intereses.

Artículo 4 DURACIÓN DE LA COBERTURA Y OPOSICIÓN A SU PRÓRROGA

La duración de esta cobertura es anual, prorrogable anualmente, de acuerdo con lo establecido en la Ley de contrato del seguro. Cada parte se puede oponer a la prórroga del Seguro mediante comunicación escrita a la otra parte. **Cuando sea el mutualista/suscriptor quien se oponga a la prórroga deberá efectuar la comunicación en el plazo de, al menos, un mes antes de la conclusión del período de cobertura en curso.** Cuando sea la Mutua quien se oponga, el plazo mínimo para la comunicación será de dos meses.

Artículo 5 SUSCRIPCIÓN


1.- Además de cumplir las condiciones establecidas en los Estatutos, el interesado deberá cumplimentar los siguientes requisitos:

- a) El mutualista/suscriptor debe suscribir la pertinente solicitud de alta, recibiendo por parte de la Mutua toda la información previa relativa a la cobertura, de acuerdo con la normativa de aplicación.
- b) El asegurado tiene que responder y/o cumplimentar el/los cuestionario/s que le presente la Mutua
- c) El asegurado debe someterse a los reconocimientos médicos o a cualquier otra medida o requerimiento de selección/evaluación de riesgos que la Mutua considere oportuno, conforme al artículo 6 de los Estatutos sociales y a la normativa de aplicación.
- d) Cuando el mutualista/suscriptor no coincida con el asegurado, se requerirá la autorización por escrito del asegurado, que también firmará el Título de Suscripción, mostrando su conformidad.

2.- La Mutua podrá solicitar la información complementaria o adicional que considere con el fin de valorar mejor cualquier situación declarada o detectada en el reconocimiento médico. Si el mutualista/suscriptor o el asegurado se negaran a facilitar la información mencionada, se les aplicaría la exclusión, limitación o la sobreprima que corresponda al peor de los casos que se pueda dar sobre la situación declarada con anterioridad. La exclusión o limitación establecida deberá ser aceptada por el mutualista/suscriptor y/o asegurado. La no aceptación de la exclusión, limitación o sobreprima por parte del mutualista/suscriptor y/o asegurado impedirá causar alta en la prestación.

3.- Completados los requisitos y las condiciones establecidas, la Mutua emitirá el correspondiente Título de Suscripción.

4.- Las ampliaciones del importe contratado dentro de los límites establecidos serán tratadas como una nueva suscripción, emitiéndose por parte de la Mutua los correspondientes suplementos del



Título de Suscripción. La no aceptación de las exclusiones y/o limitaciones o sobreprimas que se establezcan impedirán la ampliación de la prestación.

5.-En caso de reserva o inexactitud en la información facilitada por la suscripción de la prestación, la MUTUA podrá resolver la cobertura mediante declaración escrita dirigida al mutualista/suscriptor en el plazo de un mes, contado desde que se 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 Mutua haya realizado la declaración mencionada, la prestación se reducirá de acuerdo con la normativa de aplicación

Artículo 6 COMUNICACIONES

1 -El mutualista/suscriptor o, si procede, los asegurados tienen la obligación de comunicar a la Mutua los cambios de domicilio y domiciliación del cobro de recibos.

2.-Asimismo, deben comunicarse las circunstancias que agraven el riesgo y sean de una naturaleza que, si hubieran sido reconocidas en el momento de la suscripción, esta no se habría efectuado, o, en caso de haberse realizado, se habría hecho en condiciones diferentes. La comunicación o el incumplimiento de esta obligación producirán los efectos legalmente previstos.

3.- El mutualista/suscriptor o el asegurado no tiene obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud, que en ningún caso se considerarán una agravación del riesgo.

Artículo 7 INDISPUTABILIDAD

La reticencia y/o inexactitud no dolosa en la declaración/información facilitada por el mutualista/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 Mutua a impugnar/resolver la cobertura una vez transcurrido un 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 causará derecho a una prestación cuando la muerte sea por alguna de las siguientes causas:

- a) **Conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.**
- b) **La muerte por suicidio (o consecuencia de un intento de suicidio) durante el primer año de cobertura/contrato.**
- c) **Muerte derivada de una causa preexistente y no declarada en el momento de la contratación/suscripción.**
- d) **Por una 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 radioactiva, independientemente de su origen.**
- f) **Quedan excluidos todos los riesgos extraordinarios la cobertura de los cuales 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 que no haya sido en legítima defensa o en tentativa de socorro de personas o bienes.**
- h) **Aquellas otras exclusiones que se establezcan en cada caso en el Título de Suscriptor, de acuerdo con las circunstancias declaradas que afecten a la valoración del riesgo, las cuales deberán ser expresamente aceptadas por el mutualista/suscriptor y asegurado de la cobertura.**

En caso de invalidez permanente y absoluta, además, no causará derecho a una prestación ninguna de estas causas:

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

En la cobertura de cáncer de mama, además, no causará derecho a una prestación ninguna de estas causas:

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

Artículo 9 PERÍODO DE CARENCIA

Se establece un período de carencia de seis (6) meses, salvo que la defunción se produzca como consecuencia de un accidente, supuesto en el que no se aplicará ningún periodo de carencia, o se le exonere- totalmente o parcial- por ser sustitución de otro seguro análogo, en este 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 durante el aniversario más próximo, ya cumplido o por cumplir) del asegurado en fecha de la suscripción y en cada renovación anual, según el Anexo de cuotas.

El pago de las cuotas finalizará el día de la extinción de la cobertura y demás 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 especifican en el Título de Suscripción.

Artículo 11 PAGO DE CUOTAS

1.- El mutualista/suscriptor de la prestación está obligado al pago de las cuotas, conforme a lo establecido en los Estatutos sociales. La obligación de pago de las cuotas nace en el momento de la fecha de efecto de la cobertura que conste en el Título de Suscripción, con la emisión del recibo



correspondiente. Excepto que la normativa de aplicación establezca otra cosa, en caso de que el asegurado sea una persona diferente del mutualista/suscriptor, esta obligación de pago podrá ser asumida por el asegurado y deberá ser comunicada a la mutua, ostentando el asegurado los derechos y obligaciones inherentes al pagador de las cuotas.

2.- El lugar de pago y la periodicidad/fraccionamiento de las cuotas (mensual/trimestral/semestral/anual) se previenen en el Título de Suscripción. El mutualista/suscriptor podrá cambiar la forma de pago de las cuotas comunicándolo por escrito y dirigiéndose a la Mutua.

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

Si la primera cuota o derrama no ha sido pagada en fecha de su vencimiento por causa atribuible al mutualista/suscriptor de prestaciones, la Mutua tiene derecho a resolver el contrato/cobertura o a exigir el pago de la(s) cuota(s) debida(s). La Mutua queda libre de sus obligaciones aseguradoras si la cuota no ha sido pagada antes de que se produzca un siniestro.

En caso de impago de una de las cuotas siguientes (incluidos los fraccionamientos de la cuota anual), la prestación/cobertura suscrita queda suspendida un mes después del día del vencimiento de la cuota (o fracción de cuota) impagada. Si la Mutua no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la cuota, se entenderá que el contrato/cobertura queda extinguido. En cualquier caso, cuando la cobertura esté en suspenso, la Mutua solo puede exigir el pago de la cuota del período en curso. La cobertura volverá a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el mutualista/suscriptor haya pagado la(s) cuota(s) pendiente(s). Los hechos causantes o siniestros producidos durante el período de suspensión de la cobertura no darán derecho a ningún tipo de prestación.

Artículo 13 BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN

1.- El mutualista/suscriptor podrá designar beneficiario o beneficiarios, o revocar/modificar la designación realizada 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 Mutua o por testamento.

Excepto estipulación en contra, la designación para más de un beneficiario se entenderá como realizada a partes iguales entre ellos. En caso de designación genérica a los hijos o herederos, los beneficiarios se determinarán de acuerdo con lo que establezca la Ley.

Si en el momento de producirse la contingencia y causar derecho a la prestación no constase expresamente designado ningún beneficiario, o habiendo muerto este antes que el asegurado, se considerarán beneficiarias las personas que se indican a continuación, según su relación con el asegurado y en este orden de prelación:

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

Si un beneficiario de la prestación ha sido el causante determinante del siniestro y se le sanciona o condena por esta causa, no podrá cobrar la prestación, la cual pasará a los otros beneficiarios (de acuerdo con el artículo 9 del reglamento general de prestaciones).

- 2.- En las prestaciones de invalidez absoluta y cáncer de mama: el beneficiario será el propio asegurado, a no ser que el mutualista/suscriptor haya designado expresamente a otra persona.

Artículo 14 CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN

Son condiciones necesarias para tener derecho a la prestación:

- a) Que el mutualista/suscriptor esté al corriente en el pago de las cuotas reglamentarias en el momento de la producción del hecho causante. El impago de las cuotas tiene los efectos previstos en el artículo 12 de este Reglamento.
- b) Que el asegurado haya cubierto el período 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/beneficiario debe comunicar la muerte del asegurado y presentar la solicitud de la prestación a la Mutua en un plazo máximo de noventa (90) días naturales desde el momento de la defunción o desde que tuviera conocimiento de la misma. Si no se comunica dentro del período establecido, se producirán los efectos legalmente previstos.

Solicitud: La prestación se debe solicitar a la Mutua indicando/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 diferentes modalidades.
- d) Fecha y firma de los solicitantes.

Documentación: con la solicitud, para acreditar el derecho a la prestación el interesado/beneficiario ha de presentar la siguiente documentación.

- a) En caso de defunción: certificado literal de defunción del asegurado.
- b) En caso de invalidez: informes médicos acreditativos de la situación de invalidez del asegurado aportando toda la información, documentos públicos/oficiales y demás pruebas que al efecto estimen oportunas.
- c) En caso 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, si procede, último testamento, acto judicial o documento notarial de declaración de herederos y fe de vida del beneficiario).
- e) Comprobante acreditativo de haber efectuado la declaración/pago del impuesto de sucesiones y donaciones, si procede.

- 
- f) Declaración de datos personales a efectos de practicar la oportuna retención en cuenta, si procede.

También deberán presentarse los documentos que la Mutua 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 acontecimiento que solicite la Mutua. Es obligación del beneficiario o beneficiarios reflejar con veracidad y exactitud los hechos y sus circunstancias en los comunicados y las declaraciones que presente la Mutua. En caso de incumplir esta obligación, la Mutua se podrá inhibir de pagar prestaciones de los siniestros correspondientes, de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente.

Artículo 16 COMPROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN

De acuerdo con documentación presentada, la Mutua procederá, en un plazo máximo de cuarenta días, al pago de la prestación correspondiente, o a denegarla si procede. La denegación será comunicada por la Mutua 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 de los médicos que indique la Mutua y, tanto él como sus familiares, deberán facilitar estos reconocimientos e informes que se les sean solicitados. En la prestación del cáncer de mama se considerará fecha de siniestro aquella en que un facultativo le haya diagnosticado por primera vez. Si el asegurado, sus familiares o cualquier otra persona interesada se opusieran a estas visitas o comprobaciones, se entendería como renuncia expresa al cobro de la prestación. Pese a todo, en este caso el asegurado podrá volver a solicitarla y se entenderá, a todos los efectos, como una nueva petición.

En caso de que el asegurado o interesado no se conforme por razones técnico-médicas sobre la evaluación de la invalidez realizada por la Mutua, se procederá a una segunda evaluación por dos facultativos, uno nombrado por el asegurado/interesado y el otro por la Mutua. En caso de discrepancia entre ellos, intervendrá un tercer facultativo que será nombrado por las dos partes mediante un acuerdo. Los facultativos deberán practicar la evaluación pericial atendiendo a lo que dispone este Reglamento.

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

Artículo 17 PAGO DE LA PRESTACIÓN

Aceptado/reconocido el derecho a la prestación, la Mutua abonará la suma asegurada al beneficiario en la forma pactada en el término máximo de cuarenta días desde la acreditación del derecho a la Prestación.

A petición del beneficiario, el importe acreditado se puede cobrar en un único pago o de manera fraccionada en el tiempo, sustituyéndose 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 vigentes de la Mutua en ese momento.

Si en el término de los tres meses siguientes a la muerte del asegurado la Mutua no hubiera pagado el importe contratado/suscrito por causa no justificada y que le fuera imputable, la prestación experimentará los incrementos previstos legalmente.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera **PROTECCIÓN DE LOS MUTUALISTAS Y ASEGURADOS**

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

- El **Servicio de Atención al Mutualista (SAM)** establecido por la Mutua, sujeto al reglamento que rige 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 Mutua, así como las que deriven de la normativa de transparencia y protección de los clientes y de las buenas prácticas y usos financieros y aseguradores.
- El **defensor del mutualista (DM)** establecido por la Mutua, sujeto al reglamento que rige este organismo, que tiene por objetivo gestionar las quejas y reclamaciones que se presenten, relacionadas con la actividad aseguradora o de previsión de la Mutua, siempre que se hayan planteado previamente 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 Mutua. El reclamante tiene la posibilidad de acudir a los procedimientos de conciliación y arbitraje establecidos o de interponer reclamación/demanda por vía judicial.
- El **Servicio de Reclamaciones** que tenga establecido el órgano administrativo de supervisión de la Mutua, del cual se informará en las resoluciones del SAM y/o DM.
- Los **organismos de conciliación y arbitraje** que hayan organizado la Federación de Mutualidades de Cataluña, una vez agotado el trámite del defensor del mutualista, con sujeción a los preceptos reglamentarios que rigen los organismos mencionados.
- Otros mecanismos de solución de conflictos de carácter voluntario:
 - a) Arbitraje de acuerdo con el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (RD Legislativo 1/2007, de 15 de noviembre).
 - b) A 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 puede recurrir a los tribunales de justicia, siendo el juez del domicilio del asegurado quien tiene competencia para entender las acciones derivadas del seguro. Las acciones que deriven del presente reglamento/contrato prescriben en un plazo de cinco años.

Segunda **GARANTÍAS CONCERTADAS**

La Mutua podrá complementar esta Prestación, de carácter obligatorio u opcional para el mutualista/suscriptor, con servicios y seguros concertados con terceros, directamente o a través de servicios de mediación profesionales.



La Mutua tiene la capacidad de resolver la relación con el tercero y dejar sin efecto el producto u otro servicio concertado de acuerdo con las condiciones propias de la contratación y/o sustituirlo por otro distinto y aplicar, si procede, la correspondiente corrección de prima/cuota del mutualista/suscriptor.

Tercera RESPONSABILIDAD DE LOS MUTUALISTAS

Conforme a los estatutos sociales de la Mutua, la responsabilidad de los mutualistas/suscriptores está limitada al pago de las cuotas y las derramas que se establezcan de acuerdo con los Estatutos y reglamentos vigentes o pólizas, que en ningún caso no excederán los límites que fijen las disposiciones legales de aplicación.

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

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, han de incorporar recargo a favor de la mencionada entidad pública empresarial, tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas para la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acontecidos 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 produjese 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 bajo el amparo de la póliza de seguro mencionada, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudiesen 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 Estatuto legal mencionado, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento de Seguro de riesgos extraordinarios, aprobado

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos naturales: terremoto y sismos submarinos, inundaciones extraordinarias- incluidas las producidas por embates de mar-, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h y tornados) y caídas de meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín o alboroto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

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

2. Riesgos excluidos

- a) **Los que no den lugar a indemnización, según la Ley de Contrato de Seguros.**
- b) **Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en los que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.**
- c) **Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.**
- d) **Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo que se establece en la Ley 11/2011, de 27 de mayo, sobre energía nuclear.**
- e) **Los producidos por fenómenos naturales distintos a los indicados en el apartado 1.a) anterior y en particular, los producidos por la elevación del nivel freático, movimiento de laderas, desprendimiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos hayan sido ocasionados manifiestamente por la acción del agua de la lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjesen con carácter simultáneo a la inundación.**
- f) **Los causados por actuaciones tumultuosas producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 91/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, excepto que las actuaciones mencionadas pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.**
- 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 Seguros, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se encuentre suspendida o el seguro quede extinguido por impago de las primas.**
- i) **Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el gobierno del Estado como catástrofe o calamidad nacional.**

3. Extensión de la cobertura

- 1.- La cobertura de los riesgos extraordinarios llegará a las mismas personas y 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 el que está previsto en el contrato, y conforme a la normativa reguladora de seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio se referirá al capital en riesgo por cada asegurado. Es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido debe tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

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 tomador de seguros, asegurado o beneficiarios de la póliza o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros a través de los que se hubiera gestionado.
- 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:
 - Llamando 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 (www.conorseguros.es).
- 3 Valoración de los daños: la valoración de los daños que resulten indemnizables de acuerdo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguros se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que este quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese 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

Los asegurados que en fecha 21/12/2012 tengan suscritos importes de la garantía de defunción, pagarán una cuota especial prevista en el anexo de las cuotas de este reglamento. Para cualquier alta o ampliación posterior, pagarán las cuotas fijadas en general.

ANEXO DE CUOTAS

Las cuotas mensuales por cada 10.000 euros de la garantía de Defunción son:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)	EDAD	CUOTA ANUAL (€)	EDAD	CUOTA ANUAL (€)	EDAD	CUOTA ANUAL (€)
15	5,69	32	8,84	49	44,18	66	164,58
16	7,07	33	9,06	50	49,01	67	183,37
17	8,43	34	9,58	51	54,25	68	205,59
18	8,42	35	10,40	52	59,61	69	231,87
19	8,57	36	11,40	53	65,23	70	262,92
20	8,76	37	12,53	54	71,34	71	299,74
21	8,96	38	13,70	55	78,15	72	343,63
22	9,19	39	14,91	56	85,46	73	396,06
23	9,40	40	16,26	57	93,17	74	458,91
24	9,59	41	17,91	58	100,70	75	534,24
25	9,72	42	20,02	59	107,85	76	624,47
26	9,73	43	22,56	60	114,64	77	732,29
27	9,63	44	25,44	61	121,16	78	860,79
28	9,45	45	28,55	62	127,51	79	1.013,15
29	9,19	46	31,92	63	134,05		
30	8,98	47	35,68	64	141,07		
31	8,84	48	39,72	65	148,71		

Las cuotas mensuales por cada 10.000 euros de la garantía de Invalidez Absoluta son:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
15-44	4,31
45-54	8,61
55-64	21,54

Para aquellos asegurados que a 21/12/2012 tuviesen suscritos importes de la garantía de Defunción se mantendrá una cuota mensual especial para estos importes, que será:

EDAD	CUOTA ANUAL(€)		EDAD	CUOTA ANUAL(€)		EDAD	CUOTA ANUAL(€)	
	HOMBRE	MUJER		HOMBRE	MUJER		HOMBRE	MUJER
15	15,33	2,87	17	15,55	3,33	19	15,33	3,21
16	15,50	3,22	18	15,49	3,30	20	15,06	3,17



EDAD	CUOTA ANUAL(€)		EDAD	CUOTA ANUAL(€)		EDAD	CUOTA ANUAL(€)	
	HOMBRE	MUJER		HOMBRE	MUJER		HOMBRE	MUJER
21	14,66	3,27	41	19,41	11,06	61	122,96	44,25
22	14,22	3,70	42	20,83	11,57	62	134,46	49,91
23	13,83	3,80	43	22,44	12,06	63	146,77	53,51
24	13,48	4,09	44	24,26	12,57	64	159,90	59,16
25	13,19	4,39	45	26,33	13,13	65	175,55	66,91
26	12,94	4,68	46	28,70	13,79	66	194,59	76,80
27	12,76	4,98	47	31,40	14,59	67	217,04	88,88
28	12,65	5,29	48	34,47	15,56	68	242,88	103,20
29	12,60	5,61	49	37,94	16,76	69	272,12	119,80
30	12,62	5,95	50	41,86	18,20	70	304,75	138,73
31	12,73	6,31	51	46,25	19,94	71	340,79	160,03
32	12,92	6,68	52	51,15	22,00	72	380,22	183,76
33	13,20	7,08	53	56,60	24,34	73	423,05	209,95
34	13,57	7,51	54	62,63	26,91	74	469,28	238,66
35	14,04	7,96	55	69,26	29,66	75	518,91	269,93
36	14,62	8,44	56	76,51	32,55	76	571,93	303,80
37	15,30	8,95	57	84,40	35,52	77	628,35	340,33
38	16,12	9,48	58	92,97	38,42	78	688,17	379,55
39	17,06	10,01	59	102,24	41,51	79	751,39	421,53
40	18,16	10,54	60	112,22	44,45			

Para los asegurados que a 21/12/2012 tuvieran suscritos importes de la garantía de Invalidez 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

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO

Las tablas de cuotas reflejan la cuota total que hay que pagar anualmente, sin incluir impuestos. Se podrá elegir una periodicidad de pago de cuotas distinta a la anual, con los siguientes recargos sobre la cuota anual, dependiendo de la periodicidad establecida:

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

PENDIENTE DE ACTUALIZACIÓN