

Reglamento transitorio de la prestación

VIDA

mayo 2019

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 18, volumen 25.405, hoja núm. B-87907,
inscripción 1.ª. NIF V08430191. www.mutua-enginyers.com

Reglamento aprobado por la Asamblea General celebrada el día 28 de mayo de 2019



ÍNDICE DE CONTENIDOS

ARTÍCULO PRELIMINAR	1
Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN.....	2
Artículo 2. INSCRIPCIÓN	3
Artículo 3. DURACIÓN DE LA COBERTURA Y OPOSICIÓN A SU PRÓRROGA.....	3
Artículo 4. COMUNICACIONES	3
Artículo 5. INDISPUTABILIDAD	4
Artículo 6. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA.....	4
Artículo 7. CUOTA.....	4
Artículo 8. PAGO DE CUOTAS	4
Artículo 9. IMPAGO DE CUOTAS: INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA.....	5
Artículo 10. PERSONAS BENEFICIARIAS DE LA PRESTACIÓN	5
Artículo 11. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN.....	6
Artículo 12. SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN	6
Artículo 13. RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN	6
Artículo 14. PAGO DE LA PRESTACIÓN	7
DISPOSICIONES ADICIONALES.....	7
ANEXO DE CUOTAS	11



ARTÍCULO PRELIMINAR

1. NORMATIVA Y CONTROL

El presente reglamento contiene las condiciones de la prestación VIDA de la Mutualidad de los Ingenieros MPS (en adelante, la Mutualidad), de aplicación directa a los y las mutualistas, a los suscriptores y suscriptoras y a las personas aseguradas y beneficiarias, 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.
- **PERSONA MUTUALISTA O SUSCRIPTORA:** es la persona física o jurídica que forma parte de la Mutualidad con los derechos y obligaciones establecidos en sus Estatutos. En general, será la persona suscriptora de las prestaciones que tiene la obligación del pago de las cuotas. Para poder adquirir la condición de persona mutualista (o asegurada) de la Mutualidad, las personas referidas en el artículo 5 de los Estatutos sociales deberán suscribir y mantener vigente una o más prestaciones que tenga establecidas la entidad.
- **PERSONA ASEGURADA:** es la persona física expuesta al riesgo o al evento relacionado con la propia vida.
- **PERSONA BENEFICIARIA:** es la persona o personas que reciben la prestación correspondiente, de acuerdo con este reglamento. La persona beneficiaria de la prestación puede ser la propia persona suscriptora, la asegurada o una tercera designada por la persona suscriptora o, en su defecto, por el Reglamento y la normativa.
- **PRESTACIÓN:** cobertura de un determinado riesgo de previsión social / asegurador que, previa suscripción (contrato) por la persona suscriptora, asume la Mutualidad mediante el pago de un importe en forma de capital o de renta a la persona beneficiaria 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 que se establece y regula una determinada prestación o un grupo de prestaciones, definiendo sus condiciones básicas, y al que se adhiere la persona suscriptora 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 en el momento de causar derecho a la prestación será el vigente en dicho momento. Las eventuales modificaciones de las normas relativas a las expectativas de derechos aseguradores o económicos de las personas mutualistas o aseguradas o las personas beneficiarias en la prestación suscrita no tendrán en ningún caso efectos retroactivos, por lo que se mantendrán vigentes las normas que estaban en vigor en el momento del alta.

- **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 de la persona inscrita.
- **TÍTULO DE SUSCRIPCIÓN:** documento emitido por la Mutualidad que acredita a la persona suscriptora el alta en la cobertura o prestaciones correspondientes, con identificación de la persona suscriptora y asegurada y, en su caso, de las personas beneficiarias designadas; 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 o 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.

3. CARÁCTER TRANSITORIO DEL REGLAMENTO

El presente reglamento tiene carácter transitorio por extinguir: el ámbito subjetivo está limitado exclusivamente a las personas mutualistas que estuvieran suscritas a la antigua prestación de Defunción en fecha 31 de diciembre de 1999 y con 35 años de edad cumplidos. No se admitirá ninguna nueva alta.

Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN

Consistirá en el abono del capital garantizado en caso de defunción de la persona asegurada. Para esta prestación se establecen dos modalidades:



1. Temporal, a cuota fija

Mediante esta cobertura, la Mutualidad se obliga a pagar a la persona beneficiaria o a las personas beneficiarias designadas el capital pactado inmediatamente después de la defunción de la persona asegurada, siempre y cuando esta se produzca dentro del periodo de vigencia del contrato.

La cobertura cesará a las veinticuatro horas del día en que la persona mutualista cumpla 65 años, excepto si existe una rescisión por parte de la persona mutualista antes de llegar a esa fecha.

2. Vitalicia o vida a partir de 65 años

Mediante esta cobertura, la Mutualidad se obliga a pagar a la persona beneficiaria o a las personas beneficiarias designadas el capital pactado inmediatamente después de la defunción de la persona asegurada. En este caso, la cobertura será vitalicia y se tendrá derecho a la prestación en caso de defunción de la persona asegurada una vez cumplidos 65 años.

La indemnización máxima no podrá exceder en ningún caso el máximo legal.

Artículo 2. INSCRIPCIÓN

En esta prestación constan inscritos automáticamente las personas mutualistas que tuvieran suscrita en fecha 31 de diciembre de 1999, y en esa fecha tuvieran 35 años cumplidos, la antigua prestación de Defunción, en las condiciones que se establecen en la disposición transitoria de paso a las nuevas prestaciones anexa.

Las personas mutualistas que la tengan mantendrán cualquiera de las dos modalidades, aunque en ningún caso podrán realizar ampliaciones.

Artículo 3. 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 la persona suscriptora 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 4. COMUNICACIONES

1. La persona suscriptora o, en su caso, las personas aseguradas 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. La persona suscriptora o la persona asegurada no tendrán 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 5. INDISPUTABILIDAD

La reticencia o inexactitud no dolosa en la declaración o la información facilitada por la persona suscriptora o asegurada 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 6. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

No se causará derecho a prestación cuando el fallecimiento se produzca por alguna de las siguientes causas:

- a) Conflictos armados, aunque no vengán precedidos por declaración oficial de guerra.**
- b) La muerte por suicidio (o consecuencia de un intento de suicidio) durante el primer año de cobertura o contrato.**
- c) Fallecimiento derivado de una causa preexistente y no declarada en el momento de la contratación o suscripción. La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo realizada por 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 derivados de la reacción o radiación nuclear o de la contaminación radiactiva, cualquiera que sea 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 del presente 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) 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 la persona suscriptora y asegurada de la cobertura.**

Artículo 7. CUOTA

La cuota anual se fijará para todas las personas mutualistas y el capital se calculará de acuerdo con la edad actuarial de la persona asegurada en el momento de la transformación (1/1/2000), con arreglo a lo dispuesto en la disposición transitoria. La cuota se mantendrá constante hasta la extinción de la garantía.

Artículo 8. PAGO DE CUOTAS

1. La persona suscriptora 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 la persona asegurada sea persona distinta a la persona suscriptora, esta obligación de pago podrá ser asumida por la persona asegurada y si así lo acuerdan y lo comunican a la Mutualidad las personas interesadas, ostentando la persona asegurada los derechos y obligaciones aseguradores inherentes a la persona pagadora 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. La persona suscriptora podrá cambiar la forma de pago de las cuotas comunicándolo mediante un escrito dirigido a la Mutualidad.

Artículo 9. IMPAGO DE CUOTAS: INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

Si la primera cuota o derrama no hubiera sido satisfecha a su vencimiento por causa atribuible a la persona suscriptora 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 hubiera 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 la persona suscriptora 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 10. PERSONAS BENEFICIARIAS DE LA PRESTACIÓN

La persona suscriptora podrá designar a una o más personas beneficiarias, o revocar o 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 Mutualidad, o bien por testamento.

Salvo estipulación en contrario, la designación realizada a más de una persona beneficiaria se entenderá efectuada a partes iguales entre ellas. En caso de designación genérica a los hijos e hijas o a los herederos y herederas, las personas beneficiarias 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 designada ninguna persona beneficiaria, o habiendo premuerto esta a la persona asegurada, se considerarán beneficiarias las personas relacionadas con la persona asegurada que se indican a continuación, según el siguiente orden de prelación:

- a) Cónyuge.
- b) Hijos e hijas a partes iguales y nietos y nietas por derecho de representación.
- c) Padres, a partes iguales.
- d) Hermanos y hermanas, a partes iguales.
- e) El resto de herederos legales a partes iguales, en el orden que determine la ley.

A falta de persona beneficiaria, la prestación pasará a formar parte del patrimonio de la persona suscriptora o de quien la haya sustituido en la obligación de pago de cuotas.

Si una persona beneficiaria 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 las demás personas beneficiarias.



De acuerdo con el artículo 9 del Reglamento general de prestaciones.

Artículo 11. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN

Serán condiciones necesarias para tener derecho a la prestación:

- Que la persona suscriptora se encuentre al corriente de pago de las cuotas reglamentarias en el momento de la muerte de la persona asegurada (producción del hecho causante). La falta de pago de las cuotas acarreará los efectos previstos en el artículo 12.

Artículo 12. SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN

Plazo para solicitar la prestación: La persona interesada o beneficiaria deberá comunicar el fallecimiento de la persona asegurada y presentar la solicitud de la prestación a la Mutualidad en el plazo máximo de noventa (90) días naturales desde que se hubiera producido la defunción o, en su caso, hubiera tenido conocimiento de la misma. 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 de la persona asegurada causante de la prestación.
- b) Datos personales de las personas beneficiarias.
- c) Forma de cobro de la prestación, cuando la persona beneficiaria pueda optar entre distintas modalidades.
- d) Fecha y firma de las personas solicitantes.

Documentación: con la solicitud, para acreditar el derecho a la prestación la persona interesada o beneficiaria deberá presentar la siguiente documentación.

- a) Certificado literal de defunción de la persona asegurada.
- b) Acreditación de la condición de persona o personas beneficiarias: 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 de la persona beneficiaria).
- c) Comprobante acreditativo de haber efectuado la declaración o el pago del impuesto de sucesiones, si procede.

También se deberán presentar todos aquellos documentos que la Mutualidad considere necesarios en cada caso para acreditar el derecho a la prestación. La persona interesada deberá ofrecer toda clase de información sobre las circunstancias del hecho causante o evento que le solicite la Mutualidad. Es obligación de la persona o personas beneficiarias 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 13. RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A 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 a la persona interesada por escrito con indicación de las causas, así como el carácter subsanable o no de las mismas.



Artículo 14. PAGO DE LA PRESTACIÓN

A solicitud de la persona beneficiaria, el capital por cobrar se podrá sustituir por una renta vitalicia o temporal, que, de acuerdo con el capital establecido y la edad de la persona beneficiaria en el momento de producirse el hecho causante, se calculará según las condiciones y las tarifas que tenga la Mutualidad en vigor en ese momento.

La Mutualidad procederá a la liquidación de la correspondiente indemnización en un plazo máximo de cuarenta (40) días.

DISPOSICIONES ADICIONALES

1. PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MUTUALISTAS Y ASEGURADAS

Las personas mutualistas, aseguradas, beneficiarias 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 las personas mutualistas relacionadas 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 a la persona reclamante será vinculante para la Mutualidad. La persona reclamante tendrá la posibilidad de acudir a los procedimientos de conciliación y arbitraje establecidos o de interponer reclamación o 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.
- Los organismos de **conciliación y arbitraje** previstos por la Federación de Mutualidades de Cataluña, una vez agotado el trámite del Defensor del Mutualista, con sujeción a los preceptos reglamentarios que rijan dichos organismos.
- 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.** La persona interesada podrá recurrir a los tribunales de justicia, siendo el juez competente para entender de las acciones derivadas del seguro el del domicilio de la persona asegurada. 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 cuota de la persona suscriptora. Los servicios o productos complementarios podrán ser de carácter obligatorio u opcional para la persona suscriptora, según lo determine la Mutualidad.

3. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS MUTUALISTAS

De conformidad con los Estatutos sociales de la Mutualidad, la responsabilidad de las personas suscriptoras 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, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, la persona tomadora 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, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos en el extranjero cuando la persona asegurada tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando la persona tomadora hubiera 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 los 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.

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 personas aseguradas 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 25/1964, de 29 de abril, sobre Energía Nuclear.**
- e) **Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, 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 91/1983, 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 conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.**
- g) **Los causados por mala fe de la persona asegurada.**
- 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

La cobertura de los riesgos extraordinarios abarcará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas (o reglamentos de prestaciones) a efectos de los riesgos ordinarios.

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, de conformidad con la normativa mencionada, 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.

Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros.

En caso de siniestro, la persona asegurada, tomadora o beneficiaria, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberán comunicar, dentro del plazo de siete (7) días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio de Compensación de Seguros que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es) o en las oficinas de este o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para consultas que puedan plantearse sobre el procedimiento que deberá seguirse, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención a la persona asegurada: 902 222 665.

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 la persona tomadora del seguro, por la persona asegurada o beneficiaria 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 a la persona beneficiaria del seguro mediante transferencia bancaria.



ANEXO DE CUOTAS

PRESTACIÓN DE VIDA. Modalidad temporal (por extinguir)

Las cuotas anuales por cada 10.000 euros de acuerdo con la edad real en el momento de la transformación y los capitales en ese momento serán:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
35-45	51,84
46-50	56,22
51-55	61,52
56-60	72,92
61-64	85,59

Estas cuotas serán constantes hasta la extinción de la garantía.

PRESTACIÓN DE VIDA A PARTIR DE 65 AÑOS (por extinguir)

La cuota anual por cada 10.000 euros será:

CUOTA ANUAL (€)	87,90
------------------------	-------

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO

Las tablas de cuotas reflejan la cuota total que deberá pagarse anualmente, sin incluir impuestos. Se podrá elegir una periodicidad de pago de cuotas diferente a la anual, con los recargos sobre la cuota anual, en función de la periodicidad establecida:

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