



REGLAMENTO DE LA PRESTACIÓN DE RENTA DE ESTUDIOS

Abril 2018



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

PENDIENTE ACTUALIZACIÓN

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 RENTA DE ESTUDIOS

ARTÍCULO PRELIMINAR

1 Normativa y control

Este Reglamento contiene las condiciones de la Prestación de **RENTA DE ESTUDIOS** de la Mutualitat de Previsió Social del Col·legi Oficial d'Enginyers Industrials de Catalunya a prima fixa, de aplicación directa a mutualistas/suscriptores y a asegurados y beneficiarios, que deben ser interpretadas y aplicadas de conformidad con los Estatutos sociales de la Mutua, la Ley 10/2003, de 13 de junio, sobre 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; 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 Catalunya y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Gobierno de España.

2 Definiciones.

- **La 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 Mútua y a 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 que se adhiere el suscriptor de acuerdo con las condiciones particulares o específicas indicadas en el Título de Suscripción.



Corresponde a la junta rectora de la Mutua 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 ese 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 para la vigente legislación. Asimismo, corresponde a la Mutua establecer el Sistema de Prestaciones alternativas al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), de conformidad a la normativa de aplicación.
- **INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA:** La relación de protección (cobertura) nace con la fecha que conste en el Título de Suscripción a la Prestación emitido por la Mutua. 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 Mutua que acredita al mutualista/suscriptor el alta en la/s cobertura/prestaciones correspondientes, con identificación del mutualista/suscriptor y asegurados y, en el caso, de los beneficiarios designados; la fecha de efecto de la cobertura y su duración; las prestaciones/importes asegurados; 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/interpretarse de acuerdo con lo establecido en el correspondiente REGLAMENTO, del cual 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.
- **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 con síntomas y signos característicos, la evolución de los cuales sea más o menos previsible.
- **ACCIDENTE:** Hecho o causa violenta, repentina, externa y ajena a la voluntad del asegurado.
- **INVALIDEZ PERMANENTE Y ABSOLUTA:** Aquella situación de invalidez definitiva e irreversible que incapacita a quien la padece para realizar todo tipo de trabajo u oficio, ya sea laboral, profesional o empresarial. En cualquier caso, será considerada invalidez permanente y absoluta:
 1. La pérdida completa de la visión binocular total e incurable.
 2. La pérdida o la impotencia funcional de las dos extremidades superiores, de las dos inferiores, o de una superior y la otra inferior.
- **EDAD ACTUARIAL:** La edad en el aniversario más cercano, cumplido o por cumplir.
- **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.

Artículo 1 NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN

Consiste en el abono de una pensión mensual y temporal para una duración que se calculará por la diferencia entre la edad final fijada y la edad del hijo inscrito en fecha de inicio del abono de la pensión.

Esta prestación se abonará en caso de defunción del asegurado o en caso de invalidez permanente y absoluta del asegurado. Con inicio del abono de la pensión se extinguirá la cobertura y el pago de cuotas.

El reconocimiento de la situación de invalidez para un organismo oficial de la Seguridad Social no determinará necesariamente la concesión de esta prestación. Corresponde a la Mutua la evaluación y calificación de la invalidez de acuerdo con este Reglamento.

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

Esta prestación podrá ser suscrita por asegurados mayores de 14 años y que aun no hayan cumplido 60 años.

La edad máxima de finalización de la cobertura se estipula en el título de suscripción, con el máximo de 28 años del hijo inscrito. Con aprobación de la junta rectora se podrá aceptar una edad límite superior en casos especiales debidamente motivados.

La cobertura de defunción se extinguirá por la muerte del asegurado, por el pago del importe asegurado, por invalidez absoluta y permanente, cuando el hijo cumpla la edad fijada para la finalización de la cobertura, cuando el asegurado cumpla 75 años y en los demás supuestos previstos en este Reglamento. La cobertura por invalidez Permanente y Absoluta se extinguirá cuando el asegurado cumpla 65 años o por el reconocimiento de esta cobertura.

La indicación inexacta de la edad del asegurado o hijo inscrito tendrá los efectos siguientes:

- a) la Mutua se librerá 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 LA PRÓRROGA

La duración de esta cobertura es anual, prorrogable anualmente, de acuerdo con lo establecido en la Ley de contrato de seguro. Cada parte se puede oponer a la prórroga del seguro mediante comunicación escrita de 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 estatualmente establecidas, el interesado deberá cumplimentar los siguientes requisitos:
 - a) El mutualista/suscriptor debe suscribir la 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 ha de 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.
 - d) Cuando el mutualista/suscriptor no coincida con el asegurado, se requerirá la autorización por escrito del asegurado, que también firmará mostrando su conformidad el Título de Suscripción.
- 2.- La Mutua podrá solicitar la información complementaria o adicional que considere oportuna, con el fin de valorar mejor cualquier situación declarada, especialmente en el cuestionario de salud o detectada en el reconocimiento médico que salga de la normalidad. Si el mutualista/suscriptor o el asegurado se negaran a facilitar la información mencionada, se le aplicaría la exclusión, limitación o la sobreprima que corresponda al peor de los casos que se puedan dar sobre la situación declarada previamente. La exclusión o limitación establecida deberá ser expresamente aceptada por el 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.- Una vez 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, en su caso, los asegurados tienen la obligación de comunicar a la Mutua los cambios de domicilio y domiciliación del pago de recibos.

2.-Asimismo, se deben comunicar las circunstancias que agraven el riesgo y sean de una naturaleza que, si hubieran sido reconocidas en el momento de la suscripción, esta no debería efectuarse o, en caso de haberse realizado, debería haberse 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 fraudulenta 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 esta sea ocasionada por alguna de las siguientes causas:

- a) **Conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.**
- b) **Suicidio (o consecuencia de un intento de suicidio) durante el primer año de cobertura/contrato.**
- c) **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 cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, conforme a la disposición adicional tercera de este Reglamento y, en general, a los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el gobierno del Estado como catástrofe o calamidad nacional.**
- g) **La participación del asegurado en actos delictivos, desafíos o peleas, siempre que no haya sido en defensa legítima o en tentativa de rescate de personas o bienes.**
- h) **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, que deberán constar 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 que sea por alguna de las siguientes causas:



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

Artículo 9 PERÍODO DE CARENCIA

Se establece un período de carencia de seis meses, salvo que la defunción o invalidez se produzca como consecuencia de un accidente, supuesto en que no se aplicará ningún período de carencia, o se le exonere – total o parcialmente – por ser sustitución de otra aseguradora análoga, en este caso se especificará en el título de suscripción.

Artículo 10 CUOTAS

La cuota anual para las garantías de defunción y de invalidez permanente y absoluta se calculará de acuerdo con el valor actual de la pensión contratada, calculado a partir de la duración resultante por cada hijo de la edad actuarial del asegurado en la fecha de suscripción de la prestación y en cada renovación anual, según el anexo de cuotas.

El pago de las cuotas finalizará el día de extinción de la cobertura, con el reconocimiento de la prestación y demás supuestos previstos en este Reglamento.

En el anexo constan las cuotas vigentes en el momento de suscripción de la Prestación. Las cuotas no comprenden los impuestos y recargos legalmente aplicables. Las cuotas iniciales de la cobertura, y su forma de pago, serán las que se determinen en el título de suscripción.


Artículo 11 PAGO DE CUOTAS

1. El 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 la fecha de efecto de la cobertura que consta en el Título de Suscripción, con la emisión del recibo correspondiente. En caso de que el asegurado sea una persona diferente del mutualista/suscriptor, esta obligación de pago podrá ser asumida por el asegurado (excepto si la normativa de aplicación establece otra cosa), siempre de mutuo acuerdo entre ambas personas y comunicándolo a la Mutua. El asegurado ostentará los derechos y obligaciones del seguro, inherentes al pagador de las cuotas.
2. El lugar de pago y la periodicidad/fraccionamiento de las cuotas (mensual/trimestral/semestral/anual) serán los previstos 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, la Mutua, cuando la cobertura esté en suspenso, solo podrá 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

El beneficiario de la prestación será, en caso de defunción, el hijo inscrito y, en caso de invalidez, 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 del pago de las cuotas reglamentarias en el momento de producirse el 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 de seis meses establecido en el artículo 9 de este Reglamento.

Artículo 15 SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN

Plazo para solicitar la prestación: El interesado/beneficiario debe comunicar el hecho causante y presentar la solicitud de la prestación a la Mutua en un plazo máximo de noventa (90) días naturales desde el momento en que se produjese o desde que tuviera conocimiento de este. Si no se efectuara la mencionada comunicación en el término establecido se producirán los efectos previstos legalmente

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) 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 que acrediten la situación de invalidez del asegurado aportando toda la información, documentos públicos/oficiales y demás pruebas que a tal efecto se estimen oportunas.
- c) 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).
- d) Certificado de nacimiento de los hijos beneficiarios de la prestación, expedidos por el Registro Civil o fotocopia del libro de familia y fe de vida de cada uno.
- 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 a 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 incumplimiento de esta obligación, la Mutua se podrá inhibir de pagar prestaciones de los siniestros correspondientes, de acuerdo a lo establecido en la normativa vigente. La Mutua podrá hacer las comprobaciones que crea pertinentes.

Artículo 16 COMPROBACIÓN, ACEPTACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN

- 1.- Para la acreditación de la situación de invalidez absoluta y permanente, y de la persistencia de esta invalidez, el asegurado deberá someterse al reconocimiento de los médicos que indique la Mutua y, tanto él como sus familiares, aportar estos reconocimientos y los informes que les sean solicitados.

Si el asegurado, sus familiares o cualquier otra persona interesada se opusieran a estas visitas o comprobaciones se entenderá como renuncia expresa al cobro de la pensión, quedando la Mutua liberada de su obligación. No obstante, el asegurado podrá rehabilitar su situación cumpliendo con sus obligaciones, aunque esta rehabilitación no dará derecho al cobro de las mensualidades no percibidas desde la renuncia en fecha de efecto de la rehabilitación.

- 2.- De acuerdo con la documentación presentada, los informes técnicos pertinentes y las comprobaciones efectuadas, la Mutua procederá a aceptar la prestación o a denegarla, si procede. La denegación se comunicará al interesado por escrito con indicación de las causas, así como el carácter subsanable o no de las mismas.
- 3.- En caso de que el asegurado o interesado no esté conforme con la evaluación del grado de invalidez de la Mutua, se procederá a una segunda evaluación por dos facultativos, uno nombrado por el asegurado/interesado y otro por la Mutua. En caso de discrepancia, intervendría un tercer facultativo que será nombrado por las dos partes mediante un acuerdo. Los facultativos deberán practicar la evaluación pericial atendiendo a lo dispuesto en estos Reglamentos. Cada parte satisfará los honorarios y gastos de su facultativo y la mitad del tercero.

Artículo 17 PAGO DE LA PRESTACIÓN

La pensión mensual a partir del momento de ser concedida por la Mutua se pagará por los meses vencidos, por el importe asegurado en fecha del siniestro, hasta que el hijo inscrito cumpla la edad final fijada.

En caso de invalidez permanente y absoluta, tendrá efecto retroactivo desde el día que tenga entrada en la Mutua la solicitud de la prestación. Si la prestación se solicita como prolongación de la prestación de la Baja Laboral, se pagará con efectos al día siguiente de la fecha de finalización de esta otra prestación. En caso de defunción, se pagará con efecto retroactivo del día de la defunción del asegurado.



Artículo 18 EXTINCIÓN DE LA PENSIÓN

La pensión se extinguirá por cualquiera de las causas siguientes:

- a) Finalización de la duración de la pensión.
- b) Alta médica, curación o mejora de la situación que da lugar a la invalidez.
- c) Rechazo a someterse a los tratamientos médicos o quirúrgicos convenientes para la curación de la invalidez o cuando, a criterio del médico, se pretenda la prolongación artificial de la invalidez.
- d) Ejercicio de cualquier actividad laboral, profesional o empresarial, ya sea por cuenta propia o ajena.
- e) Si el asegurado, sus familiares o cualquier otra persona interesada se opusiera a las visitas o comprobaciones determinadas por la Mutua, o por la imposibilidad de practicar reconocimientos médicos o de cualquier otro tipo porque el asegurado no se encuentra en el domicilio que consta en la Mutua, y en caso de ausencias reiteradas y no comunicadas.
- f) Por renuncia expresa del interesado.
- g) Por la defunción del hijo del asegurado inscrito en la prestación.

PENDIENTE ACTUALIZACIÓN



DISPOSICIONES ADICIONALES


Primera. PROTECCIÓN DE 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. 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

Tercera 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 eventos 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 de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, 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.

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 120 km/h y tornados) y caídas de cuerpos siderales y meteoritos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y 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, conforme a 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 de Compensación de Seguros* (www.conorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste 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 cuotas de este reglamento. Para cualquier alta o ampliación posterior, pagarán las cuotas fijadas en general.



ANEXO DE CUOTAS

La pensión mensual resultante por cada 10.000 euros de valor actual y del número de años de duración es:

DURACIÓN	PENSIÓN €
1	821,41
2	412,75
3	276,53
4	208,43
5	167,57
6	140,33
7	120,88
8	106,29

DURACIÓN	PENSIÓN €
9	94,94
10	85,87
11	78,44
12	72,26
13	67,03
14	62,54
15	58,66
16	55,26

DURACIÓN	PENSIÓN €
17	52,26
18	49,60
19	47,21
20	45,07
21	43,13
22	41,37
23	39,76
24	38,28

PENDIENTE ACTUALIZACIÓN

Las cuotas anuales por cada 10.000 euros de valor actual de la garantía de Defunción y de la garantía de Invalidez Permanente Absoluta son las mismas que las de la prestación de Vida temporal.

Para los asegurados que en fecha 21/12/2012 tuvieran suscritos importes de la garantía de Defunción y de Invalidez Absoluta se mantendrá la cuota anual especial para estas garantías del Vida Temporal.

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO

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

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