

Reglamento de Cuotas y Prestaciones 2009

Edición julio



mupiti

Mutualidad de Previsión Social de
Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales a prima fija



REGLAMENTO DE CUOTAS Y PRESTACIONES DE MUPITI

El presente Reglamento de la Mutualidad de Previsión Social de Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales a prima fija fue aprobado por la Asamblea General Extraordinaria de Mupiti el 13 de diciembre de 2003 y ha sido modificado parcialmente en la Asamblea General del 18 de junio del 2005, en Asamblea General del 17 de junio de 2006, en Asamblea General del 15 de junio de 2007, en Asamblea General de 20 de junio de 2008 y posteriormente por acuerdo de la Asamblea General del 13 de junio de 2009.

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I. OBJETO Y NORMAS REGULADORAS

Artículo 1. Objeto del Reglamento. *(Pag. 7)*

Artículo 2. Normas reguladoras. *(Pag. 8)*

CAPÍTULO II. SUSCRIPCIÓN

Artículo 3. Suscripción. *(Pag. 8)*

Artículo 4. Toma de efectos de la suscripción. *(Pag. 9)*

Artículo 5. Título de Mutualista. *(Pag. 9)*

CAPÍTULO III. COTIZACIÓN

Artículo 6. Nacimiento, duración y extinción de la obligación de pago de las cuotas. *(Pag. 9)*

Artículo 7. Periodicidad de pago y fraccionamiento. *(Pag. 9)*

Artículo 8. Lugar y forma de pago de las cuotas. *(Pag. 10)*

Artículo 9. Efectos de la falta de pago de las cuotas. *(Pag. 10)*

Artículo 10. Devolución de cuotas. *(Pag. 10)*

Artículo 11. Determinación de la cuota. *(Pag. 10)*

CAPÍTULO IV. NORMAS GENERALES DE LAS COBERTURAS Y SUS PRESTACIONES.

Artículo 12. Contingencias cubiertas. *(Pag. 10)*

Artículo 13. Carácter de las prestaciones. *(Pag. 11)*

Artículo 14. Compatibilidad de las prestaciones. *(Pag. 11)*

Artículo 15. Cuantía de las prestaciones. *(Pag. 11)*

Artículo 16. Requisitos para solicitar el reconocimiento del derecho a las prestaciones. *(Pag. 11)*

Artículo 17. Reconocimiento del derecho a las prestaciones. *(Pag. 12)*

Artículo 18. Pago de las prestaciones. *(Pag. 12)*

Artículo 19. Prescripción. *(Pag. 13)*

Artículo 20. Reintegro de las prestaciones indebidas. *(Pag. 13)*

Artículo 21. Beneficiarios. *(Pag. 13)*

Artículo 22. Acreditación y mantenimiento de la condición de beneficiario. *(Pag. 14)*

CAPÍTULO V. PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Artículo 23. Protección de la información. *(Pag. 14)*

Artículo 24. Autorización para tratamiento de datos. *(Pag. 14)*

Título II

COBERTURAS Y PRESTACIONES

CAPÍTULO I. COBERTURA DE JUBILACIÓN

Artículo 25. Cobertura de jubilación. *(Pag. 15)*

Sección Primera. Seguro "Pensión de Jubilación".

Artículo 26. Objeto del Seguro. *(Pag. 16)*

Artículo 27. Valores garantizados. *(Pag. 16)*

Artículo 28. Participación en beneficios. *(Pag. 16)*

Artículo 29. Cuotas. *(Pag. 17)*

Sección Segunda. Seguro "Aportación Extraordinaria de Jubilación"

- Artículo 30. Objeto del seguro. *(Pag. 17)*
Artículo 31. Valores garantizados. *(Pag. 17)*
Artículo 32. Participación en beneficios. *(Pag. 18)*
Artículo 33. Cuotas. *(Pag. 18)*

Sección Tercera. Seguro "Prima Única de Jubilación en traspaso"

- Artículo 34. Objeto del seguro. *(Pag. 18)*
Artículo 35. Valores garantizados. *(Pag. 19)*
Artículo 36. Participación en beneficios. *(Pag. 19)*
Artículo 37. Cuotas. *(Pag. 19)*

Sección Cuarta. Seguro "Jubilación para mayores de 65 años"

- Artículo 38. Objeto del seguro. *(Pag. 19)*
Artículo 39. Valores garantizados. *(Pag. 20)*
Artículo 40. Participación en beneficios. *(Pag. 20)*
Artículo 41. Cuotas. *(Pag. 21)*

Sección Quinta. Seguro "Pensión de Jubilación para trabajadores por cuenta ajena"

- Artículo 42. Objeto del seguro. *(Pag. 21)*
Artículo 43. Valores Garantizados. *(Pag. 22)*
Artículo 44. Participación en beneficios. *(Pag. 22)*
Artículo 45. Cuotas. *(Pag. 22)*

CAPÍTULO II. COBERTURA DE VIUDEDAD

- Artículo 46. Objeto del seguro. *(Pag. 23)*
Artículo 47. Delimitación de garantías. *(Pag. 23)*
Artículo 48. Modificación del riesgo. *(Pag. 23)*
Artículo 49. Duración del seguro. *(Pag. 23)*
Artículo 50. Valores garantizados. *(Pag. 23)*
Artículo 51. Cuotas. *(Pag. 23)*

CAPÍTULO III. COBERTURA DE ORFANDAD

- Artículo 52. Objeto del seguro. *(Pag. 24)*
Artículo 53. Delimitación de garantías, modificaciones del riesgo y valores garantizados. *(Pag. 24)*
Artículo 54. Cuotas. *(Pag. 24)*

CAPÍTULO IV. MUPITI ACCIDENTES - COBERTURA DE INVALIDEZ POR ACCIDENTE Y MUERTE POR ACCIDENTE CON COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y SEGURO COMPLEMENTARIO POR ENFERMEDAD.

(Vigente desde 1 de enero de 2006)

Sección Primera.

- Artículo 55. Naturaleza y objeto del seguro. *(Pag. 24)*
Artículo 56. Normativa aplicable. *(Pag. 25)*
Artículo 57. Condición de tomador y asegurado. *(Pag. 25)*
Artículo 58. Criterios de selección. *(Pag. 25)*
Artículo 59. Impugnación del seguro. *(Pag. 26)*

Sección Segunda. Extensión, coberturas y prestaciones del seguro

- Artículo 60. Extensión del seguro. *(Pag. 27)*
Artículo 61. Limitaciones en la cobertura. *(Pag. 28)*
Artículo 62. Prestaciones. *(Pag. 29)*

- Artículo 63. Reconocimiento del derecho a las prestaciones. (Pag. 32)
Artículo 64. Documentación necesaria para el reconocimiento de la prestación. (Pag. 32)
Artículo 65. Determinación del grado de invalidez. (Pag. 33)
Artículo 66. Pago de la indemnización. (Pag. 33)
Artículo 67. Reintegro de las prestaciones indebidas. (Pag. 33)
Artículo 68. Obligaciones del asegurado en caso de accidente. (Pag. 33)
Artículo 69. Determinación de la cuota. (Pag. 34)
Artículo 70. Periodicidad, lugar y forma de pago de las cuotas. (Pag. 34)
Artículo 71. Efectos de la falta de pago. (Pag. 34)
Artículo 72. Duración del seguro. (Pag. 34)

CAPÍTULO V. MUPITI VIDA - COBERTURA DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR CUALQUIER CAUSA.

(Vigente desde el 1 de octubre de 2005)

Sección Primera

- Artículo 73. Normativa aplicable. (Pag. 35)
Artículo 74. Objeto y duración del seguro. (Pag. 35)
Artículo 75. Descripción de las garantías. (Pag. 36)

Sección Segunda. Extensión, coberturas y prestaciones del seguro

- Artículo 76. Extensión y riesgos excluidos del seguro. (Pag. 36)
Artículo 77. Limitaciones en la cobertura. (Pag. 38)
Artículo 78. Condición de tomador y asegurado. (Pag. 38)
Artículo 79. Criterios de selección. (Pag. 39)
Artículo 80. Impugnación del seguro. (Pag. 40)
Artículo 81. Capitales asegurados. (Pag. 40)
Artículo 82. Documentos que deben acompañar en caso de siniestro. (Pag. 40)

Sección Tercera. Régimen de cotización.

- Artículo 83. Determinación de la prima del seguro. (Pag. 41)
Artículo 84. Periodicidad, lugar y forma de pago de las cuotas. (Pag. 41)
Artículo 85. Efectos de la falta de pago. (Pag. 42)

CAPÍTULO VI. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS.

- Artículo 86. Riesgos que son cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros. (Pag. 42)
Artículo 87. Resumen de normas legales. (Pag. 42)
Artículo 88. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros. (Pag. 43)

CAPÍTULO VII. MUPITI DEPENDENCIA - COBERTURA DE GRAN DEPENDENCIA Y DEPENDENCIA SEVERA.

CAPÍTULO VIII. PLAN DE PREVISION ASEGURADO DE MUPITI - COBERTURA PRINCIPAL DE JUBILACIÓN, INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA Y FALLECIMIENTO.

TÍTULO III

RECURSOS Y JURISDICCIÓN

- Artículo 89. Recursos y Arbitraje. (Pag. 44)
Artículo 90. Comunicaciones. (Pag. 44)
Artículo 91. Prescripción. (Pag. 44)
Artículo 92. Jurisdicción. (Pag. 44)
DISPOSICIONES ADICIONALES (Pag. 44)
DISPOSICIÓN FINAL (Pag. 46)
-

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO I. OBJETO Y NORMAS REGULADORAS

Artículo 1. Objeto del Reglamento.

- 1) El presente Reglamento tiene por objeto regular el régimen jurídico del sistema de coberturas y prestaciones que constituyen la acción protectora y de previsión social que la Mutualidad de Previsión Social de los Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales a prima fija ofrece a las personas que, conforme al artículo 16 de sus Estatutos, pueden ser mutualistas, en concordancia con los criterios y orientaciones establecidos por los Colegios Profesionales respectivos.

Son de obligado cumplimiento para el mutualista o asegurado los preceptos y normas que se contienen en el presente Reglamento y en los Anexos al mismo que resulten aplicables de conformidad con las coberturas y prestaciones suscritas.

- 2) A efectos de lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones que le son de aplicación, se entenderá por:
- a) Mutualidad.- La Mutualidad de Previsión Social de los Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales a prima fija, que es la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.
 - b) Tomador del seguro.- El mutualista, persona física que asume las obligaciones del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado. Se prevé la posibilidad de que el tomador del seguro sea una persona jurídica de las previstas en el artículo 16.1.b) y c) de los Estatutos, en cuyo caso el seguro podrá tener el carácter de colectivo o de grupo, debiendo ser los asegurados miembros o socios del respectivo Consejo, Colegio, Corporación o Entidad, y por tanto tendrán la condición de mutualistas.
 - c) Asegurado.- La persona física sobre cuya vida se establece el seguro, a quien corresponde, en su caso, los derechos derivados del contrato.
 - d) Beneficiario.- La persona física titular del derecho a la prestación.
 - e) Solicitud de afiliación: La Solicitud de seguro correspondiente a cada cobertura o modalidad de seguro. Contiene los datos personales del tomador, del asegurado y de los beneficiarios y sirve de base para que el suscriptor sea dado de alta en la correspondiente modalidad.
 - f) Reglamento.- El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro.
 - g) Título de Mutualista: El documento equivalente a la póliza de seguro, en el que constarán los datos a que se refiere el artículo 29.2 de los Estatutos.
 - h) Cuota.- El precio o coste del seguro, en el que quedarán incluidos, en su caso, los recargos e impuestos que sean legalmente aplicables.
 - i) Prestación.- El derecho económico a favor de los beneficiarios.
 - j) Accidente.- A los efectos de las prestaciones reconocidas por el presente Reglamento, se entenderá por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del mutualista, que produzca la invalidez permanente o muerte.
 - k) Participación en beneficios.- Sistema por el que los mutualistas participan de las diferencias positivas técnicas y/o financieras, calculadas al cierre del ejercicio, de conformidad con lo establecido en el presente Reglamento.
 - l) Resolución del contrato. -Procedimiento jurídico por el que resulta extinguido el contrato de

seguro a instancia de una de las partes, por haberse producido uno o varios de los hechos previstos como causantes de la extinción.

m) Rescisión (del seguro): Pérdida de vigencia de los efectos de las condiciones generales y/o particulares de un seguro en virtud de determinadas causas.

n) Extinción (del seguro): Finalización de los efectos de un seguro como consecuencia del cumplimiento de las condiciones previstas y determinadas para ello.

Artículo 2. Normas reguladoras.

El sistema de coberturas y prestaciones de MUPITI se rige por los Estatutos de la Mutualidad, por el presente Reglamento de Cuotas y Prestaciones, del cual forman parte los anexos de tarifas correspondientes a cada cobertura; por los acuerdos que se adopten para su aplicación y desarrollo por los Órganos Sociales de la Mutualidad; así como por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y sus normas de desarrollo, por el Reglamento de Mutualidades de Previsión Social, aprobado por el Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre y ulteriores modificaciones; por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, y demás legislación aplicable.

CAPÍTULO II. SUSCRIPCIÓN

Artículo 3. Suscripción.

- 1) La suscripción de cualquiera de las coberturas de libre adscripción de la Mutualidad irá indisolublemente unida a la condición de mutualista, que se adquirirá conforme establece el artículo 17 de sus Estatutos.
- 2) Los Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales incorporados a un Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Industriales y las demás personas referidas en el artículo 16.1 de los Estatutos de la Mutualidad que deseen suscribir alguna de sus coberturas de libre adscripción, deberán cumplimentar la correspondiente "solicitud de afiliación" a la que se acompañará fotocopia del DNI, documento acreditativo de su pertenencia a cualquiera de los grupos referidos en el artículo 16.1 en virtud de la cual pueden acceder a la condición de mutualista, y declaración sobre el estado de salud, conforme al cuestionario que le someta la Mutualidad.
- 3) Los Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales incorporados a un Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Industriales que realicen el ejercicio por cuenta propia de la profesión, si optan por la Mutualidad, en lugar de causar alta en el Régimen de Autónomos de la Seguridad Social, deberán suscribir las coberturas y prestaciones acordadas por los Órganos Sociales para este concreto supuesto, reguladas en la Disposición Adicional Primera, acompañando, además de fotocopia del DNI y declaración del estado de salud, una fotocopia del alta en el Impuesto de Actividades Económicas y el documento de opción, habilitado a tal efecto, debidamente fechado y firmado.
- 4) En ambos casos, a la vista de la documentación presentada, la Mutualidad se reserva el derecho a pedir todas las aclaraciones que estime conveniente, a cuyo efecto el peticionario se obliga a dejarse reconocer cuantas veces sea necesario por los médicos designados por la Mutualidad, así como a facilitar a éstos los datos que consideren precisos, decidiéndose por el Órgano Social competente la admisión normal, condicionada o denegación de la solicitud.
- 5) Los gastos de reconocimiento médico y análisis clínicos exigibles, en su caso para la suscripción de una prestación, serán por cuenta del solicitante.
- 6) Si se comprobara la existencia de reserva o inexactitud en la declaración sobre el estado de salud cumplimentada por el mutualista, habiendo mediado dolo o culpa grave, la Mutualidad quedará liberada del pago de las prestaciones, en los términos previstos en los artículos 10 y 89 de la Ley de Contrato de Seguro.
- 7) En los supuestos de indicación inexactas de la fecha de fallecimiento del asegurado se estará a lo dispuesto en el artículo 90 de la Ley de Contrato de Seguro.

- 8) Para cualquiera de las coberturas y prestaciones, si en el momento de la suscripción había ocurrido el hecho causante o la contingencia objeto de cobertura, será nula la suscripción de la respectiva prestación.

Artículo 4. Toma de efectos de la suscripción.

- 1) Una vez admitida la solicitud y aceptadas por el tomador las condiciones contractuales establecidas en el presente Reglamento, la suscripción tomará efecto con carácter general en el día primero del mes siguiente a la presentación de la solicitud de incorporación, siempre que haya sido firmado por las partes el Título de Mutualista previsto en el artículo 29.2 de los Estatutos y el contratante haya pagado el primer recibo de prima. Ello no obsta para que en la regulación de cada cobertura específica pueda estipularse una fecha de efecto distinta a la establecida con carácter general.
- 2) Salvo pacto escrito en contrario, si la primera cuota no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Mutualidad quedará liberada de sus obligaciones.

Artículo 5. Título de Mutualista.

- 1) Admitido el ingreso en la Mutualidad y la suscripción de la correspondiente cobertura se entregará al mutualista un ejemplar del reglamento que regula la cobertura suscrita y el "Título de Mutualista" en el que constarán como mínimo los siguientes datos:
 - a) Nombre, apellidos y domicilio del mutualista.
 - b) Si adquiere tal condición como tomador o asegurado y, en caso de que sean personas distintas, nombre, apellidos y domicilio del tomador o asegurado no mutualista.
 - c) Las fechas de incorporación y toma de efectos de la suscripción.
 - d) Las prestaciones que haya suscrito.
 - e) Los beneficiarios designados para cada una de ellas, en su caso.
 - f) Cualquier otra circunstancia excepcional que pueda concurrir y altere lo previsto en el Reglamento de alguna de las prestaciones y, en especial, todo aquello que pueda suponer merma en los derechos del asegurado o aumento de las obligaciones del tomador.
- 2) La Mutualidad entregará al mutualista un suplemento, un nuevo título o un ejemplar del Reglamento, siempre que contrate posteriormente nuevas coberturas, cause baja en alguna de las suscritas, cambie la designación de beneficiarios o se modifique el Reglamento específico de la cobertura correspondiente.
- 3) Si el contenido del título difiere de las cláusulas convenidas, el mutualista podrá reclamar a la Mutualidad en el plazo de un mes, a contar desde la entrega del mismo, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo, sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en el título.

CAPÍTULO III. COTIZACIÓN

Artículo 6. Nacimiento, duración y extinción de la obligación de pago de las cuotas.

La obligación de pago de las cuotas correspondientes nace simultáneamente en la fecha de efectos de la suscripción, de acuerdo con el artículo 3 del presente Reglamento; se mantendrá durante todo el tiempo en que el mutualista o asegurado permanezca en la situación de alta y se extinguirá por baja del mismo en la Mutualidad, por el devengo de las prestaciones de la cobertura suscrita y por cumplir el mutualista la edad fijada en el Reglamento específico de cada cobertura.

Artículo 7. Periodicidad de pago y fraccionamiento.

- 1) Las cuotas ordinarias correspondientes a cada cobertura serán abonadas por anualidades completas, de forma anticipada, con vencimiento el día de la toma de efecto de la suscripción.

No obstante, y de conformidad con el Reglamento específico de cada cobertura, podrá fraccionarse en cuotas mensuales, trimestrales o semestrales, anticipadas y no liberatorias, aplicando el recargo que corresponda al período de fraccionamiento de acuerdo con las bases técnicas de la Mutualidad.

- 2) En el caso de coberturas de cuota única, ésta será abonada de forma anticipada, con vencimiento el día de la toma de efecto de la suscripción, y por el importe total de la misma, sin posibilidad de fraccionarse o aplazarse el pago.

Artículo 8. Lugar y forma de pago de las cuotas.

- 1) Las cuotas anuales o sus fracciones serán abonadas en el domicilio bancario o institución de ahorro señalado por los interesados en el momento de su inscripción o posteriormente, si bien vendrán obligados a dar cuenta a la Mutualidad de los cambios de domiciliación bancaria y postal, quedando exonerada aquélla de toda responsabilidad por los perjuicios o gastos adicionales que pudiera originar al mutualista o asegurado el incumplimiento de este requisito.
- 2) El pago de la cuota podrá acreditarse mediante recibo librado por la Mutualidad o justificante de adeudo en cuenta del establecimiento de crédito.

Artículo 9. Efectos de la falta de pago de las cuotas.

En caso de falta de pago de una de las cuotas anuales o fracción, la Mutualidad advertirá por escrito de esta circunstancia al mutualista, quedando la cobertura suspendida un mes después del día de su vencimiento.

A los seis meses a contar desde el primer recibo impagado causará baja en la correspondiente cobertura, perdiendo la condición de mutualista automáticamente y sin necesidad de notificación expresa. La extinción del contrato acarreará la pérdida de la condición de mutualista en el caso de que el mutualista no esté dado de alta y al corriente de pago en cualquiera otra de las coberturas de libre adscripción de Mupiti.

No obstante, en el caso de coberturas que contemplen la existencia de valores de reducción, se mantendrá el derecho a los mismos y se devengarán al producirse el hecho causante de la prestación correspondiente, con las condiciones que se establezcan en su Reglamento específico.

La falta de pago de las derramas pasivas será causa de baja del mutualista, una vez transcurridos sesenta días naturales desde que hubiese sido requerido fehacientemente para el pago; no obstante, el contrato de seguro continuará vigente hasta el próximo vencimiento del seguro en curso, en cuyo momento quedará extinguido, pero subsistiendo la responsabilidad del mutualista por sus deudas pendientes.

Artículo 10. Devolución de cuotas.

Los mutualistas tendrán derecho a la devolución total o parcial de las cuotas o al exceso de las mismas, ingresadas indebidamente o cobradas erróneamente, dentro del plazo de cinco años, contados a partir de la fecha de haberse hecho efectivas.

Las peticiones de devolución de cuotas se formularán por los interesados ante la Mutualidad. La devolución podrá ser acordada de oficio por la propia Mutualidad.

Artículo 11. Determinación de la cuota.

El importe de las cuotas correspondiente a cada cobertura se determinará, inicialmente, en razón a la edad actuarial del mutualista en el momento de producirse la inscripción, y se adaptarán a las bases-técnicas actuariales legalmente establecidas en cada momento para la correspondiente prestación.

CAPÍTULO IV. NORMAS GENERALES DE LAS COBERTURAS Y SUS PRESTACIONES.

Artículo 12. Contingencias cubiertas.

Los mutualistas incluidos en el artículo 16.1 de los Estatutos de la Mutualidad, mediante la suscripción de las coberturas establecidas en el Título II del presente Reglamento, pueden quedar protegidos por las contingencias siguientes:

- a) Jubilación
- b) Viudedad
- c) Orfandad
- d) Invalidez permanente parcial, total y absoluta por accidente y enfermedad
- e) Muerte por accidente
- f) Fallecimiento
- g) Dependencia severa y gran dependencia

Artículo 13. Carácter de las prestaciones.

- 1) Las prestaciones reconocidas por MUPITI tienen carácter personal e intransferible, no pudiendo servir de garantía en operaciones crediticias o de otro género, ni ser retenidas ni embargadas, salvo en orden al cumplimiento de las obligaciones legalmente establecidas.
- 2) Si en el momento del devengo de alguna prestación, el mutualista tuviere contraídas responsabilidades económicas con MUPITI, deberá compensarse la deuda de aquél con la cantidad a pagar por la Mutualidad al propio mutualista o a sus beneficiarios.

Artículo 14. Compatibilidad de las prestaciones.

Las prestaciones económicas que MUPITI establezca, otorgue o reconozca a favor de sus mutualistas y beneficiarios, serán compatibles y totalmente independientes de las que constituyen los restantes sistemas de previsión, públicos o privados.

Artículo 15. Cuantía de las prestaciones.

Para la obtención de la cuantía de las prestaciones, se estará a lo regulado en este Reglamento y a lo que establezcan las Tablas de Cuotas correspondientes a cada cobertura, que serán aprobadas anualmente por el Consejo Rector y atenderán al sistema financiero actuarial y a las directrices que, sobre cuotas o prestaciones, establezca la Asamblea General.

Artículo 16. Requisitos para solicitar el reconocimiento del derecho a las prestaciones.

- 1) Para causar derecho a cualquier prestación, el mutualista debe estar en situación de alta en la cobertura o prestaciones correspondientes, al producirse el hecho causante, además de reunir el resto de requisitos reglamentariamente previstos.

No se causará derecho a la prestación si el hecho causante se produce en situación de suspensión de las coberturas.

No se causará derecho a la prestación si el hecho causante tiene lugar en el período de carencia previsto reglamentariamente.

- 2) MUPITI no concederá prestaciones cuando el hecho causante:

- a) Sea provocado, dolosamente, por el mutualista, por los beneficiarios o por los derechohabientes.
- b) Se produzca como consecuencia de hechos de guerra, motines, insurrecciones, terrorismo, catástrofes y, en general, todo riesgo extraordinario reconocido oficialmente.
- c) Sea a consecuencia de accidentes o enfermedades congénitas, preexistentes o conocidas y no declaradas que existían con anterioridad al momento de la última inscripción en la cobertura correspondiente.

- d) Se haya producido con anterioridad a la última inscripción en la cobertura o prestación correspondiente.

Artículo 17. Reconocimiento del derecho a las prestaciones.

- 1) El procedimiento para el reconocimiento del derecho a la prestación se iniciará a petición del interesado, que a la correspondiente solicitud acompañará los documentos siguientes y los demás elementos de prueba que en cada caso procedan:

- a) Los acreditativos de su personalidad y su condición de beneficiario:

- Fe de Vida y Estado.
- Partida de nacimiento.

- b) En caso de fallecimiento se presentará:

- Certificados de defunción del asegurado.
- Certificado del médico que haya asistido al asegurado, indicando el origen, evolución y naturaleza de la enfermedad o accidente que le causó la muerte.
- Certificado del Registro General de Actos de Última Voluntad, y en caso de constar la existencia de testamento, copia de éste o del último en caso de que existiesen varios. En caso de no haber testamento deberá aportarse declaración de herederos abintestato.
- Título de mutualista correspondiente al seguro contratado.
- Carta de pago o declaración de exención del Impuesto de Sucesiones, en caso de que proceda su tributación por este impuesto.
- Impreso de comunicación de datos al pagador, facilitados por el beneficiario, para el adecuado tratamiento fiscal de la prestación.
- Si el beneficiario es minusválido, certificado médico de su condición.

- c) Cuando el pago del capital o la pensión haya de hacerse en vida del asegurado, se presentará, además de los documentos referidos en el apartado a):

- El certificado de nacimiento del asegurado, el título de mutualista correspondiente al seguro contratado y el último recibo de cuota satisfecho.
- Impreso de comunicación de datos al pagador, para el adecuado tratamiento fiscal de la prestación, facilitados por el beneficiario.
- Fe de Vida del asegurado o documento acreditativo de su supervivencia.
- Si el beneficiario es minusválido, certificado médico de su condición.
- En caso de haber optado por la Mutualidad como alternativa al RETA y no continuar con el ejercicio de la actividad profesional, deberá presentarse acreditación de cese en la misma.

- d) Cualquier otro documento que los Órganos Directivos de la Mutualidad consideren necesario para la tramitación y posterior resolución de la prestación.

- 2) La solicitud de prestación deberá remitirse a la Secretaría de la Mutualidad en el plazo de 2 meses, a contar desde la fecha en que el mutualista o sus beneficiarios hubieran conocido el hecho causante.

- 3) A la vista de la solicitud y de la demás documentación aportada se adoptará por la Mutualidad la resolución que proceda, que será notificada por escrito a los interesados. MUPITI dispondrá de un plazo máximo de cuarenta días, contado a partir del momento en que el interesado aporte toda la documentación precisa, para la aprobación o denegación, quedando sujeta a lo establecido en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

Artículo 18. Pago de las prestaciones.

- 1) Una vez reconocido el derecho al percibo de la prestación, la Mutualidad notificará al perceptor la resolución adoptada, en la que constarán, como mínimo, las circunstancias siguientes:

- a) Datos relativos al titular causante de la prestación.
b) Datos relativos a los beneficiarios.
c) Detalle de las prestaciones reconocidas, así como las deducciones o retenciones que procedan.

- d) Referencia a la forma de pago.
- e) Fecha y firma de la resolución.

- 2) Las prestaciones de devengo periódico se abonarán por mensualidades naturales, completas y vencidas, en el domicilio bancario señalado por el perceptor.
- 3) La Mutualidad está obligada a satisfacer las prestaciones al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del derecho a la misma. En cualquier supuesto, la Mutualidad, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la solicitud de prestación, procederá al pago del importe mínimo de lo que pueda corresponder al mutualista, según las circunstancias conocidas.

Si en el plazo de tres meses desde la recepción de la solicitud de la prestación, la Mutualidad no hubiese abonado la misma por causa que le fuera imputable, la prestación se incrementará en el porcentaje que determine la Ley de Contrato de Seguro, sobre el importe adeudado y no percibido y en proporción a la demora. Será término inicial del cómputo de los plazos el día de la comunicación del siniestro por parte del asegurado o del beneficiario.

Artículo 19. Prescripción.

- 1) El derecho al reconocimiento de las prestaciones prescribe transcurridos cinco años, contados a partir de la fecha del hecho causante, sin haberla solicitado. A falta de beneficiarios que ejerciten su derecho en el plazo citado, el importe de las prestaciones pasará al Fondo de Reservas de la Mutualidad.
- 2) No es de aplicación dicho plazo de prescripción a las prestaciones derivadas de las coberturas de jubilación, que se abonarán, si no media solicitud del mutualista, dentro de la anualidad en que tenga lugar el hecho causante.

Artículo 20. Reintegro de las prestaciones indebidas.

- 1) Los mutualistas y sus beneficiarios que hayan percibido indebidamente prestaciones de la Mutualidad, estarán obligados solidariamente a reintegrar su importe.
- 2) Quienes por acción u omisión, hayan contribuido a hacer posible la percepción indebida de una prestación, responderán solidariamente con los perceptores, de la obligación de reintegrarla, en los términos establecidos por la legislación vigente.

Si la cantidad no fuese reintegrada en el plazo de tres meses desde que se percibió indebidamente, la Mutualidad podrá exigir, en concepto de indemnización de daños y perjuicios, un interés al tipo señalado en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

Artículo 21. Beneficiarios.

- 1) El mutualista podrá designar libremente a los beneficiarios del seguro, sin necesidad del consentimiento o aceptación de la Mutualidad.

En los seguros colectivos o de grupo, previstos en el artículo 2, la designación de beneficiarios corresponderá hacerla al asegurado.

- 2) La designación de beneficiarios podrá hacerse por quien proceda, según lo anterior, al formalizar el seguro o en posterior declaración escrita comunicada a la Mutualidad o en testamento, pudiendo modificarla o revocarla con posterioridad, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La modificación o revocación de beneficiarios deberán hacerse en la misma forma en que se hiciera la designación.
- 3) La designación inicial de beneficiario se hará constar en el Título de Mutualista correspondiente a cada seguro. Las sucesivas modificaciones darán lugar a la expedición por la Mutualidad de un suplemento del mismo o de un nuevo Título, recogiendo la variación de beneficiarios manifestada por el tomador o, en su caso, por el asegurado.

- 4) Si en el momento del devengo de la prestación no constara en la Mutualidad beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, se entenderá que el beneficiario es el propio asegurado, cuando el devengo de la prestación se produzca por jubilación o invalidez del mismo.

Cuando el devengo de la prestación se produzca por fallecimiento del asegurado, la prestación formará parte del patrimonio de quién tuviera derecho a hacer la designación, según lo previsto en el apartado 1 de este mismo artículo.

- 5) En caso de designación genérica de los hijos, de los herederos o del cónyuge de una persona como beneficiarios, se considerarán como tales a los que lo sean en el momento del devengo de la prestación, entendiéndose por hijo, incluyendo adoptivos, a todos los descendientes con derecho a herencia.
- 6) Si la designación se hace a favor de los hijos, herederos o cónyuge, sin mayor especificación, se considerará referida a los de quien tuviera derecho a hacer la designación de beneficiarios, según lo previsto en el apartado 1.
- 7) Los beneficiarios que sean herederos conservarán su derecho a la prestación aunque renuncien a la herencia.
- 8) Si la designación se hace a favor de varios beneficiarios, la prestación correspondiente se distribuirá, salvo pacto en contrario, por partes iguales. Cuando se haga a favor de los herederos, la distribución, salvo pacto en contrario, tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria.

La parte no adquirida por un beneficiario crecerá la de los demás.

- 9) La Mutualidad pagará la prestación al último beneficiario o beneficiarios designados y notificados a la misma con anterioridad a su devengo, aún en contra de las reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase del mutualista o, en su caso, del asegurado.

Artículo 22. Acreditación y mantenimiento de la condición de beneficiario.

- 1) Sin perjuicio de lo regulado para cada cobertura y sus prestaciones con carácter particular, anualmente, dentro del primer trimestre, los perceptores de prestaciones reconocidas por la Mutualidad, vendrán obligados, en todo caso, a la acreditación de su existencia.

En caso contrario, se suspenderá el pago de la prestación hasta que se acrediten dichas circunstancias, sin que sea de aplicación los recargos previstos en el artículo 18.3 del Reglamento.

- 2) Dicha acreditación podrá efectuarse mediante comparecencia de los perceptores en el domicilio social de la Mutualidad, en las oficinas del Colegio de Ingenieros Técnicos Industriales al que pertenezca, o por cualquier otro medio, que permita la comprobación, en forma suficiente, de las circunstancias personales que sirvieron de base para el reconocimiento de la prestación.

CAPÍTULO V. PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Artículo 23. Protección de la información.

El mutualista acepta que los datos facilitados por los asegurados, a través de cualquier documento, son necesarios para valorar y delimitar el riesgo, así como para iniciar y mantener la relación contractual, estando el tratamiento de dichos datos sujetos a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y a las disposiciones dictadas en su desarrollo.

Artículo 24. Autorización para tratamiento de datos.

El tomador del seguro presta su consentimiento para que los datos que facilite, a través de cualquier documento, a la Mutualidad, puedan ser incluidos en un fichero automatizado de datos de carácter personal.

La finalidad del fichero será valorar y delimitar el riesgo de los servicios solicitados, iniciar y mantener la relación contractual entre el mutualista y la Mutualidad, y llevar a cabo acciones informativas y comerciales sobre los servicios de la Mutualidad, para lo que se podrán utilizar, entre otros, medios como el correo electrónico.

Toda vez que el mutualista facilite datos de carácter personal a la Mutualidad, éste presta su consentimiento para la comunicación de sus datos a las siguientes entidades:

- 1) A terceras entidades colaboradoras, por razones de seguro o reaseguro.
- 2) A instituciones colaboradoras del sector asegurador, con fines estadísticos, siempre y cuando sólo se comuniquen datos agregados y no particulares.
- 3) A entidades asociadas a la Mutualidad u otras con las que la Mutualidad suscriba acuerdos comerciales o de colaboración, siempre y cuando la Mutualidad proceda previamente a solicitar, vía correo electrónico u ordinario, la conformidad del mutualista con las comunicaciones de datos pretendidas, con una antelación mínima de un mes a que las mismas se produzcan. La finalidad de estas comunicaciones de datos será llevar a cabo, por parte de las entidades cesionarias, acciones y gestiones informativas y comerciales sobre sus productos y servicios, para lo que se podrán utilizar, entre otros, medios como el correo electrónico. Se entenderá que el mutualista estará conforme con dichas comunicaciones en tanto en cuanto no manifieste su oposición transcurrido un mes desde que reciba el aviso de comunicación de sus datos.

Título II

COBERTURAS Y PRESTACIONES

CAPÍTULO I. COBERTURA DE JUBILACIÓN

Artículo 25. Cobertura de jubilación.

La Mutualidad ofrece la posibilidad de suscribir la cobertura de jubilación mediante distintos contratos de seguro que se regulan en el presente capítulo.

Las edades actuariales mínimas y máximas de suscripción de los diferentes contratos de seguro de la cobertura de jubilación son:

Seguro "Pensión de Jubilación":

Edad mínima: 18 años

Edad máxima: 64 años

Seguro "Aportación Extraordinaria de Jubilación":

Edad mínima: 18 años

Edad máxima: 64 años

Seguro "Prima única de Jubilación en Traspaso":

No admite suscripciones.

Seguro "Pensión de Jubilación para mayores de 65 años":

Edad mínima: 65 años

Edad máxima: 74 años, excepto para aquellos mutualistas ejercientes libres de la profesión que opten por Mupiti como alternativa al RETA, en cuyo caso el límite de edad de suscripción viene marcado por la jubilación efectiva.

Seguro "Pensión de Jubilación para trabajadores por cuenta ajena":

Edad mínima: 18 años

Edad máxima: En cualquier momento antes de la jubilación efectiva.

Sección Primera. Seguro "Pensión de Jubilación".

Artículo 26. Objeto del seguro.

La Mutualidad se obliga a pagar al beneficiario al vencimiento del mes en que cumpla los 65 años o al vencimiento del mes correspondiente a la fecha de su jubilación efectiva si ésta tuviera lugar con posterioridad a 65 años, el capital garantizado en el contrato, o bien la pensión actuarialmente equivalente, a la totalidad o parte del capital, a partir de dicha fecha, en base a las condiciones aplicables en el momento de acuerdo con las bases técnicas autorizadas a la Mutualidad, ambos calculados en régimen de capitalización individual.

Tal pensión podrá ser, a elección del mutualista:

- Vitalicia, constante y mensual, extinguiéndose al ocurrir el fallecimiento del asegurado, o bien reversible al cónyuge sobreviviente en un 50% de su cuantía, siendo también en este caso vitalicia, constante y mensual.
- Temporal, constante y pagadera en 3 anualidades. En caso de fallecimiento del mutualista antes de la percepción de las tres anualidades, el beneficiario designado por el mutualista percibirá, en un único pago, el importe de la Provisión Matemática existente en el momento del fallecimiento.

En caso de fallecimiento del asegurado antes de cumplir los 65 años, o antes de la fecha de jubilación efectiva si ésta tuviera lugar con posterioridad a los 65 años, la Mutualidad abonará a los beneficiarios un capital igual a la suma de las cuotas pagadas hasta el fallecimiento más el importe, en su caso, de las participaciones en beneficios consolidadas.

Artículo 27. Valores garantizados.

- 1) El tomador tendrá derecho a la rescisión de la operación, solicitando su valor de rescate. Este coincidirá con el 95% de la provisión matemática derivada de las condiciones de seguro contratadas calculada en el momento de la rescisión, si ésta ocurre durante los cinco primeros años de vigencia del seguro; y el 98% en adelante.
- 2) Aquellos mutualistas que hayan suscrito este seguro para optar por MUPITI como alternativa al R.E.T.A. no tendrán derecho de rescate sobre las cuotas aportadas. Excepcionalmente, podrán solicitar el derecho de rescate, en los supuestos previstos en el artículo 8.8 del Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones. En dichos supuestos, el valor de rescate coincidirá con el 100% de la Provisión Matemática derivada de las condiciones de seguro contratadas calculada en el momento de solicitud del rescate.
- 3) El tomador podrá suspender definitivamente el pago de las cuotas, quedando reducido su capital a los 65 años o a la fecha de jubilación efectiva si ésta tuviera lugar con posterioridad a los 65 años. Dicho capital reducido será el resultado de invertir a prima única la provisión matemática derivada de las condiciones de seguro contratadas que tenga el tomador en el momento de la reducción.
- 4) Si el tomador decidiera ejercitar los derechos de rescate o reducción, deberá solicitarlo por escrito dirigido a la Mutualidad.
- 5) No existe derecho a anticipo en el presente seguro.

Artículo 28. Participación en beneficios.

Las provisiones matemáticas de este seguro se invertirán por el asegurador en determinados bienes, conforme a la legislación vigente. Al final de cada ejercicio contable (31 de diciembre), la Mutualidad calculará la rentabilidad neta de estos bienes, definida como el cociente entre la diferencia de ingresos y gastos financieros y la provisión matemática a mitad de año. En caso de que esta rentabilidad supere el interés técnico garantizado determinado en las condiciones particulares, el 90% de tal exceso se aplicará a sus tomadores, en proporción a su provisión matemática promedia del año.

Tal aplicación se destinará a aumentar los capitales asegurados, considerándose prima única de este seguro, calculada a la edad actual y aplicando la tarifa vigente.

La distribución de la participación en beneficios no podrá generar un resultado negativo de la cuenta técnica de la Mutualidad.

El importe de la participación en beneficios correspondiente al ejercicio en que se produzca la percepción de la prestación de jubilación, se determinará considerando la rentabilidad resultante de la media aritmética de la rentabilidad de los tres ejercicios inmediatamente anteriores, del periodo de vigencia del contrato en ese año y de la provisión matemática media en ese periodo.

Artículo 29. Cuotas.

Las cuotas de este seguro podrán ser satisfechas con periodicidad anual, semestral, trimestral o mensual, a voluntad del tomador, aplicándose el recargo de fraccionamiento correspondiente cuando el periodo de pago sea inferior al año. Las cuotas serán siempre crecientes anual y geoméricamente al 3%.

Las cuotas serán satisfechas el día 1 del mes respectivo, extendiéndose su pago hasta que el asegurado cumpla los 65 años o hasta la fecha de jubilación efectiva si ésta tuviera lugar con posterioridad a los 65 años, incluido en ambos casos el mes en que se produzcan dichas circunstancias.

En el Anexo de Tarifas, Apéndice 1, se contienen las cuotas para la contratación de este seguro, de conformidad con el tipo máximo de interés autorizado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones aplicable para el cálculo de la provisión de seguros de vida, publicado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones anualmente.

Sección Segunda. Seguro "Aportación Extraordinaria de Jubilación"

Artículo 30. Objeto del seguro.

La Mutualidad se obliga a pagar al beneficiario al vencimiento del mes en que cumpla los 65 años o al vencimiento del mes correspondiente a la fecha de jubilación efectiva si ésta tuviera lugar con posterioridad a los 65 años, el capital garantizado en el contrato, o bien la pensión actuarialmente equivalente a la totalidad o parte del capital, a partir de dicha fecha, en base a las condiciones aplicables en el momento de acuerdo con las bases técnicas autorizadas a la Mutualidad, ambos calculados en régimen de capitalización individual.

Tal pensión podrá ser, a elección del mutualista:

- Vitalicia, constante y mensual, extinguiéndose al ocurrir el fallecimiento del asegurado, o bien reversible al cónyuge sobreviviente en un 50% de su cuantía, siendo también en este caso vitalicia, constante y mensual.
- Temporal, constante y pagadera en 3 anualidades. En caso de fallecimiento del mutualista antes de la percepción de las tres anualidades, el beneficiario designado por el mutualista percibirá, en un único pago, el importe de la Provisión Matemática existente en el momento del fallecimiento.

En caso de fallecimiento del asegurado antes de cumplir los 65 años o antes de la fecha de jubilación efectiva si ésta tuviera lugar con posterioridad a los 65 años, la Mutualidad abonará a los beneficiarios un capital igual a la suma de la cuota pagada más el importe, en su caso, de las participaciones en beneficios consolidadas.

Artículo 31. Valores garantizados.

- 1) El Asegurado tendrá derecho a la rescisión de la operación, solicitando su valor de rescate. Este coincidirá con el 95% de la provisión matemática derivada de las condiciones de seguro contratadas calculada en el momento de la rescisión, si ésta ocurre durante los cinco primeros años de vigencia del seguro; y con el 98% de dicha provisión desde el sexto año en adelante.

- 2) No existe derecho de reducción al tratarse de un seguro a prima única.
- 3) Aquellos mutualistas que hayan suscrito este seguro para ampliar su cobertura de jubilación como opción por MUPITI como alternativa al RETA, no tendrán derecho de rescate sobre las cuotas aportadas. Excepcionalmente podrán solicitar el derecho de rescate en los supuestos previstos en el artículo 8.8 del Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones. En dichos supuestos, el valor de rescate coincidirá con el 100% de la Provisión Matemática derivada de las condiciones de seguro contratadas calculada en el momento de solicitud del rescate.
- 4) Si el tomador decidiera ejercitar el derecho de rescate, deberá solicitarlo por escrito dirigido a la Mutualidad.
- 5) No existe derecho a anticipo en el presente seguro.

Artículo 32. Participación en beneficios.

Las provisiones matemáticas de este seguro se invertirán por la Mutualidad en determinados bienes, conforme a la legislación vigente. Al final de cada ejercicio contable (31 de diciembre), la Mutualidad calculará la rentabilidad neta de estos bienes, definida como el cociente entre la diferencia de ingresos y gastos financieros y la provisión matemática a mitad de año. En caso de que esta rentabilidad supere el interés técnico garantizado determinado en las condiciones particulares, el 90% de tal exceso se aplicará a sus tomadores, en proporción a su provisión matemática promedia del año.

Tal aplicación se destinará a aumentar los capitales asegurados, considerándose prima única de este seguro, calculada a la edad actual y aplicando la tarifa vigente.

La distribución de la participación en beneficios no podrá generar un resultado negativo de la cuenta técnica de la Mutualidad.

El importe de la participación en beneficios correspondiente al ejercicio en que se produzca la percepción de la prestación de jubilación, se determinará considerando la rentabilidad resultante de la media aritmética de la rentabilidad de los tres ejercicios inmediatamente anteriores, del periodo de vigencia del contrato en ese año y de la provisión matemática media en ese periodo.

Artículo 33. Cuotas.

La cuota de este seguro es una prima única.

La cuota necesaria para la contratación de este seguro solo se entenderá abonada cuando efectivamente se haya recibido su ingreso por la Mutualidad.

Se establece una cuota mínima para la suscripción de este seguro, cuya cuantía no podrá ser inferior a la establecida, en cada momento, en la base técnica.

En el Anexo de Tarifas, Apéndice 2, se contienen las cuotas para la contratación de este seguro, de conformidad con el tipo máximo de interés aplicable para el cálculo de la provisión de seguros de vida, publicado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones anualmente.

Sección Tercera. Seguro "Prima Única de Jubilación en traspaso"

Artículo 34. Objeto del seguro.

Para los mutualistas menores de 65 años al 30/06/2002 procedentes del antiguo Bloque I, para los cuales, en virtud del traspaso de capitalización colectiva a capitalización individual aprobado por la Asamblea General el 15-06-2002, queda determinada una prima única en concepto de importe atribuido, la Mutualidad se obliga a pagar al beneficiario el capital garantizado en el contrato al cumplir los 65 años, o bien la pensión actuarialmente equivalente, a la totalidad o parte del capital, a partir de dicha fecha, en base a las condiciones aplicables en el momento de acuerdo con las bases técnicas autorizadas a la Mutualidad, ambos calculados en régimen de capitalización individual.

Tal pensión podrá ser, a elección del mutualista:

- Vitalicia, constante y mensual, extinguiéndose al ocurrir el fallecimiento del asegurado, o bien reversible al cónyuge sobreviviente en un 50% de su cuantía, siendo también en este caso vitalicia, constante y mensual.
- Temporal, constante y pagadera en 3 anualidades. En caso de fallecimiento del mutualista antes de la percepción de las tres anualidades, el beneficiario designado por el mutualista percibirá, en un único pago el importe de la Provisión Matemática existente en el momento del fallecimiento.

De conformidad con las bases técnicas para la adaptación del Plan de Viabilidad mediante el traspaso de los antiguos Bloques I y II del sistema de capitalización colectiva al nuevo plan de jubilación en régimen de capitalización individual, que fueron aprobados en la Asamblea General de 15-06-2002, se entiende por capital garantizado, en este seguro, el importe resultante de capitalizar actuarialmente el importe atribuido al tipo de interés técnico menor entre el 6,5% y el tipo de interés resultante de la rentabilidad real de la cartera de inversiones afecta a la cobertura de las provisiones de este seguro, de conformidad con la legislación vigente.

En caso de fallecimiento del asegurado antes de cumplir los 65 años, la Mutualidad abonará a los beneficiarios un capital igual al importe atribuido, en cumplimiento del acuerdo de la Asamblea General referido en el párrafo anterior más, en su caso, de las participaciones en beneficios consolidadas derivadas de la obtención de rentabilidades superiores al 6,5%.

Artículo 35. Valores garantizados.

El Tomador no tendrá derecho a valor de rescate.

No existe valor de reducción.

No existe derecho a anticipo en el presente seguro.

Artículo 36. Participación en beneficios.

Las provisiones matemáticas de este seguro se invertirán por la Mutualidad en determinados bienes, conforme a la legislación vigente. Al final de cada ejercicio contable (31 de diciembre), la Mutualidad calculará la rentabilidad neta de estos bienes definida como el cociente entre la diferencia de ingresos y gastos financieros y la provisión matemática a mitad de año. A partir del tercer año de vigencia del seguro, en caso de que esta rentabilidad supere el interés técnico garantizado determinado en las condiciones particulares, el 100% de tal exceso se aplicará a sus tomadores en concepto de bono de beneficios, en proporción a su provisión matemática promedio del año.

Tal aplicación se destinará a aumentar los capitales asegurados, considerándose prima única de este seguro, calculada a la edad actual y aplicando la tarifa vigente.

Artículo 37. Cuotas.

La cuota de este seguro está constituida por el importe asignado a cada mutualista procedente del antiguo Bloque I, en virtud del traspaso de capitalización colectiva a individual aprobado por la Asamblea General en su reunión celebrada el 15-06-2002.

Sección Cuarta. Seguro "Jubilación para mayores de 65 años"

Artículo 38. Objeto del seguro.

La Mutualidad se obliga a pagar al beneficiario el capital garantizado en el contrato al vencimiento del mes en que cumpla los 75 años, o bien la pensión actuarialmente equivalente, a la totalidad o parte del capital, a partir de dicha fecha, en base a las condiciones aplicables en el momento de acuerdo con las bases técnicas autorizadas a la Mutualidad, ambos calculados en régimen de capitalización individual.

Tal pensión podrá ser a elección del mutualista:

- Vitalicia, constante y mensual, extinguiéndose al ocurrir el fallecimiento del asegurado, o bien reversible al cónyuge sobreviviente en un 50% de su cuantía, siendo también en este caso vitalicia, constante y mensual.
- Temporal, constante y pagadera en 3 anualidades. En caso de fallecimiento del mutualista antes de la percepción de las tres anualidades, el beneficiario designado por el mutualista percibirá, en un único pago el importe de la Provisión Matemática existente en el momento del fallecimiento.

En caso de fallecimiento del asegurado antes de cumplir los 75 años, la Mutualidad abonará a los beneficiarios un capital igual a la suma de las cuotas pagadas más el importe, en su caso, de las participaciones en beneficios consolidadas.

En el caso de mutualistas que para el ejercicio de la profesión por cuenta propia suscriban este seguro al objeto de optar por Mupiti como alternativa al Régimen Especial de la Seguridad Social de trabajadores por cuenta propia o autónomos (RETA.) a partir de los 65 años de edad, se estará a lo dispuesto en la Disposición Adicional Primera de este Reglamento para la determinación de las contingencias mínimas a suscribir. En este caso, la prestación correspondiente por jubilación se abonará al mutualista en el momento en que cumpla los 75 años de edad o cuando se produzca su cese definitivo en el ejercicio libre de la profesión, si éste tiene lugar con posterioridad a los 75 años de edad.

Es requisito de entrada para la suscripción de este seguro haber cumplido 65 años.

Artículo 39. Valores garantizados.

- 1) El mutualista tendrá derecho a la rescisión de la operación, solicitando su valor de rescate. Este coincidirá con el 95% de la provisión matemática derivada de las condiciones de seguro contratadas calculada en el momento de la rescisión, si ésta ocurre durante los cinco primeros años de vigencia del seguro; y con el 98% de dicha provisión desde el sexto año en adelante.
- 2) Los mutualistas que hayan suscrito este seguro al objeto de optar por Mupiti como alternativa al RETA, no tendrán derecho de rescate sobre las cuotas aportadas. Con carácter excepcional, el asegurado podrá solicitar el derecho de rescate en los supuestos previstos en el artículo 8.8 del Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones. En dichos supuestos, el valor de rescate coincidirá con el 100% de la Provisión Matemática derivada de las condiciones de seguro contratadas calculada en el momento de solicitud del rescate.

En el caso de que el mutualista cese definitivamente en el ejercicio de su actividad profesional por cuenta propia antes de los 75 años, acreditando esta circunstancia ante la Mutualidad, tendrá derecho a la rescisión de la operación solicitando su valor de rescate que, en estas circunstancias coincidirá con el 100% de la provisión matemática de balance en el momento de la rescisión.

- 3) El tomador podrá suspender definitivamente el pago de las cuotas, quedando reducido su capital a los 75 años. Dicho capital reducido será el resultado de invertir a prima única la provisión matemática derivada de las condiciones de seguro contratadas que tenga el tomador en el momento de la reducción.
- 4) Si el tomador decidiera ejercitar el derecho de rescate o reducción, deberá solicitarlo por escrito dirigido a la Mutualidad.
- 5) No existe derecho a anticipo en el presente seguro.

Artículo 40. Participación en beneficios.

Las provisiones matemáticas de este seguro se invertirán por la Mutualidad en determinados bienes, conforme a la legislación vigente. Al final de cada ejercicio contable (31 de diciembre), la Mutualidad calculará la rentabilidad neta de estos bienes, definida como el cociente entre la diferencia de ingresos y gastos financieros y la provisión matemática a mitad de año. En caso de que esta rentabilidad supere el interés técnico garantizado determinado en las condiciones particulares, el 90% de tal exceso se aplicará a sus tomadores, en proporción a su provisión matemática promedia del año.

Tal aplicación se destinará a aumentar los capitales asegurados, considerándose prima única de este seguro, calculada a la edad actual y aplicando la tarifa vigente.

La distribución de la participación en beneficios no podrá general un resultado negativo de la cuenta técnica de la Mutualidad.

El importe de la participación en beneficios correspondiente al ejercicio en que se produzca la percepción de la prestación de jubilación, se determinará considerando la rentabilidad resultante de la media aritmética de la rentabilidad de los tres ejercicios inmediatamente anteriores, del periodo de vigencia del contrato en ese año y de la provisión matemática media en ese periodo.

Artículo 41. Cuotas.

Las cuotas de este seguro podrán ser satisfechas con periodicidad anual, semestral, trimestral o mensual, a voluntad del tomador, aplicándose el recargo de fraccionamiento correspondiente cuando el periodo de pago sea inferior al año. Las cuotas serán siempre crecientes anual y geoméricamente al 3%.

Las cuotas serán satisfechas el día 1 del mes respectivo, extendiéndose su pago hasta que el asegurado cumpla 75 años o hasta la fecha de jubilación efectiva si esta tuviera lugar con posterioridad a los 75 años, incluido en ambos casos el mes en que se produzcan dichas circunstancias.

Se admitirá el pago de aportaciones extraordinarias, cuya cuantía no podrá ser inferior a la establecida, en cada momento, en la base técnica.

En todo caso, la suma anual de las aportaciones periódicas y extraordinarias no podrá exceder los límites máximos legalmente establecidos en cada momento.

En el Anexo de Tarifas, Apéndice 3, se contienen las cuotas, periódicas y extraordinarias, para la contratación de este seguro, de conformidad con el tipo máximo de interés autorizado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones aplicable para el cálculo de la provisión de seguros de vida, publicado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones anualmente.

Sección Quinta. Seguro "Pensión de Jubilación para trabajadores por cuenta ajena" (Vigente desde el 1 de julio de 2007)

Artículo 42. Objeto del seguro.

La Mutualidad se obliga a pagar al beneficiario al vencimiento del mes en que cumpla los 65 años o al vencimiento del mes correspondiente a la fecha de su jubilación efectiva si ésta tuviera lugar con posterioridad a 65 años, el capital garantizado en el contrato, o bien la pensión actuarialmente equivalente, a la totalidad o parte del capital, a partir de dicha fecha, en base a las condiciones aplicables en el momento de acuerdo con las bases técnicas autorizadas a la Mutualidad, ambos calculados en régimen de capitalización individual.

Tal pensión podrá ser, a elección del mutualista:

- Vitalicia, constante y mensual, extinguiéndose al ocurrir el fallecimiento del asegurado, o bien reversible al cónyuge sobreviviente en un 50% de su cuantía, siendo también en este caso vitalicia, constante y mensual.
- Temporal, constante y pagadera en 3 anualidades. En caso de fallecimiento del mutualista antes de la percepción de las tres anualidades, el beneficiario designado por el mutualista percibirá, en un único pago el importe de la Provisión Matemática existente en el momento del fallecimiento.

En caso de fallecimiento del asegurado antes de cumplir los 65 años, o antes de la fecha de jubilación efectiva si ésta tuviera lugar con posterioridad a los 65 años, la Mutualidad abonará a los beneficiarios un capital igual a la suma de las cuotas pagadas hasta el fallecimiento más el importe, en su caso, de las participaciones en beneficios consolidadas.

Artículo 43. Valores Garantizados.

- 1) El cobro de las prestaciones que tiene por objeto el seguro únicamente podrá efectuarse cuando concurren las contingencias previstas en el artículo 8.6 del Texto Refundido de la Ley de Regulación de Planes y Fondos de Pensiones.
- 2) No existe derecho de rescate.
- 3) El tomador podrá suspender definitivamente el pago de las cuotas, quedando reducido su capital a los 65 años o a la fecha de jubilación efectiva si ésta tuviera lugar con posterioridad a los 65 años. Dicho capital reducido será el resultado de invertir a prima única la provisión matemática derivada de las condiciones de seguro contratadas que tenga el tomador en el momento de la reducción.
- 4) Si el tomador decidiera ejercitar el derecho de reducción, deberá solicitarlo por escrito dirigido a la Mutualidad.
- 5) No existe derecho a anticipo en el presente seguro.

Artículo 44. Participación en beneficios.

Las provisiones matemáticas de este seguro se invertirán por el asegurador en determinados bienes, conforme a la legislación vigente. Al final de cada ejercicio contable (31 de diciembre), la Mutualidad calculará la rentabilidad neta de estos bienes, definida como el cociente entre la diferencia de ingresos y gastos financieros y la provisión matemática a mitad de año. En caso de que esta rentabilidad supere el interés técnico garantizado determinado en las condiciones particulares, el 90% de tal exceso se aplicará a sus tomadores, en proporción a su provisión matemática promedia del año.

Tal aplicación se destinará a aumentar los capitales asegurados, considerándose prima única de este seguro, calculada a la edad actual y aplicando la tarifa vigente.

La distribución de la participación en beneficios no podrá generar un resultado negativo de la cuenta técnica de la Mutualidad.

El importe de la participación en beneficios correspondiente al ejercicio en que se produzca la percepción de la prestación de jubilación, se determinará considerando la rentabilidad resultante de la media aritmética de la rentabilidad de los tres ejercicios inmediatamente anteriores, del periodo de vigencia del contrato en ese año y de la provisión matemática media en ese periodo.

Artículo 45. Cuotas.

Las cuotas de este seguro podrán ser satisfechas con periodicidad anual, semestral, trimestral o mensual, a voluntad del tomador, aplicándose el recargo de fraccionamiento correspondiente cuando el periodo de pago sea inferior al año. Las cuotas serán siempre crecientes anual y geoméricamente al 3%.

Las cuotas serán satisfechas el día 1 del mes respectivo, extendiéndose su pago hasta que el asegurado cumpla los 65 años o hasta la fecha de jubilación efectiva si ésta tuviera lugar con posterioridad a los 65 años incluido en ambos casos el mes en que se produzcan dichas circunstancias.

Se admitirá el pago de aportaciones extraordinarias, cuya cuantía no podrá ser inferior a la establecida, en cada momento, en la base técnica.

En todo caso, la suma anual de las aportaciones periódicas y extraordinarias no podrá exceder los límites máximos legalmente establecidos en cada momento.

En el Anexo de Tarifas, Apéndice 8, se contienen las cuotas para la contratación de este seguro, de conformidad con el tipo máximo de interés autorizado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones aplicable para el cálculo de la provisión de seguros de vida, publicado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones anualmente.

CAPÍTULO II. COBERTURA DE VIUDEDAD

El mutualista puede suscribir el contrato de seguro que se detalla en el presente capítulo para cubrir la contingencia de viudedad.

La edad máxima de suscripción inicial de este seguro se establece en 65 años actuariales para el asegurado.

“PENSIÓN DE VIUDEDAD”

Artículo 46. Objeto del seguro.

En caso de fallecimiento del asegurado, la Mutualidad pagará una pensión mensual, constante y vitalicia al cónyuge beneficiario, extinguiéndose al ocurrir el fallecimiento de éste. El importe de la pensión y la designación del beneficiario constarán en el Título de Mutualista.

Artículo 47. Delimitación de garantías.

Quedan excluidos de cobertura los fallecimientos debidos a:

- a) Suicidio durante el primer año de vigencia del contrato.
- b) Conflictos armados haya precedido o no declaración oficial de guerra.

Artículo 48. Modificación del riesgo.

El tomador del seguro y en su caso el asegurado deberán comunicar a la Mutualidad, tan pronto como le sea posible, todas las variaciones que modifiquen el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en otras condiciones. Las variaciones modificativas del riesgo a las que se refiere este apartado no son las relativas al estado de salud del asegurado, sino a la profesión, prácticas de deportes, utilización de medios de transporte peligrosos (avionetas, helicópteros, etc.) y residencia temporal o definitiva en países con riesgo agravado (políticos, de salud, etc.).

Artículo 49. Duración del seguro.

Este seguro tendrá una duración de un año, entendiéndose prorrogado por periodos anuales a partir de esa fecha salvo que alguna de las partes lo denuncie con dos meses de antelación a su inmediato vencimiento. En cualquier caso, el contrato se extinguirá al finalizar la anualidad de seguro dentro de la cual el asegurado cumpla los 80 años.

Artículo 50. Valores garantizados.

Este seguro, al tratarse de una modalidad de seguro temporal anual y renovable, carece de valores de rescate, reducción y anticipo.

Artículo 51. Cuotas.

La cuota de esta modalidad de seguro es anual y varía en función de la edad del mutualista en cada anualidad.

Las cuotas de este seguro podrán ser satisfechas con periodicidad anual, trimestral o mensual, a voluntad del tomador, aplicándose el recargo de fraccionamiento correspondiente cuando el periodo de pago sea inferior al año. El pago de la prima se efectuará el día 1 del mes respectivo, en función de la periodicidad de pago elegida por el tomador del seguro.

En el Anexo de Tarifas, Apéndice 4, se contiene la tarifa de cuotas para la contratación de este seguro, de conformidad con el tipo máximo de interés autorizado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

CAPÍTULO III. COBERTURA DE ORFANDAD

El mutualista puede suscribir el contrato de seguro que se detalla en el presente capítulo para cubrir la contingencia de orfandad.

La edad máxima de suscripción inicial de este seguro se establece en 65 años actuariales para el asegurado y 20 años actuariales para el hijo beneficiario.

En el caso de que el hijo beneficiario sea minusválido no se aplica para éste el requisito de límite de edad, pero sí se mantiene el límite de edad máxima de suscripción para el asegurado.

“PENSIÓN DE ORFANDAD”

Artículo 52. Objeto del seguro.

En caso de fallecimiento del asegurado, la Mutualidad pagará una pensión mensual y constante al hijo huérfano beneficiario designado en el Título de Mutualista, siempre que éste viva y como máximo hasta que cumpla los 21 años.

No obstante, en el caso de beneficiarios minusválidos en el momento del aseguramiento se hará constar tal circunstancia en el Título de Mutualista, y la pensión garantizada será vitalicia.

Artículo 53. Delimitación de garantías, modificaciones del riesgo y valores garantizados.

Son aplicables a este seguro los artículos 47 a 50 del seguro de “pensión de viudedad”.

Artículo 54. Cuotas.

La cuota de esta modalidad de seguro es anual y varía en función de la edad del mutualista en cada anualidad.

Las cuotas de este seguro podrán ser satisfechas con periodicidad anual, trimestral o mensual, a voluntad del tomador, aplicándose el recargo de fraccionamiento correspondiente cuando el periodo de pago sea inferior al año. El pago de la prima se efectuará el día 1 del mes respectivo, en función de la periodicidad de pago elegida por el tomador del seguro.

En el Anexo de Tarifas, Apéndice 5, se contiene la tarifa de cuotas para la contratación de este seguro, de conformidad con el tipo máximo de interés autorizado por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

CAPÍTULO IV. MUPITI ACCIDENTES - COBERTURA DE INVALIDEZ POR ACCIDENTE Y MUERTE POR ACCIDENTE CON COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y SEGURO COMPLEMENTARIO POR ENFERMEDAD.

(Vigente desde 1 de enero de 2006)

Sección Primera.

Artículo 55. Naturaleza y objeto del seguro.

La presente modalidad de seguro cubre los riesgos de fallecimiento por accidente, de invalidez permanente absoluta por accidente, de invalidez permanente total por accidente y de invalidez permanente parcial por accidente.

Como cobertura adicional, para aquellos mutualistas que a 31 de diciembre de 2005 tuvieran contratado el Bloque IV (extinguido desde dicha fecha) con procedencia de las antiguas modalidades “A” o “C”, se mantiene la cobertura de fallecimiento por cualquier causa.

Asimismo, se podrá contratar de manera complementaria el seguro de invalidez permanente absoluta, invalidez permanente total e invalidez permanente parcial por enfermedad.

Se entenderá por accidente la lesión corporal que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, que produzca invalidez permanente o muerte.

Se entenderá por enfermedad toda alteración del estado de salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

Artículo 56. Normativa aplicable.

El presente seguro se fundamenta en la normativa siguiente:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS).
- Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por RDL 6/2004, de 29 de octubre (TRLOSSP).
- Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (en adelante ROSSP).
- Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de mutualidades de previsión social.
- Reglamento de Cuotas y Prestaciones de la Mutualidad, aprobado por la Asamblea General Extraordinaria de 13 de diciembre de 2003 y modificado parcialmente por acuerdos de la Asamblea General de 18 de junio de 2005, de 17 de junio de 2006, de 15 de junio de 2007, de 20 de junio de 2008 y posteriormente por acuerdo de la Asamblea General de 13 de junio de 2009.
- Demás legislación aplicable.

Artículo 57. Condición de tomador y asegurado.

1) Se entenderá como tomador la persona física o jurídica que solicita y contrata el seguro, y como asegurado, la persona sometida al riesgo objeto de la cobertura y que figura designada en el Título de este seguro.

Si son distintas las personas de tomador de seguro y asegurado, será preciso el consentimiento de éste, dado por escrito, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro.

- 2) El tomador del seguro deberá tener la condición de mutualista. El asegurado será el propio mutualista, su cónyuge o familiar en primer grado de aquél.
- 3) Cuando el tomador del seguro sea una persona jurídica de las previstas en el artículo 16 de los Estatutos, el seguro podrá tener carácter colectivo o de grupo. En este caso, los asegurados son los miembros o socios del respectivo Consejo, Colegio, Corporación o Entidad. También pueden ser asegurados el cónyuge o familiar en primer grado de los miembros o socios que formen parte del respectivo Consejo, Colegio, Corporación o Entidad.

Artículo 58. Criterios de selección.

1) La suscripción de este seguro es voluntaria, y para su formalización es preciso que se cumplan los siguientes requisitos:

- a) El mutualista asegurado deberá tener cumplidos los 18 años y no exceder de 60. A estos efectos, la edad del interesado será la que haya cumplido en el último aniversario de su nacimiento, siendo el límite de la misma el día anterior al aniversario siguiente.
- b) Se establece como requisito de entrada no estar incapacitado en el momento de la incorporación al seguro.
- c) Cumplimentar el correspondiente formulario de solicitud de seguro, en el que se hará constar la profesión u ocupaciones profesionales y los riesgos accesorios, y al que acompañará la documentación que proceda.
- d) Efectuar, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 y 89 de la Ley 50/1980, de Contrato de

Seguro, una declaración sobre su estado de salud y sobre cualquiera otra circunstancia que pueda incidir en la valoración del riesgo, de acuerdo con el cuestionario establecido por la Mutuality.

- e) Someterse a las revisiones médicas que la Mutuality estime convenientes y por los médicos designados por ésta, siendo los gastos de reconocimiento médico y análisis clínicos exigidos para la suscripción de este seguro por cuenta del solicitante.
- f) A la vista de la documentación presentada y de la información facilitada, la Mutuality decidirá la aceptación y la cuota correspondiente o, en su caso, la denegación del seguro.
- g) El asegurado y en su caso el tomador del seguro, durante la vigencia del contrato, deberá declarar las variaciones que se produzcan sobre los datos consignados en el cuestionario que le sometió la Mutuality, y en concreto:
 - I. Cuantas circunstancias existan que mejoren el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haberlas conocido, el contrato se hubiese celebrado en condiciones más favorables.
 - II. Las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidas en el momento del perfeccionamiento del contrato, hubiesen supuesto la no aceptación del riesgo o que se hubiese hecho en condiciones más gravosas.

En el caso de que el tomador del seguro o asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, la Mutuality quedará liberada de la prestación si se ha efectuado con mala fe.

- 2) No podrán suscribir este seguro las personas ciegas, paráliticas, sordas, las que padezcan epilepsia o enajenación mental y las que hayan sufrido ataques de apoplejía de cualquier naturaleza o "delirium tremens".
- 3) La cobertura del riesgo de invalidez derivada de enfermedad queda expresamente condicionada a que se haya efectuado la presentación en la Mutuality de la declaración sobre el estado de salud del asegurado y se haya emitido el correspondiente Título de Mutualista, y tiene un período de carencia de seis meses, contado a partir de la fecha cubierta por el primer recibo pagado.
- 4) En el caso de que el seguro tenga carácter colectivo, tal y como previene el apartado 2 del artículo 1, la suscripción podrá formalizarse mediante listado remitido por el Consejo, Colegio, Corporación o Entidad que actúe como tomador del seguro, en el que se deberán hacer constar, como mínimo, los siguientes datos relativos a los socios asegurados:
 - a) Nombre y apellidos
 - b) Fecha de nacimiento
 - c) Documento Nacional de Identidad
 - d) Domicilio actual
 - e) Actividad profesional del asegurado

La Mutuality procederá a tramitar el alta de los asegurados relacionados en el listado, los cuales quedarán asegurados en las coberturas de accidente con fecha efecto en el día primero del mes siguiente a la recepción del mismo.

El Título de mutualista se entregará una vez se haya presentado por el asegurado la declaración sobre su estado de salud, así como el resto de documentación exigida para la verificación de los datos personales del mismo.

Artículo 59. Impugnación del seguro.

- 1) En el caso de reticencia, reserva o inexactitud en la declaración o la agravación del riesgo del mutualista o, en su caso, del asegurado, que influya en la estimación del riesgo, la Mutuality podrá rescindir el seguro, mediante declaración dirigida al mutualista, en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud, correspondiendo a la misma las cuotas o primas relativas a la anualidad en curso en el momento en que se haga esta declaración.
- 2) Transcurrido un año desde la conclusión del contrato de seguro, la Mutuality no podrá impugnar

el mismo, salvo que se comprobara dolo o culpa grave por parte del tomador o, en su caso, del asegurado en su declaración, o que la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor excediera de los límites de admisión establecidos, en cuyo caso quedará liberada del pago de las prestaciones.

- 3) El contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido la contingencia objeto de la cobertura o el hecho causante de la prestación.

Sección Segunda. Extensión, coberturas y prestaciones del seguro

Artículo 60. Extensión del seguro.

- 1) Quedan cubiertos por este seguro los accidentes y las enfermedades (en caso de contratar el seguro complementario de enfermedad) que el asegurado pueda sufrir en el ejercicio de la profesión declarada en la solicitud, así como también los producidos en su vida privada. Se excluyen los accidentes originados en el ejercicio de ocupaciones profesionales distintas o riesgos accesorios que sean objeto de preguntas especiales en la solicitud de inscripción, si el mutualista o, en su caso el asegurado, no ha contestado afirmativamente a dichas preguntas.

El cambio de profesión o de las ocupaciones del asegurado no anula las garantías del mismo, las cuales siguen en vigor con efectos limitados a los riesgos determinados en las declaraciones contenidas en la solicitud de inscripción, y hasta tanto que la Mutualidad haya tomado nota del cambio mediante suplemento. En el caso de que se agravara o aminorara el riesgo, la Mutualidad podrá optar entre anular el seguro o continuar las garantías, y en el primer caso, tendrá obligación de comunicarlo al asegurado por medio de carta certificada con quince días de anticipación al que haya de tomar efecto dicha anulación, y en el segundo, podrá aumentar o disminuir la prima o cuota en la proporción correspondiente.

- 2) La cobertura de este seguro se extiende a los riesgos de viajes y de estancias del asegurado en cualquier país del mundo.

- 3) A los efectos de los riesgos cubiertos por este seguro, serán considerados como accidentes:

a) Los atentados o agresiones cometidas contra el asegurado.

b) Las lesiones producidas por un rayo o por una descarga eléctrica, la muerte inmediata que resulte de una caída involuntaria en agua o asfixia accidental por gases o vapores; los casos de rabia y de carbunco ocasionados por mordeduras de animales o por picaduras de insectos; las infecciones producidas directamente por un accidente y las inoculaciones infecciosas.

c) Los accidentes acaecidos en caso de legítima defensa o de tentativa de salvación de personas o bienes.

d) Los accidentes que puedan sobrevenir durante las excursiones por montañas, siempre que el asegurado siga caminos bien trazados, o que al apartarse de ellos el terreno sea fácilmente practicable hasta para personas poco habituadas a dichas excursiones.

e) Quedan también incluidos los accidentes de que pueda ser víctima el asegurado practicando, como aficionado, la equitación, gimnasia, natación, fútbol y tenis, cazando, pescando, navegando dentro de puertos o bahías, con embarcaciones movidas a remo, a vela o motor, o cualquier otro deporte de similar riesgo.

- 4) A los efectos de los riesgos cubiertos por este seguro, así como para la determinación de la indemnización que, en su caso, pudiera corresponder al asegurado, **no tendrán la consideración de accidente:**

a) Las enfermedades de toda clase, sea cual fuera su origen y sus consecuencias, tales como cardiovasculares, infarto de miocardio, desvanecimientos y síncope, los ataques de apoplejía o de epilepsia y epileptiforme de cualquier naturaleza, así como las lesiones corporales producidas con ocasión de estas manifestaciones o de otro estado morboso cualquiera; las hernias de cualquier naturaleza y origen y sus complicaciones; las insolaciones, congelaciones y otros efectos de temperatura, a las

cuales no esté expuesto el mutualista por consecuencia de un accidente; las complicaciones de varices, por cualquier causa que sean; las consecuencias de operaciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente; las lesiones consecutivas a operaciones practicadas por el asegurado sobre sí mismo, los envenenamientos y las infecciones no previstas anteriormente.

- b) El infarto de miocardio, cualquiera que sea la causa u origen desencadenante del mismo, aún cuando por resolución firme judicial en el ámbito laboral tuviera tal consideración.
- 5) En ningún caso están cubiertos por este seguro:
- a) Los accidentes sobrevenidos al asegurado con motivo de su participación en carreras de velocidad o de resistencia, utilizando o no vehículos de motor, incluso los entrenamientos oficiales o privados; de apuestas y de concursos de cualquier naturaleza; de cacerías a caballo, de ascensiones aeronáuticas, exceptuando los vuelos de compañías regulares o compañías aéreas comerciales, de vuelo sin motor o con ala delta, paracaidismo y parapente; de la práctica de deportes que impliquen riesgos para el asegurado tales como la práctica de boxeo, alpinismo, montañismo, buceo, pesca submarina, esquí acuático, descenso de ríos y cañones; y, en general, de actos notoriamente peligrosos, no justificados por necesidad profesional.
- b) El suicidio.
- c) Los accidentes o enfermedades sobrevenidos al asegurado en estado de desarreglo mental, embriaguez alcohólica o intoxicación por drogas tóxicas estupefacientes, de sonambulismo o de disminución física.
- d) Los accidentes ocasionados como consecuencia de la participación del asegurado en manifestaciones, duelos o riñas, los debidos a imprudencia temeraria o grave negligencia del asegurado.
- e) Las consecuencias de la reacción o radiación nuclear, así como la contaminación radioactiva.
- f) Los accidentes debidos a hechos de guerra, invasión y hostilidades, haya o no declaración de guerra.
- g) Los accidentes que el asegurado pueda sufrir a consecuencia de actos de terrorismo, motín, revolución, tumulto popular, hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz o fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario (inundaciones, terremotos, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos y aerolitos) ocurridos en España o en el extranjero con participación activa del asegurado.
- h) Las consecuencias de accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.
- i) Las enfermedades preexistentes, ni las derivadas de lesiones o dolencias manifestadas por el asegurado en la declaración sobre su estado de salud, así como el agravamiento de las citadas enfermedades preexistentes hayan sido o no recogidas en la mencionada declaración.

La cobertura de riesgo extraordinario se otorgará por el Consorcio de Compensación de Seguros, al alcance y procedimientos descritos posteriormente.

Artículo 61. Limitaciones en la cobertura.

- 1) Las coberturas tanto de invalidez por accidente como de fallecimiento por accidente cesan al concluir la anualidad en la que el asegurado cumple la edad de 70 años.
- 2) En caso de agravarse las consecuencias de un accidente por una enfermedad, o estado morbosos, padecida por el asegurado, crónica o aguda, preexistente o sobrevenida después de ocurrir el accidente, pero por causa independiente del mismo, la Mutualidad responde sólo de las consecuencias que el accidente hubiera, probablemente, tenido sin la intervención agravante de tal enfermedad.
- 3) La cobertura de invalidez por enfermedad cesa al concluir la anualidad en la que el asegurado cumple la edad de 60 años.
- 4) La cobertura máxima para un asegurado corresponde a un capital de 72.000 euros en caso de incapacidad permanente absoluta y 42.000 euros en caso de muerte por accidente. En caso de

haber contratado la cobertura adicional de enfermedad, la prestación máxima para esta cobertura es de 30.000 euros.

Artículo 62. Prestaciones.

Las prestaciones básicas garantizadas son las de fallecimiento por accidente e invalidez permanente absoluta y parcial por accidente, y como cobertura adicional, para aquellos mutualistas que a 31 de diciembre de 2005 tuvieran contratado el Bloque IV (extinguido desde dicha fecha) con procedencia de las antiguas modalidades "A" o "C", se ofrece la cobertura de fallecimiento por cualquier causa. Adicionalmente, de forma complementaria, se podrá contratar la cobertura de invalidez permanente absoluta y parcial por enfermedad.

- PRESTACIONES BÁSICAS: Invalidez y muerte por accidente

1. Invalidez permanente.

En sus grados de absoluta, total o parcial, la Mutualidad pagará al beneficiario una indemnización por pérdidas anatómicas y funcionales irreversibles consecutivas al traumatismo ocurrido al tiempo del accidente o que sobrevenga posteriormente por evolución de las lesiones sufridas y, como máximo, dentro del plazo de un año. Corresponde en este caso al asegurado demostrar la relación causa-efecto entre el accidente y las lesiones del mismo.

1.1 Invalidez permanente absoluta por accidente:

Se entiende por invalidez permanente absoluta a efectos de este seguro: la lesión orgánica y la pérdida anatómica o su impotencia funcional absoluta y permanente, considerada como irreversible, derivada de accidente que determine la incapacidad permanente absoluta para todo trabajo, con independencia de la profesión del asegurado.

El beneficiario de la prestación cobrará una indemnización, en un pago único, por el importe del capital asegurado por esta cobertura y reflejado en el Título de Mutualista.

El capital asegurado en caso de cobertura básica es de 36.000 euros. En caso de cobertura doble el capital asegurado es de 72.000 euros.

1.2. Invalidez permanente total por accidente:

Se entiende por invalidez permanente total, a efectos de este seguro, la lesión orgánica y la pérdida anatómica o su impotencia funcional total y permanente, considerada como irreversible, derivada de accidente, que inhabilita por completo al mutualista par la realización de todas o las fundamentales tareas de su profesión habitual.

El importe de la indemnización por este concepto se establece en la mitad del capital asegurado por invalidez permanente absoluta.

1.3. Invalidez permanente parcial por accidente:

- a) Se entiende por invalidez permanente parcial a los efectos de este seguro las lesiones o pérdidas anatómico-funcionales contenidas en el siguiente baremo.

El baremo básico del grado de invalidez permanente parcial se expresa en porcentajes y son los siguientes:

Pérdida total o inutilización absoluta	Der.	Izq.
De un brazo o de una mano	60%	40%
Del movimiento del hombro	30%	20%
Del movimiento del codo	20%	15%
Del movimiento de la muñeca	20%	15%
Del pulgar y del índice	40%	20%
De tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice	35%	25%
De tres dedos que no sean el pulgar o índice	25%	20%

Del pulgar y de otro dedo que no sea el índice	30%	20%
Del índice y de otro dedo que no sea el pulgar	25%	20%
Del dedo pulgar sólo	22%	18%
Del dedo índice sólo	20%	15%
Del dedo mayor, del anular o del meñique	10%	8%
De dos de estos últimos dedos	15%	12%
De una pierna o un pie		50%
Del dedo pulgar de un pie		10%
De uno de los demás dedos de un pie		5%
Amputación parcial un pie, comprendiendo todos los dedos		40%
Ablación de la mandíbula inferior		30%
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular		30%
Sordera completa incurable, de los dos oídos		40%
Sordera completa de un oído		10%
Fractura no consolidada de una pierna o de un pie		25%
Pérdida total del movimiento de la cadera o de una rodilla		20%
Acortamiento, por menos de cinco centímetros, de un miembro inferior		15%

Si el asegurado es zurdo se invertirá el baremo.

El beneficiario de la prestación percibirá una indemnización, en un pago único, cuya cuantía se determinará de conformidad con el apartado f) y que no podrá exceder el importe de la mitad del capital asegurado para esta cobertura que se refleja en el Título de Mutualista.

- b) La incapacidad funcional absoluta y permanente de un miembro es asimilable a la pérdida total del mismo.
- c) En los casos que no estén señalados anteriormente, como en los de pérdida parcial de los miembros antes indicados, el grado de invalidez se fijará en proporción a su gravedad, comparada con la de las clases de invalidez enumeradas.
- d) Si el asegurado perdiese en un solo accidente varios miembros, el grado de invalidez se fijará sumando las respectivas valoraciones, pero sin que la indemnización resultante pueda, en ningún caso, exceder de la correspondiente a la invalidez absoluta.
- e) Si antes del accidente el asegurado presentaba defectos corporales o limitaciones funcionales, la invalidez causada por dicho accidente no podrá ser calificada en un grado mayor al que resultaría si la víctima fuera una persona normal desde el punto de vista de la integridad corporal y funcional.
- f) La cuantía de la indemnización será la resultante de aplicar al capital máximo asegurado en la invalidez permanente absoluta el porcentaje que corresponda a la lesión o pérdida anatómico-funcional recogida en el baremo. En caso de pérdida o inutilización parcial de alguno de los miembros, a dicha cuantía se le aplicará el tanto por ciento de inutilización parcial que corresponda.

2) Muerte por accidente.

Se entiende por muerte por accidente a los efectos de este seguro, la muerte por una lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, producida inmediatamente o en el plazo de un año a contar desde la fecha del hecho causante.

La indemnización derivada de la muerte por accidente del asegurado es un capital único por el importe reflejado en el Título de Mutualista. Se pagará a los beneficiarios designados en dicho Título o en su defecto, a los herederos legales. En caso de no existir designación de beneficiario ni herederos legales, el beneficiario sería la Mutuality.

El capital en caso de cobertura básica es de 21.000 euros. Si la cobertura contratada es doble, el capital es de 42.000 euros.

- PRESTACIONES ADICIONALES: Fallecimiento.

Para aquellos mutualistas que a 31 de diciembre de 2005 tuvieran contratado el Bloque IV (extinguido desde dicha fecha) con procedencia de las antiguas modalidades "A" o "C", se ofrece la cobertura adicional de fallecimiento por cualquier causa.

El beneficiario designado en el Título, o en su defecto los herederos legales, percibirán en forma de pago único el capital asegurado para el caso de fallecimiento que se refleja en el mismo, cuyo importe es de 450 euros.

• PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS: Invalidez por enfermedad.

1) Invalidez permanente por enfermedad.

En sus grados de absoluta, total o parcial, la Mutualidad pagará al beneficiario una indemnización por pérdidas anatómicas y funcionales irreversibles derivadas de enfermedad. Corresponde en este caso al asegurado demostrar la relación causa-efecto entre la enfermedad y las lesiones derivadas de la misma.

1.1 Invalidez permanente absoluta por enfermedad:

Se entiende por invalidez permanente absoluta, a efectos de este seguro, la lesión orgánica y la pérdida anatómica o su impotencia funcional absoluta y permanente, considerada como irreversible, derivada de enfermedad inhabilita por completo al mutualista para toda clase de profesión u oficio, con independencia de la profesión del asegurado.

El beneficiario de la prestación cobrará una indemnización, en un pago único, por el importe del capital asegurado por esta cobertura y reflejado en el Título de Mutualista.

El capital asegurado mínimo es de 6.000 euros, pudiendo ampliarse la contratación en tramos de 6.000 euros hasta un máximo de 30.000 euros.

1.2. Invalidez permanente total por enfermedad:

Se entiende por invalidez permanente total, a efectos de este seguro, la lesión orgánica y la pérdida anatómica o su impotencia funcional total y permanente, considerada como irreversible, derivada de enfermedad, que inhabilita por completo al mutualista para la realización de todas o las fundamentales tareas de su profesión habitual.

El importe de la indemnización por este concepto se establece en la mitad del capital asegurado por invalidez permanente absoluta.

1.3 Invalidez permanente parcial por enfermedad:

a) Se entiende por invalidez permanente parcial, a los efectos de este seguro, las lesiones o pérdidas anatómico-funcionales derivadas de enfermedad y contenidas en el baremo básico de invalidez permanente parcial que se especifica para la cobertura básica de Incapacidad permanente Parcial por Accidente.

El beneficiario de la prestación percibirá una indemnización, en un pago único, cuya cuantía se determinará de conformidad con el apartado f) y que no podrá exceder el importe de la mitad del capital asegurado para esta cobertura que se refleja en el Título de Mutualista.

b) La incapacidad funcional absoluta y permanente de un miembro es asimilable a la pérdida total del mismo.

c) En los casos que no estén señalados en el baremo, como en los de pérdida parcial de los miembros indicados en el mismo, el grado de invalidez se fijará en proporción a su gravedad, comparada con la de las clases de invalidez enumeradas.

d) Si el asegurado perdiese a consecuencia de una enfermedad varios miembros, el grado de invalidez se fijará sumando las respectivas valoraciones, pero sin que la indemnización resultante pueda, en ningún caso, exceder de la correspondiente a la invalidez absoluta.

e) Si antes de la ocurrencia de la enfermedad el asegurado presentaba defectos corporales o limitaciones funcionales, la invalidez causada por dicha enfermedad no podrá ser calificada en un

grado mayor al que resultaría si el asegurado fuera una persona normal desde el punto de vista de la integridad corporal y funcional.

- f) La cuantía de la indemnización será la resultante de aplicar al capital máximo asegurado en la invalidez permanente absoluta el porcentaje que corresponda a la lesión o pérdida anatómico-funcional recogida en el baremo. En caso de pérdida o inutilización parcial de alguno de los miembros, a dicha cuantía se le aplicará el tanto por ciento de inutilización parcial que corresponda.

Artículo 63. Reconocimiento del derecho a las prestaciones.

- 1) El procedimiento para el reconocimiento del derecho a la prestación se iniciará a petición del mutualista, el asegurado o los beneficiarios, que a la correspondiente solicitud acompañarán los documentos y demás elementos de prueba que en cada caso procedan, debiendo comunicar a la Mutualidad el acaecimiento del accidente en el plazo máximo de siete días de haberlo conocido.
- 2) A la vista de la solicitud y de la demás documentación aportada se adoptará por la Mutualidad la resolución que proceda, que será notificada por escrito a los interesados.
- 3) En ningún caso y por ningún motivo, procederá el reconocimiento y abono de las prestaciones en concepto de invalidez por enfermedad respecto del mutualista que haya cumplido la edad de 60 años, por haber quedado extinguido y a todos los efectos el contrato de seguro correspondiente a esta cobertura a dicha edad.

Artículo 64. Documentación necesaria para el reconocimiento de la prestación.

- 1) Los interesados solicitarán el reconocimiento de la prestación cumplimentando el impreso establecido al efecto por la Mutualidad, que será presentado en las oficinas de la misma o en el Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Industriales al que pertenezcan.
- 2) En la solicitud de prestación se hará constar:
 - a) Los datos personales del mutualista tomador del seguro, del asegurado, si fuera persona distinta, y de los beneficiarios.
 - b) Si la prestación se solicita por invalidez o por muerte del asegurado.
 - c) Forma de pago de la prestación.
 - d) Fecha y firma de los solicitantes.
- 3) A la solicitud de prestación se acompañará la documentación siguiente:
 - a) Título de mutualista o testimonio del mismo.
 - b) Certificado de nacimiento del asegurado, si no se hubiese aportado al formalizar el seguro.
 - c) Fotocopia del DNI de los beneficiarios.
 - d) Aquella otra documentación que fuera necesaria para acreditar suficientemente la condición de beneficiario.
 - e) En su caso, formulario de declaración de datos personales establecido por la Agencia Tributaria para el cálculo de la retención correspondiente.
 - f) Fe de Vida y Estado.
- 4) Además, dependiendo del motivo por el que se solicita la prestación, a la documentación prevista en el apartado anterior deberá unirse la siguiente:
 - a) Si la prestación se solicita por invalidez o incapacidad del asegurado:
 - Certificación médica, en impreso oficial, expedida por el médico o médicos que traten o hayan tratado al asegurado, haciendo constar la naturaleza, el origen y la evolución de las lesiones derivadas del accidente y causantes de la invalidez, el diagnóstico sobre la posible curación y evolución de las mismas, así como las limitaciones o pérdidas funcionales o físicas padecidas y las posibilidades de rehabilitación. Todo ello con el mayor detalle posible y acompañando radiografía y demás pruebas clínicas, en su caso.
 - Certificado de Invalidez del INSS o el órgano competente de la Comunidad Autónoma correspondiente

b) Si la prestación se solicita por muerte del asegurado derivada de accidente:

- Certificado médico forense e informe del Juzgado, haciendo constar la fecha y el motivo del hecho causante.
- Certificación de defunción.
- Fotocopia del DNI del posible beneficiario de la indemnización.
- En caso de que no se hubiera designado beneficiario en la póliza de seguro, libro de familia y testamento o, en defecto de este último, declaración de herederos o acta de notoriedad.
- Liquidación del Impuesto de Sucesiones.

Artículo 65. Determinación del grado de invalidez.

1) La determinación del grado de invalidez se efectuará tan pronto como el estado del asegurado pueda ser reconocido como definitivo y su lesión como irreversible, previa presentación por el solicitante, al que incumbe la prueba de invalidez del asegurado, del correspondiente certificado médico de incapacidad previsto en el artículo anterior.

La Mutualidad notificará por escrito al solicitante la cuantía de la indemnización que corresponda, de acuerdo con el grado de invalidez que se deduzca del certificado médico de incapacidad y del baremo fijado en el apartado 6.3.

2) En caso de que el solicitante no preste conformidad a la evaluación del grado de invalidez hecha por parte de la Mutualidad, se procederá de acuerdo con lo estipulado en el artículo 104 y 38 de la Ley de Contrato de Seguro.

Artículo 66. Pago de la indemnización.

1) Reconocido el derecho, la indemnización se abonará en el domicilio de la Mutualidad, en la sede del Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Industriales al que pertenezca el asegurado o por conducto de entidades de crédito, surtiendo el ingreso o depósito en éstas plenos efectos liberatorios desde su fecha, cuando los interesados no hayan manifestado previamente su disconformidad con este procedimiento.

El beneficiario, una vez recibida la indemnización, deberá firmar y remitir a la Mutualidad un recibo-finiquito acreditativo del pago de la prestación y de su conformidad con el mismo.

2) La Mutualidad está obligada al pago de la prestación al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer el derecho a las mismas.

En cualquier caso, la Mutualidad, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la solicitud de prestación, procederá al pago del importe mínimo de lo que pueda corresponder al asegurado o a los beneficiarios, según las circunstancias conocidas por la Mutualidad.

Artículo 67. Reintegro de las prestaciones indebidas.

1) Los mutualistas, asegurados y/o sus beneficiarios que hayan percibido indebidamente indemnizaciones por este seguro de la Mutualidad, estarán obligados, solidariamente, a reintegrar su importe.

2) Si la cantidad no fuese reintegrada en el plazo de tres meses desde que se percibió indebidamente, la Mutualidad podrá exigir un incremento del 20% anual sobre el importe adeudado y en proporción a la demora.

Artículo 68. Obligaciones del asegurado en caso de accidente.

Ocurrido el accidente, debe llamarse sin retraso a un médico, seguir sus prescripciones y hacer todas las diligencias que requiera el caso para la conservación de la vida del asegurado y su pronto restablecimiento.

Es obligación del mutualista, del asegurado y de los beneficiarios, facilitar a la Mutualidad todos los datos e informes que les soliciten. El mutualista y/o asegurado se obliga también a dejarse examinar por los médicos que designe la Mutualidad.

El agravamiento de las consecuencias de un accidente causado por cura retrasada o inobservancia de las prescripciones facultativas, no será a cargo de la Mutualidad.

El asegurado o su beneficiario estarán obligados a comunicar a la Mutualidad la existencia de un proceso civil o penal contra el tercero responsable del siniestro, con el fin de facilitar a ésta el ejercicio de los derechos y las acciones que pudiera corresponderle.

Sección Tercera. Régimen de cotización

Artículo 69. Determinación de la cuota.

1) Determinación de la cuota del seguro de accidente y del seguro de fallecimiento por cualquier causa.

La cuota es fija y cubre la totalidad de las prestaciones de forma conjunta.

El importe de la cuota, y de los impuestos y recargos establecidos legalmente se detalla en el Anexo de Tarifas.

2) Determinación de la cuota del seguro complementario de enfermedad, para la cobertura de invalidez absoluta, total y parcial.

El importe de la cuota y de los impuestos y recargos establecidos legalmente se detalla en el Anexo de Tarifas.

Artículo 70. Periodicidad, lugar y forma de pago de las cuotas.

1) La cuota será abonada por anualidades anticipadas, con vencimiento por año natural.

2) Se abonarán mediante recibo librado por la Mutualidad contra la cuenta bancaria facilitada por el mutualista y/o asegurado y en el domicilio bancario indicado por éste.

3) Cuando el tomador del seguro sea una persona jurídica y el seguro tenga el carácter colectivo o de grupo, la cuota se abonará mediante cargo en cuenta abierta al Colegio o Entidad correspondiente. El abono de las cuotas correspondientes a sus colegiados o asociados se realizará, por el Colegio o Entidad correspondiente, mediante talón nominativo o transferencia bancaria a la cuenta de la Mutualidad, con la periodicidad pactada.

Artículo 71. Efectos de la falta de pago.

En caso de falta de pago de las cuotas, la Mutualidad mantendrá la cobertura durante un mes después del vencimiento del recibo, a partir del cual las coberturas quedan en suspenso, extinguiéndose definitivamente el seguro transcurridos seis meses desde la fecha del vencimiento del recibo.

Artículo 72. Duración del seguro.

El seguro tendrá una duración, en el primer periodo de vigencia, desde la fecha consignada en el Título hasta el último día del año natural en curso. Al vencimiento de dicho plazo, el seguro quedará tácitamente prorrogado por un año, y así en lo sucesivo, salvo que el tomador o la Mutualidad se opusieran a su prórroga mediante carta certificada con dos meses, por lo menos, de antelación a la conclusión del periodo del seguro en curso.

El seguro se extinguirá en su totalidad, automáticamente, cuando se produzcan las siguientes circunstancias:

- 1.- Percibir cualquiera de las prestaciones básicas, adicionales o complementarias, con independencia de su importe.
- 2.-En caso de fallecimiento del mutualista y/o asegurado.

Asimismo, se extinguirán las coberturas, de manera independiente, en las siguientes circunstancias:

- a) En las prestaciones básicas: Invalidez y muerte por accidente.
 - Al vencimiento del seguro en la anualidad en la que el asegurado cumpla los 70 años de edad.
- b) En las prestaciones adicionales: Fallecimiento (sólo para aquellos mutualistas que a 31 de diciembre de 2005 tuvieran contratado el Bloque IV, con procedencia de las antiguas modalidades "A" o "C").
 - Al vencimiento del seguro en la anualidad en la que el asegurado cumpla los 70 años de edad.

Excepcionalmente, los mutualistas que a 31 de diciembre de 2005 tuvieran contratado el Bloque IV, con procedencia de las antiguas modalidades "A" o "C" y una edad superior a los 70 años, mantendrán esta cobertura hasta su fallecimiento.

- c) En las prestaciones complementarias: Invalidez por enfermedad.
 - Al vencimiento del seguro en la anualidad en la que el asegurado cumpla los 60 años de edad.

CAPÍTULO V. MUPITI VIDA - COBERTURA DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR CUALQUIER CAUSA.

(Vigente desde el 1 de octubre de 2005)

Sección Primera

Artículo 73. Normativa aplicable.

El presente seguro se fundamenta en la normativa siguiente:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS).
- Texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por RDL 6/2004, de 29 de octubre (TRLOSSP).
- Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (ROSSP).
- Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de mutualidades de previsión social.
- Reglamento de Cuotas y Prestaciones de la Mutualidad, aprobado por la Asamblea General Extraordinaria de 13 de diciembre de 2003 y modificado parcialmente por acuerdos de la Asamblea General de 18 de junio de 2005, de 17 de junio de 2006, de 15 de junio de 2007, de 20 de junio de 2008 y posteriormente por acuerdo de la Asamblea General de 13 de junio de 2009.
- Demás legislación aplicable.

Artículo 74. Objeto y duración del seguro

La presente modalidad de seguro cubre el riesgo principal de fallecimiento y los riesgos complementarios de incapacidad absoluta y permanente para toda profesión, de fallecimiento por accidente y fallecimiento por accidente de circulación.

La cobertura de los riesgos es anual renovable. El seguro se renovará automáticamente por períodos anuales a partir de cada aniversario de la fecha de efecto del seguro, mediante el pago de la prima que corresponda en la anualidad de renovación.

La rescisión podrá efectuarse por ambas partes, denunciándola con dos meses de antelación a su inmediato vencimiento, tal y como se estipula en la Ley 50/1980.

El seguro se extinguirá automáticamente al percibir cualquiera de las prestaciones básicas, adicionales o complementarias, con independencia de su importe.

Artículo 75. Descripción de las garantías.

1) Fallecimiento.

Se garantiza el pago de un capital contratado en caso de que el asegurado fallezca durante el periodo de vigencia del seguro.

2) Riesgo complementario por fallecimiento por accidente.

Se garantiza el pago del capital asegurado en el supuesto de que el asegurado fallezca como consecuencia de un accidente.

A los efectos de este seguro se entiende por fallecimiento por accidente el producido por toda lesión corporal debida a la acción directa de un acontecimiento exterior, súbito y violento, ajeno a la voluntad del Asegurado y que cause su fallecimiento en el acto o al cabo de los 30 días siguientes al accidente.

3) Riesgo complementario por fallecimiento por accidente de circulación.

Se garantiza el pago del capital asegurado, en el supuesto de que el asegurado fallezca como consecuencia de un accidente de circulación.

A los efectos de este seguro se entiende por accidente de circulación la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, producida por u originada en un vehículo terrestre, en concreto, el accidente que le sobrevenga a la persona asegurada por circunstancias derivadas de la circulación vial.

4) Riesgo complementario por incapacidad absoluta y permanente.

Se garantiza el pago del capital asegurado en el caso de que el asegurado resulte afectado de una incapacidad absoluta y permanente por enfermedad o accidente.

A los efectos de este seguro se entiende por incapacidad absoluta y permanente la situación física e irreversible provocada por accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del Asegurado, que impide por completo al trabajador afectado la realización de cualquier profesión u oficio.

5) Riesgo complementario por incapacidad absoluta y permanente por accidente.

Se garantiza el pago del capital asegurado en el caso de que el asegurado resulte afectado de una incapacidad absoluta y permanente por accidente.

A los efectos de este seguro se entiende por incapacidad absoluta y permanente la situación física e irreversible provocada por accidentes originados independientemente de la voluntad del Asegurado, que impide por completo al trabajador afectado la realización de cualquier profesión u oficio.

6) Riesgo complementario por incapacidad absoluta y permanente por accidente de circulación.

Se garantiza el pago del capital asegurado en el caso de que el asegurado resulte afectado de una incapacidad absoluta y permanente por accidente de circulación, atendiendo a la definición de incapacidad absoluta y permanente y de accidente de circulación realizada con los párrafos precedentes.

Sección Segunda. Extensión, coberturas y prestaciones del seguro

Artículo 76. Extensión y riesgos excluidos del seguro.

Extensión del seguro.

1) Quedan cubiertos por este seguro los accidentes y las enfermedades que el asegurado pueda sufrir en el ejercicio de la profesión declarada en la solicitud, así como también los producidos en su vida privada. Se excluyen los accidentes originados en el ejercicio de ocupaciones profesionales distin-

tas o riesgos accesorios que sean objeto de preguntas especiales en la solicitud de inscripción, si el mutualista o, en su caso el asegurado, no ha contestado afirmativamente a dichas preguntas.

El cambio de profesión o de las ocupaciones del asegurado no anula las garantías del mismo, las cuales siguen en vigor con efectos limitados a los riesgos determinados en las declaraciones contenidas en la solicitud de inscripción, y hasta tanto que la Mutualidad haya tomado nota del cambio mediante suplemento. En el caso de que se agravara o aminorara el riesgo, la Mutualidad podrá optar entre anular el seguro o continuar las garantías, y en el primer caso, tendrá obligación de comunicarlo al asegurado por medio de carta certificada con quince días de anticipación al que haya de tomar efecto dicha anulación, y en el segundo, podrá aumentar o disminuir la prima o cuota en la proporción correspondiente.

2) La cobertura de este seguro se extiende a los riesgos de viajes y de estancias del asegurado en cualquier país del mundo.

3) A los efectos de los riesgos cubiertos por este seguro, serán considerados como accidentes:

a) Los atentados o agresiones cometidas contra el asegurado.

b) Las lesiones producidas por un rayo o por una descarga eléctrica, la muerte inmediata que resulte de una caída involuntaria en agua o asfixia accidental por gases o vapores; los casos de rabia y de carbunco ocasionados por mordeduras de animales o por picaduras de insectos; las infecciones producidas directamente por un accidente y las inoculaciones infecciosas.

c) Los accidentes acaecidos en caso de legítima defensa o de tentativa de salvación de personas o bienes.

d) Los accidentes que puedan sobrevenir durante las excursiones por montañas, siempre que el asegurado siga caminos bien trazados, o que al apartarse de ellos el terreno sea fácilmente practicable hasta para personas poco habituadas a dichas excursiones.

e) Quedan también incluidos los accidentes de que pueda ser víctima el asegurado practicando, como aficionado, la equitación, gimnasia, natación, fútbol y tenis, cazando, pescando, navegando dentro de puertos o bahías, con embarcaciones movidas a remo, a vela o motor, o cualquier otro deporte de similar riesgo.

4) A los efectos de los riesgos cubiertos por este seguro, así como para la determinación de la indemnización que, en su caso, pudiera corresponder al asegurado, no tendrán la consideración de accidente:

a) Las enfermedades de toda clase, sea cual fuera su origen y sus consecuencias, tales como cardiovasculares, infarto de miocardio, desvanecimientos y síncope, los ataques de apoplejía o de epilepsia y epileptiforme de cualquier naturaleza, así como las lesiones corporales producidas con ocasión de estas manifestaciones o de otro estado morboso cualquiera; las hernias de cualquier naturaleza y origen y sus complicaciones; las insolaciones, congelaciones y otros efectos de temperatura, a las cuales no esté expuesto el mutualista por consecuencia de un accidente; las complicaciones de varices, por cualquier causa que sean; las consecuencias de operaciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente; las lesiones consecutivas a operaciones practicadas por el asegurado sobre sí mismo, los envenenamientos y las infecciones no previstas anteriormente.

b) El infarto de miocardio, cualquiera que sea la causa u origen desencadenante del mismo, aún cuando por resolución firme judicial en el ámbito laboral tuviera tal consideración.

5) Quedan excluidos de la garantía de este seguro:

a) Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

b) Los accidentes sobrevenidos al asegurado con motivo de su participación en carreras de velocidad o de resistencia, utilizando o no vehículos de motor, incluso los entrenamientos oficiales o privados; de apuestas y de concursos de cualquier naturaleza; de cacerías a caballo, de ascensiones aeronáuticas, exceptuando los vuelos de compañías regulares o compañías aéreas comerciales, de vuelo sin motor o con ala delta, paracaidismo y parapente; de la práctica de deportes

que impliquen riesgos para el asegurado tales como la práctica de boxeo, alpinismo, montañismo, buceo, pesca submarina, esquí acuático, descenso de ríos y cañones; y, en general, de actos notoriamente peligrosos, no justificados por necesidad profesional.

- c) El suicidio.
- d) Los accidentes o enfermedades sobrevenidos al asegurado en estado de desarreglo mental, embriaguez alcohólica o intoxicación por drogas tóxicas estupefacientes, de sonambulismo o de disminución física.
- e) Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado, declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no haya actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.
- f) Las consecuencias de la reacción o radiación nuclear, así como la contaminación radioactiva.
- g) Las consecuencias de las guerras u operaciones de carácter similar o derivados de hechos de carácter político o social.
- h) Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.
- i) Los accidentes que el asegurado pueda sufrir a consecuencia de actos de terrorismo, motín, revolución, tumulto popular, hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz o fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario (inundaciones, terremotos, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos y aerolitos) ocurridos en España o en el extranjero con participación activa del asegurado.
- j) Las consecuencias de accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.
- k) Las enfermedades preexistentes, ni las derivadas de lesiones o dolencias manifestadas por el asegurado en la declaración sobre su estado de salud, así como el agravamiento de las citadas enfermedades preexistentes hayan sido o no recogidas en la mencionada declaración.
- l) Los accidentes causados por el beneficiario del asegurado. No obstante, si existieran varios beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del asegurado conservarán su derecho a la totalidad del capital asegurado.

La cobertura de riesgo extraordinario se otorgará por el Consorcio de Compensación de Seguros, al alcance y procedimientos descritos posteriormente.

Artículo 77. Limitaciones en la cobertura.

- a) La cobertura del seguro se extinguirá, para el riesgo de invalidez en la anualidad de seguro dentro de la cual el asegurado cumpla 65 años de edad y para el riesgo de fallecimiento en la anualidad de seguro dentro de la cual el asegurado cumpla de 73 años.
- b) En caso de agravarse las consecuencias de un accidente por una enfermedad, o estado morbo, padecida por el asegurado, crónica o aguda, preexistente o sobrevenida después de ocurrir el accidente, pero por causa independiente del mismo, la Mutuality responde sólo de las consecuencias que el accidente hubiera, probablemente, tenido sin la intervención agravante de tal enfermedad.

Artículo 78. Condición de tomador y asegurado.

- 1) Se entenderá como tomador la persona física o jurídica que solicita y contrata el seguro, y como asegurado, la persona sometida al riesgo objeto de la cobertura y que figura designada en el Título de este seguro.

Si son distintas las personas de tomador de seguro y asegurado, será preciso el consentimiento de éste, dado por escrito, salvo que pueda presumirse de otra forma su interés por la existencia del seguro.

- 2) El tomador del seguro deberá tener la condición de mutualista. El asegurado será el propio mutualista, su cónyuge o familiar en primer grado de aquél.
- 3) Cuando el tomador del seguro sea una persona jurídica de las previstas en el artículo 16 de los Estatutos, el seguro podrá tener carácter colectivo o de grupo. En este caso, los asegurados son los miembros o socios del respectivo Consejo, Colegio, Corporación o Entidad. También pueden ser asegurados el cónyuge o familiar en primer grado de los miembros o socios que formen parte del respectivo Consejo, Colegio, Corporación o Entidad.

Artículo 79. Criterios de selección.

- 1) Edad de entrada.

La edad mínima de entrada se establece en los 20 años y la edad máxima en los 64 años.

- 2) La suscripción de este seguro es voluntaria, y para su formalización es preciso que se cumplan los siguientes requisitos:
 - a) Se establece como requisito de entrada no estar incapacitado en el momento de incorporarse al seguro.
 - b) Cumplimentar el correspondiente formulario de solicitud de seguro, en el que se hará constar la profesión u ocupaciones profesionales y los riesgos accesorios, y al que acompañará la documentación que proceda.
 - c) Todo asegurado deberá cumplimentar una declaración sobre su estado de salud y sobre cualquiera otra circunstancia que pueda incidir en la valoración del riesgo, de acuerdo con el cuestionario establecido por la Mutualidad. Asimismo, en los casos recogidos en el Anexo de esta nota técnica, deberá pasar reconocimiento médico. No obstante, cuando las circunstancias del seguro lo aconsejen, MUPITI podrá solicitar un reconocimiento médico tan completo como se estime necesario.
 - d) A la vista de la documentación presentada y de la información facilitada, la Mutualidad decidirá la aceptación y la cuota correspondiente o, en su caso, la denegación del seguro.
 - e) La admisión en el seguro y las mejoras posteriores de las prestaciones garantizadas sólo tendrán lugar si las personas disfrutan de su plena capacidad para el trabajo, según su puesto y categoría profesional, y suscriben el boletín de adhesión facilitado por la Mutualidad.
 - f) El asegurado y en su caso el tomador del seguro, durante la vigencia del contrato, deberá declarar las variaciones que se produzcan sobre los datos consignados en el cuestionario que le sometió la Mutualidad, y en concreto:
 - I. Cuantas circunstancias existan que mejoren el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haberlas conocido, el contrato se hubiese celebrado en condiciones más favorables.
 - II. Las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidas en el momento del perfeccionamiento del contrato, hubiesen supuesto la no aceptación del riesgo o que se hubiese hecho en condiciones más gravosas.
- En el caso de que el tomador del seguro o asegurado no hayan efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, la Mutualidad quedará liberada de la prestación si se ha efectuado con mala fe.
- 3) No podrán suscribir este seguro las personas ciegas, paralíticas, sordas, las que padezcan epilepsia o enajenación mental y las que hayan sufrido ataques de apoplejía de cualquier naturaleza o "dellirium tremens".
 - 4) La cobertura del riesgo de invalidez derivada de enfermedad queda expresamente condicionada a que se haya efectuado la presentación en la Mutualidad de la declaración sobre el estado de salud del asegurado y se haya emitido el correspondiente Título de Mutualista, y tiene un período de carencia de seis meses, contado a partir de la fecha cubierta por el primer recibo pagado.

5) En el caso de que el seguro tenga carácter colectivo, tal y como previene el apartado 2 del artículo 1, la suscripción podrá formalizarse mediante listado remitido por el Consejo, Colegio, Corporación o Entidad que actúe como tomador del seguro, en el que se deberán hacer constar, como mínimo, los siguientes datos relativos a los socios asegurados:

- a) Nombre y apellidos
- b) Fecha de nacimiento
- c) Documento Nacional de Identidad
- d) Domicilio actual

La Mutualidad procederá a tramitar el alta de los asegurados relacionados en el listado, los cuales quedarán asegurados en las coberturas de accidente con fecha efecto en el día primero del mes siguiente a la recepción del mismo.

El Título de mutualista se entregará una vez se haya presentado por el asegurado la declaración sobre su estado de salud, así como el resto de documentación exigida para la verificación de los datos personales del mismo.

Artículo 80. Impugnación del seguro.

- 1) En el caso de reticencia, reserva o inexactitud en la declaración o la agravación del riesgo del mutualista o, en su caso, del asegurado, que influya en la estimación del riesgo, la Mutualidad podrá rescindir el seguro, mediante declaración dirigida al mutualista, en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud, correspondiendo a la misma las cuotas o primas relativas a la anualidad en curso en el momento en que se haga esta declaración.
- 2) Transcurrido un año desde la conclusión del contrato de seguro, la Mutualidad no podrá impugnar el mismo, salvo que se comprobara dolo o culpa grave por parte del tomador o, en su caso, del asegurado en su declaración, o que la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor excediera de los límites de admisión establecidos, en cuyo caso quedará liberada del pago de las prestaciones.

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido la contingencia objeto de la cobertura o el hecho causante de la prestación.

Artículo 81. Capitales asegurados.

El capital asegurado para cada una de las garantías mencionadas en el epígrafe anterior, será, a elegir por el asegurado, entre un mínimo de 6.000 euros y un máximo de 90.000 euros.

Para los riesgos complementarios de muerte por accidente y muerte por accidente de circulación, el capital será adicional al de fallecimiento (doble capital), en el primer caso, y al de fallecimiento y fallecimiento por accidente en el segundo caso (triple capital).

Para los riesgos complementarios de incapacidad absoluta por accidente e incapacidad absoluta por accidente de circulación, el capital será adicional al de incapacidad absoluta (doble capital), en el primer caso, y al de incapacidad absoluta e incapacidad absoluta por accidente en el segundo caso (triple capital).

En caso de que el asegurado suscriba este seguro al objeto de optar por Mupiti como alternativa al R.E.T.A., tendrá que contratar una cuantía mínima de capital asegurado de 30.000 euros.

Artículo 82. Documentos que deben acompañar en caso de siniestro.

- 1) El beneficiario, para justificar su derecho a percibir el importe del seguro deberá presentar en la Mutualidad, acompañando a la solicitud de prestación, los siguientes documentos:
 - a) Título de mutualista o testimonio del mismo.
 - b) Certificado de nacimiento del asegurado, si no se hubiese aportado al formalizar el seguro.

- c) Fotocopia del DNI de los beneficiarios.
- d) Aquella otra documentación que fuera necesaria para acreditar suficientemente la condición de beneficiario.
- e) En su caso, formulario de declaración de datos personales establecido por la Agencia Tributaria para el cálculo de la retención correspondiente.
- f) Fe de Vida y Estado.
- 2) Además, dependiendo del motivo por el que se solicita la prestación, a la documentación prevista en el apartado anterior deberá unirse la siguiente:
- a) En caso de muerte del asegurado:
- Certificado médico forense e informe del Juzgado, haciendo constar la fecha y el motivo del hecho causante.
 - Certificado de defunción.
 - En caso de que no se hubiera designado beneficiario en la póliza de seguro, libro de familia y testamento o, en defecto de este último, declaración de herederos o acto de notoriedad.
 - Carta de pago del impuesto sobre Sucesiones y donaciones o su exención, si procede, en caso de que corresponda tributar por dicho impuesto.
- b) En caso de lesiones que generen invalidez permanente absoluta del asegurado:
- Certificación médica, en impreso oficial, expedida por el médico o médicos que traten o hayan tratado al asegurado, haciendo constar la naturaleza, el origen y la evolución de las lesiones causantes de la invalidez, el diagnóstico sobre la posible curación y evolución de las mismas, así como las limitaciones o pérdidas funcionales o físicas padecidas y las posibilidades de rehabilitación. Todo ello con el mayor detalle posible y acompañando radiografía y demás pruebas clínicas, en su caso.
 - Certificado de invalidez del INSS o el órgano competente de la Comunidad Autónoma correspondiente.

En base a dicha información el asegurador comprobará el estado de invalidez del asegurado, recabando en caso de ser necesaria la opinión de sus asesores médicos.

Dentro de un plazo máximo de tres meses a contar de la fecha de la recepción de la documentación, el asegurador deberá reconocer el estado de invalidez del asegurado o desestimar su calificación si hubiere justos motivos para ello.

Sección Tercera. Régimen de cotización.

Artículo 83. Determinación de la prima del seguro.

El importe de la prima se detalla en el Anexo de Tarifas apéndice 7.

Artículo 84. Periodicidad, lugar y forma de pago de las cuotas.

- 1) El pago de las primas será anual prepagable, salvo que se acuerde el fraccionamiento de la misma en periodos mensuales, trimestrales o semestrales, en cuyo caso, la compañía podrá aplicar un recargo por fraccionamiento. Dicho recargo se establece inicialmente en un 1,5%, siendo susceptible de modificación a criterio de la Mutualidad.
- 2) La primera prima se ajustará al vencimiento del año natural y se determinará de forma proporcional a la prima anual correspondiente a la edad actuarial del asegurado en el momento de la contratación. Las siguientes se ajustarán al año natural, es decir, se emitirá el 1 de enero y tendrá su vencimiento el 31 de diciembre del mismo año. Considerando para calcular la prima la edad actuarial del asegurado cada 1 de enero.

3) El pago se realizará mediante domiciliación bancaria.

Artículo 85. Efectos de la falta de pago.

En caso de falta de pago de las cuotas, la Mutualidad mantendrá la cobertura durante un mes después del vencimiento del recibo, a partir del cual las coberturas quedan en suspenso, extinguiéndose definitivamente el seguro transcurridos seis meses desde la fecha del vencimiento del recibo.

CAPÍTULO VI. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS.

Artículo 86. Riesgos que son cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.

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, 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, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acaecidos 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, aún 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.

Artículo 87. Resumen de las normas legales.

1) Acontecimientos extraordinarios cubiertos:

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- 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 tiempo de paz.

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 haya precedido la 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 elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones 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 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 de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

3) Extensión de la cobertura

La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y sumas aseguradas que se hayan establecido en la póliza a efectos de los riesgos ordinarios. En las pólizas de seguro 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 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 citada, 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.

Artículo 88. Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros.

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio 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 (www.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

CAPÍTULO VII. MUPITI DEPENDENCIA - COBERTURA DE GRAN DEPENDENCIA Y DEPENDENCIA SEVERA. (Vigente desde el 1 de octubre de 2009).

La regulación de este seguro se recoge en documento independiente, denominado "Mupiti Dependencia", que forma parte integrante en todo su condicionado, del Reglamento de Cuotas y Prestaciones.

CAPÍTULO VIII. PLAN DE PREVISION ASEGURADO DE MUPITI - COBERTURA PRINCIPAL DE JUBILACIÓN, INVALIDEZ PERMANENTE ABSOLUTA Y FALLECIMIENTO. (Vigente desde el 1 de octubre de 2009).

La regulación de este seguro se recoge en documento independiente, denominado "Plan de Previsión Asegurado de Mupiti", que forma parte integrante en todo su condicionado, del Reglamento de Cuotas y Prestaciones.

TITULO III

RECURSOS Y JURISDICCIÓN

Artículo 89. Recursos y Arbitraje.

- 1) El tomador del seguro, el asegurado o los beneficiarios podrán presentar reclamaciones ante el Consejo Rector de la Mutualidad, así como interponer las relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos ante el Departamento de Atención al Asegurado. También podrán presentar sus quejas y reclamaciones ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado, adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en los términos previstos en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, para lo cual será imprescindible acreditar haberlas formulado previamente por escrito al Departamento de Atención al Asegurado de la Mutualidad.
- 2) Para la resolución de las controversias que puedan surgir entre los mutualistas y la Mutualidad en orden a las contingencias, condiciones y requisitos de cobertura y prestaciones garantizadas, podrán someterse a arbitraje de derecho al amparo de las previsiones del artículo 61.3 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje, a cuyo efecto en los títulos del mutualista se consignará el correspondiente convenio arbitral de acuerdo con las previsiones del Título II de la Ley de Arbitraje. La administración del arbitraje y la designación de árbitros de encomendará a la Sección Española de la Asociación Internacional de Derecho de Seguros (S.E.A.I.D.A.), con sede en Madrid, calle Sagasta, número 18.

Artículo 90. Comunicaciones.

Las comunicaciones a la Mutualidad por parte del mutualista tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquella señalado en la solicitud de afiliación.

Las comunicaciones de la Mutualidad al mutualista tomador del seguro, al asegurado o al beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos, recogido en la solicitud de afiliación, salvo que por éstos se hubiera notificado a la Mutualidad el cambio de su domicilio.

Artículo 91. Prescripción.

Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de cinco años, computados a partir del día en que pudieron ejercitarse.

Artículo 92. Jurisdicción.

El contrato de seguro queda sometido a la Jurisdicción Española, y dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la relación de aseguramiento el Juez del domicilio del asegurado.

DISPOSICIONES ADICIONALES

PRIMERA

1) Los peritos e ingenieros técnicos industriales colegiados que ejerzan la profesión por cuenta propia y que deseen optar por MUPITI como alternativa al Régimen Especial de la Seguridad Social de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (en adelante RETA) deberán suscribir, a través de la Mutualidad, las siguientes contingencias mínimas:

- a) Cobertura de Jubilación: deberá contratarse un capital que de derecho a percibir una pensión estimada de 540,91 € al mes. En el caso de mutualistas con edad superior a 49 años la cuantía de la pensión estimada se establece en 300,51 euros mensuales.
- b) Asistencia Sanitaria: ofrecida por MUPITI, bien directamente (en régimen de aseguramiento directo o en cesión de reaseguro) o bien mediante convenios concertados para el colectivo de mutualistas con compañías aseguradoras.

Para los colegiados que opten por Mupiti como alternativa al RETA a partir del 1 de julio de 2008, se considerará cubierta la contingencia mínima de asistencia sanitaria si se acredita tener dicha cobertura del sistema de la Seguridad Social o del Sistema de Clases Pasivas, así como de cualquier compañía privada de asistencia sanitaria.

- c) Coberturas de Fallecimiento e Invalidez: ofrecidas por MUPITI en régimen de aseguramiento directo o en cesión de reaseguro.
- 2) MUPITI extenderá certificaciones acreditativas de haber optado por la Mutualidad como alternativa al RETA a aquellos mutualistas que, habiendo suscrito las contingencias mínimas exigidas en el apartado precedente, hayan presentado en la Mutualidad, en el momento de la opción, los siguientes documentos:

- a) Acreditación de alta en el Impuesto de Actividades Económicas.
- b) El "Documento de Opción" elaborado por la Mutualidad, para acreditar el ejercicio de la opción por Mupiti, debidamente firmado y fechado.

3) En relación con la cobertura de jubilación a que se refiere la letra a) del apartado 1 precedente:

- a) Se establece una cuota inicial mínima absoluta para la cobertura de jubilación de 193 euros mensuales. De tal forma que si el importe de la cuota mínima de la cobertura de jubilación exigida para optar por Mupiti como alternativa al RETA, calculada de conformidad con lo establecido en el apartado 1. a), resultara superior a 193 euros mensuales en el momento en que se formaliza la contratación, el colegiado podrá optar por suscribir una cuota inicial de 193 euros mensuales.
- b) Se prevé la posibilidad de modificar la contratación mínima de la Cobertura de Jubilación de acuerdo con las variaciones que pudieran producirse en las bases de cotización establecidas por el RETA.

Asimismo, se prevé la posibilidad de modificar el importe de la cuota inicial mínima absoluta para optar por Mupiti como alternativa al RETA, al objeto de adaptarla a las variaciones que pudieran producirse en las bases de cotización al RETA.

- c) En relación con la contratación mínima de la Prestación de Jubilación exigida para optar por Mupiti como alternativa al RETA se establece que en caso de interrupciones en el ejercicio de la actividad profesional por cuenta propia, para la segunda y sucesivas solicitudes de alta en Mupiti se exigirá el pago mínimo anticipado de la cuota correspondiente a un semestre.
- 4) Los mutualistas que hayan suscrito las coberturas de jubilación al objeto de optar por Mupiti como alternativa al RETA no tendrán derecho de rescate sobre las cuotas aportadas. Excepcionalmente, podrán solicitar el derecho de rescate, en los supuestos previstos en el Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones.

- 5) La falta de pago de las cuotas correspondientes a las coberturas mínimas exigidas para la opción por Mupiti como alternativa al RETA determinará la suspensión de dicha opción un mes después del día de su vencimiento.
- 6) A partir del 1-7-2008, la cobertura de las contingencias de jubilación, fallecimiento e invalidez, suscritas con la Mutualidad para optar por Mupiti como alternativa al RETA tendrá efectos desde la fecha en que haya tenido entrada en la Mutualidad toda la documentación requerida para el ejercicio de la opción, detallada en los apartados 1) y 2) de la presente disposición.

El primer recibo de cada una de las contingencias cubiertas se calculará para el periodo comprendido entre la fecha de efecto y el día primero del mes natural inmediatamente posterior.

SEGUNDA

De conformidad con la resolución de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social de fecha 23 de febrero de 1999, MUPITI puede actuar como alternativa a la incorporación al sistema de la Seguridad Social únicamente con respecto a los integrantes de los Colegios Territoriales que en su día se pronunciaron a favor de la obligatoriedad de MUPITI.

TERCERA

De conformidad con la Resolución de la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social de 24 de julio de 2007, Mupiti puede extender su actuación como entidad alternativa al RETA, con efectos desde 1 de septiembre, con respecto a los demás colegiados de la misma profesión, en el resto del ámbito territorial del Estado Español.

DISPOSICIÓN FINAL

- 1) El presente texto incorpora todos los acuerdos adoptados por la Asamblea General en materia de Reglamento de Cuotas y Prestaciones hasta el 13 de junio de 2009.
- 2) Se autoriza expresamente a los Órganos de Gobierno de la Mutualidad para que, en su caso, sin necesidad de aprobación previa por la Asamblea General, puedan realizar las modificaciones pertinentes para su aprobación por el Órgano de Supervisión y Control y de conformidad con las indicaciones establecidas por dicho Centro Directivo.
- 3) Quedan incorporados al presente Reglamento, formando parte integrante del mismo aunque se presentan en forma de separata, los apéndices siguientes:

Apéndice 1. Tarifa de cuotas del Seguro "Pensión de Jubilación".

Apéndice 2. Tarifa de cuotas del Seguro "Aportación Extraordinaria de Jubilación."

Apéndice 3. Tarifa de cuotas del Seguro "Jubilación para mayores de 65 años".

Apéndice 4. Tarifa de cuotas del Seguro "Pensión de Viudedad".

Apéndice 5. Tarifa de cuotas del Seguro "Pensión de Orfandad".

Apéndice 6. Tarifa de cuotas del seguro "Mupiti Accidentes".

Apéndice 7. Tarifa de cuotas del seguro "Mupiti Vida".

Apéndice 8. Tarifa de cuotas del seguro "Pensión de Jubilación para trabajadores por cuenta ajena".

Apéndice 9. Tarifa de cuotas del seguro "Mupiti Dependencia".

Apéndice 10. Tarifa de cuotas del seguro "Plan de Previsión Asegurado de Mupiti".



REGLAMENTO DE CUOTAS Y PRESTACIONES DE MUPITI

2009
Edición julio



C/ Orense, 16 - Planta 1ª • 28020 Madrid
Teléfono: 91 399 31 55 / 91 399 46 90 • Fax: 91 399 46 83
e-mail: secretari@mupiti.com • www.mupiti.com



C/ Orense, 16 - Planta 1ª • 28020 Madrid
Teléfono: 91 399 31 55 / 91 399 46 90 • Fax: 91 399 46 83
e-mail: secretari@mupiti.com • www.mupiti.com