Reglamento de la prestación

Accidentes

Enero 2026

la mutua
de los ingenieros

Mutualidad de los Ingenieros MPS, inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la clave P-3159

Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, en el folio 73, volumen 38.168, hoja núm. B-87907, inscripción 1.ª. NIF V08430191. www.mutua-enginyers.com

Reglamento aprobado por la Asamblea General del 28 de mayo de 2019, modificado por la Asamblea General del 6 de junio de 2024, 5 de junio de 2025 y 4 de junio de 2026.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ARTÍCULO PRELIMINAR 1

Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN DE ACCIDENTES 3

Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS 3

Artículo 3. ESPECIFICACIONES DE LA COBERTURA 3

Artículo 4. LÍMITES DE EDAD DE SUSCRIPCIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA 5

Artículo 5. DURACIÓN DE LA COBERTURA y OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA 6

Artículo 6. SUSCRIPCIÓN 6

Artículo 7. COMUNICACIONES 7

Artículo 8. INDISPUTABILIDAD 7

Artículo 9. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA 7

Artículo 10. CUOTAS 8

Artículo 11. PAGO DE CUOTAS 8

Artículo 12. IMPAGO DE CUOTAS: INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA 9

Artículo 13. BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN 9

Artículo 14. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN 10

Artículo 15. SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN 10

Artículo 16. COMPROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN 10

Artículo 17. PAGO DE LA PRESTACIÓN 11

Artículo 18. TABLA DE PORCENTAJES DE LA PRESTACIÓN EN CASO DE INVALIDEZ PARCIAL POR ACCIDENTE 11

DISPOSICIONES ADICIONALES 13

ANEXO DE CUOTAS 17

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO 17

ARTÍCULO PRELIMINAR

1. NORMATIVA Y CONTROL

El presente reglamento contiene las condiciones de la prestación ACCIDENTES de la Mutualidad de los Ingenieros MPS (en adelante, la Mutualidad), de aplicación directa a los mutualistas y suscriptores, y a los asegurados y beneficiarios, las cuales deberán ser interpretadas y aplicadas de conformidad con los Estatutos sociales de la Mutualidad, la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y la normativa reglamentaria que la desarrolla; por las disposiciones adicionales decimoctava y decimonovena de la Ley General de la Seguridad Social, texto refundido aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre; y demás disposiciones legales y reglamentarias vigentes en cada momento, reguladoras de la actividad aseguradora de previsión social.

La autoridad de supervisión de la actividad de la Mutualidad es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Gobierno de España.

2. DEFINICIONES

- LA MUTUALIDAD: es la entidad aseguradora de previsión social que recibe las cuotas y asume la cobertura regulada en el presente reglamento.
- MUTUALISTA O SUSCRIPTOR: es la persona física o jurídica que contrata la prestación con las condiciones, obligaciones y derechos que se establecen en este reglamento, en los Estatutos de la Mutualidad y en la normativa vigente de aplicación.
- ASEGURADO: es la persona física expuesta al riesgo o al evento relacionado con la propia vida.
- BENEFICIARIO: persona o personas que reciben la prestación correspondiente, de acuerdo con este reglamento. El beneficiario de la prestación podrá ser el propio mutualista o suscriptor, el asegurado o una tercera persona designada por el mutualista suscriptor o, en su defecto, por el reglamento y la normativa.
- PRESTACIÓN: cobertura de un determinado riesgo de previsión social o asegurador que, previa suscripción (contrato) por el mutualista o suscriptor, asume la Mutualidad mediante el pago de un importe en forma de capital o de renta al beneficiario cuando se produce la contingencia o riesgo cubierto, de acuerdo con las condiciones reglamentariamente establecidas.
- HECHO CAUSANTE O SINIESTRO: es la ocurrencia del hecho o riesgo objeto de la cobertura aseguradora que da derecho a percibir la correspondiente prestación de acuerdo con las condiciones y requisitos reglamentariamente establecidos.
- REGLAMENTO: instrumento jurídico creado por la Mutualidad de acuerdo con los Estatutos sociales de la entidad, por el que se establece y regula una determinada prestación o un grupo de prestaciones, definiendo sus condiciones básicas, y al que se adhiere el suscriptor de acuerdo con las condiciones particulares o específicas que consten en el título de suscripción. Corresponde a la asamblea de mutualistas la aprobación y modificación de los reglamentos de prestaciones. El reglamento de aplicación será el vigente en el momento de la declaración/comunicación del hecho causante de la prestación a la Mutualidad.
- SUSCRIPCIÓN DE PRESTACIÓN (política): corresponde a la Mutualidad definir, aplicar y modificar en cada momento la política de previsión social y de suscripción de prestaciones, pudiendo agruparlas en paquetes o grupos para comercializarlas, e incluir nuevos servicios y prestaciones

accesorias en los términos admitidos por la legislación vigente. Asimismo, corresponde a la Mutualidad establecer el sistema de prestaciones alternativas al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), de conformidad con la normativa de aplicación.

- INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA: la relación de protección (cobertura) nacerá en la fecha que conste en el título de suscripción de la prestación emitido por la Mutualidad. La cobertura se extingue bien por el cumplimiento de las condiciones reglamentariamente establecidas, bien por la renuncia o baja del inscrito.
- TÍTULO DE SUSCRIPCIÓN: documento emitido por la Mutualidad que acredita al mutualista suscriptor el alta en la cobertura o prestaciones correspondientes, con identificación del mutualista o suscriptor y asegurado y, en su caso, de los beneficiarios designados; la fecha de efecto de la cobertura y su duración; las prestaciones o importes asegurados; las cuotas iniciales, recargos e impuestos, el vencimiento de la primera y de las sucesivas cuotas y su forma de pago; las exclusiones de la cobertura y demás circunstancias específicas de la cobertura. El título de suscripción se debe completar o interpretar de acuerdo con lo establecido en el correspondiente reglamento, del que forma parte.
- CAUSA PREEXISTENTE: hecho o circunstancia anterior a la entrada en vigor de la cobertura y que incide directamente en el siniestro o hecho causante de la prestación, ya sea esta causa una enfermedad o cualquier otra circunstancia, derivada o no de enfermedad. La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo realizada por la Mutualidad.
- ENFERMEDAD: cambio más o menos grave en la salud debido a una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, o por desórdenes emocionales o cognitivos, por causas generalmente conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos cuya evolución es más o menos previsible.
- ACCIDENTE: causa o hecho violento, súbito, externo y ajeno a la voluntad del asegurado.
- ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN: el accidente que sufre el asegurado utilizando cualquier medio de transporte terrestre, marítimo, fluvial o aéreo, así como el acontecido en calidad de peatón causado por uno de los medios anteriores.
- INVALIDEZ PERMANENTE Y ABSOLUTA: aquella situación de invalidez definitiva e irreversible que incapacita a quien la padece para realizar todo tipo de trabajo u oficio, ya sea laboral, profesional o empresarial.
- INVALIDEZ PARCIAL: aquellas lesiones o afecciones que sufra el asegurado a consecuencia de un accidente que consten previstas en el baremo del presente reglamento.
- EDAD ACTUARIAL: la edad en la fecha de aniversario más cercana, anterior o por llegar.

- GÉNERO: en este Reglamento se entiende que las denominaciones en género masculino referidas a personas incluyen mujeres y hombres, salvo que del contexto se deduzca el contrario.

Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN DE ACCIDENTES

1. Cobertura básica

   Consistirá en el abono al beneficiario del importe contratado, por una sola vez, en caso de defunción por accidente del asegurado.

2. Coberturas opcionales

   Estas coberturas consistirán en:

   a) El abono al beneficiario del importe contratado, por una sola vez, en caso de invalidez permanente absoluta del asegurado como consecuencia de accidente.

   b) El abono al beneficiario de un porcentaje del importe contratado en caso de invalidez parcial como consecuencia de accidente, de acuerdo con el baremo anexo al reglamento.

3. Coberturas opcionales complementarias

   Consistirán en las siguientes coberturas, de suscripción independiente la una de la otra:

   a) Accidente de circulación: abono al beneficiario del importe contratado, ya sea adicionalmente al de la cobertura de defunción por accidente del punto 1 o, en el caso de tener suscrita la cobertura del punto 2 a), adicionalmente al de invalidez permanente absoluta.

   b) Reembolso de los gastos médico-quirúrgicos en los que haya incurrido el asegurado a consecuencia de un accidente de acuerdo con las condiciones establecidas en el presente reglamento.

Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS

La Mutualidad determinará el importe mínimo y máximo por contratar, y podrá ampliarlos o reducirlos.

Para mantener y preservar el poder adquisitivo de las prestaciones, la Mutualidad podrá actualizar anualmente todos o algunos de los importes asegurados o suscritos teniendo en consideración la evolución del índice de precios al consumo (IPC), o aquellos otros indicadores económicos que se estimen adecuados, con aplicación de las cuotas que correspondan a la actualización acordada, sin que en ningún caso tal actualización de importes requiera la aceptación expresa del mutualista o suscriptor o del asegurado ni suponga un nuevo control de suscripción o modificación de las demás condiciones de la coberturas suscrita. La actualización no será procedente cuando haya tenido lugar la contingencia o el riesgo cubierto.

Artículo 3. ESPECIFICACIONES DE LA COBERTURA

1. ACCIDENTES: se garantizarán los accidentes corporales, tanto derivados de la vida cotidiana como de la actividad laboral o profesional, que puedan sufrir los asegurados con las exclusiones previstas en este reglamento.

   La defunción o invalidez se considerarán causadas por accidente cuando se produzcan como consecuencia del accidente, sea de forma inmediata o bien en el transcurso de los dos (2) años siguientes.

   En caso de agravación directa o indirecta de las consecuencias de un accidente por una enfermedad o un estado morboso, preexistentes o sobrevenidas después del accidente y por una causa independiente, la prestación cubrirá solo las consecuencias que el accidente,

probablemente, habría tenido sin la intervención agravante de dicha enfermedad o estado morboso.

La garantía de esta prestación se extenderá por todo el mundo.

2. INVALIDEZ: para esta prestación, en el caso de invalidez serán tenidas en cuenta las siguientes especificaciones:

   a) Para el caso de invalidez permanente y absoluta, comprobada dentro de los dos (2) años a contar desde la fecha del accidente, el asegurado percibirá la cantidad total garantizada para este supuesto.

   b) Para el caso de invalidez parcial, el porcentaje de la prestación total que se considerará se fijará de acuerdo con lo establecido en el baremo fijado en el artículo 18 del presente reglamento.

   c) La pérdida completa del uso de un miembro o de un órgano será considerada a efectos de la prestación como la pérdida del miembro o del propio órgano. Si la pérdida de un miembro o de un órgano o de su uso es solo parcial, el grado de invalidez fijado en el artículo 18 de este reglamento se reducirá proporcionalmente.

   d) El grado de invalidez que resulte de un accidente no se incrementará por el hecho de que el afectado presentara, con anterioridad al accidente, defectos corporales en miembros no afectados por el accidente.

   e) La indemnización total por pagar por varias pérdidas e inutilización de miembros causadas por el mismo accidente se calculará sumando los importes correspondientes a cada una de estas pérdidas e inutilización, sin que dicha indemnización total pueda exceder de la cantidad establecida para el caso de invalidez absoluta.

   f) Si un órgano o un miembro afectado por un accidente presentaban ya con anterioridad un defecto físico o funcional, el afectado tendrá derecho a una indemnización, que corresponderá a la diferencia entre el grado de invalidez preexistente y el resultante después del accidente.

   g) No se considerarán con derecho a indemnización, por razón de invalidez permanente y absoluta o parcial, la pérdida o el deterioro de dientes ni los daños producidos a la estética personal de los asegurados.

   h) Siempre y cuando el grado de invalidez parcial no pueda ser determinado aplicando los porcentajes y las reglas antes mencionadas, este grado se fijará de acuerdo con los dictámenes médicos.

   i) La determinación del grado de invalidez parcial o bien la permanente y absoluta no se realizará hasta que el estado del accidente sea considerado, según los dictámenes médicos, como definitivo, pero a más tardar será dos (2) años después de la fecha del accidente.

   j) Si el asegurado es zurdo, se invertirán los porcentajes del baremo en las lesiones en miembros superiores.

   El reconocimiento de la situación de invalidez por un organismo oficial de la Seguridad Social no determinará necesariamente la concesión de esta prestación. Corresponderá a la Mutualidad en todo caso la evaluación y calificación final de la invalidez con sujeción al presente reglamento.

3. GASTOS MÉDICOS: para esta prestación, en el caso de gastos médicos serán tenidas en cuenta las siguientes especificaciones:

a) Se cubrirán los gastos médicos ocasionados por accidente con las especificaciones contenidas en este reglamento.

b) También se considerarán los gastos originados por el traslado forzoso del accidentado desde el lugar del accidente hasta el centro sanitario más cercano.

c) Igualmente, se considerarán los gastos generados por los equipos de rescate en la evacuación de un accidentado, siempre y cuando se pueda justificar su necesidad y urgencia.

d) Solo se pagará contra entrega de las facturas o recibos originales de los gastos debidamente justificados.

e) Estarán incluidas en esta cobertura los recibos de medicamentos que, por prescripción facultativa, se necesiten para la curación del accidentado.

f) Los gastos, debidamente justificados, generados por traslados en taxi o en otros medios de locomoción a centros hospitalarios o de rehabilitación para someterse a un tratamiento de recuperación como consecuencia de un accidente amparado por el presente reglamento.

El máximo de cobertura que se podrá contratar para el reembolso de los gastos ocurridos en cada accidente estará de acuerdo con el capital en caso de fallecimiento contratado:

CAPITAL PRINCIPAL	MÁXIMO POR CONTRATAR
Menor de 18.000 euros	1.000,00 euros
Mayor o igual a 18.000 euros y menor de 60.000 euros	2.000,00 euros
Mayor o igual a 60.000 euros y menor de 100.000 euros	4.000,00 euros
Mayor o igual a 100.000 euros	8.000,00 euros

Artículo 4. LÍMITES DE EDAD DE SUSCRIPCIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

Podrán ser asegurados en esta prestación las personas que hayan cumplido 14 años de edad y no hayan cumplido 65 años. En los casos de ampliación del importe contratado, en los que se aplicarán los mismos criterios de selección que en una suscripción inicial de la prestación, la edad máxima será de 64 años cumplidos.

La cobertura de Defunción en caso de accidente se extinguirá por el fallecimiento del asegurado, por el pago del importe asegurado por invalidez permanente absoluta consecuencia de accidente o el 31 de diciembre del año en que el asegurado cumpla 80 años. La Mutualidad podrá establecer una edad superior de extinción de la cobertura fijando los importes máximos asegurados y las correspondientes cuotas. Las nuevas condiciones de ampliación del periodo de cobertura tendrán una duración anual, y la Mutualidad podrá renovarlas o modificarlas por iguales periodos anuales, o dejarlas sin efecto.

Las coberturas complementarias y opcionales (Defunción en caso de accidente de circulación, Invalidez en caso de accidente, Invalidez en caso de accidente de circulación y Gastos Médicos) se extinguirán cuando el asegurado cumpla 75 años o por el reconocimiento de alguna de estas coberturas.

El reconocimiento de siniestros de las coberturas de Invalidez Parcial como consecuencia de accidente o de reembolso de los gastos médico-quirúrgicos no extinguirá estas coberturas ni la prestación de accidentes.

Artículo 5. DURACIÓN DE LA COBERTURA y OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA

Duración. La duración de esta cobertura es anual, prorrogable anualmente por años naturales, si bien el primer periodo de cobertura será lo comprendido entre la fecha de efecto del seguro y el 31 de diciembre del mismo año.

Oposición a la prórroga. Cada parte se puede oponer a la prórroga del seguro mediante una comunicación escrita a la otra parte. **Cuando sea el mutualista subscriptor** quien se oponga a la prórroga tendrá que efectuar la comunicación en el plazo al menos de **un mes de anticipación** a la conclusión del periodo de cobertura en curso. Cuando sea la Mutualidad quien se oponga, el plazo mínimo para la comunicación será de dos meses.

Artículo 6. SUSCRIPCIÓN

1. Además de cumplir las condiciones estatutariamente establecidas, el interesado deberá cumplir los siguientes requisitos:
    a) El mutualista o suscriptor deberá suscribir la pertinente solicitud de inscripción o alta, recibiendo de la Mutualidad toda la información previa relativa a la cobertura interesada, de acuerdo con la normativa de aplicación.
    b) El asegurado deberá responder o cumplimentar el cuestionario o cuestionarios que le presente la Mutualidad.
    c) El asegurado deberá someterse a los reconocimientos médicos o cualquier otra medida o requerimiento de selección o evaluación de riesgos que la Mutualidad estime conveniente.
    d) Cuando el mutualista o suscriptor no coincida con el asegurado será necesaria la autorización por escrito del asegurado, quien también firmará como conformidad el título de suscripción.
2. La Mutualidad podrá solicitar la información complementaria o adicional que considere oportuna, para valorar mejor cualquier situación declarada, especialmente en el cuestionario de salud o detectada en el reconocimiento médico que se salga de la normalidad. Si el mutualista o suscriptor o el asegurado se negaran a facilitar dicha información, se les aplicaría la exclusión, limitación o sobreprima que corresponda al peor de los casos que se puedan dar sobre la situación declarada previamente. La exclusión o limitación establecida deberá ser expresamente aceptada por el mutualista o suscriptor o el asegurado. La no aceptación de la exclusión, limitación o sobreprima por parte del mutualista o suscriptor o el asegurado impedirá causar alta en la prestación.
3. Completados los requisitos y las condiciones establecidas, la Mutualidad emitirá el correspondiente título de suscripción.
4. Las ampliaciones del importe contratado o suscripción de coberturas opcionales dentro de los límites establecidos serán tratadas como una nueva suscripción, y la Mutualidad emitirá los correspondientes suplementos del título de suscripción. La no aceptación de las exclusiones, limitaciones o sobreprimas que se establezcan impedirá la ampliación de la prestación.
5. En caso de reserva o inexactitud en la información facilitada por la suscripción de la prestación, la Mutualidad podrá resolver la cobertura mediante declaración escrita dirigida al mutualista o suscriptor en el plazo de un (1) mes, a contar desde que tuvo conocimiento de la reserva o inexactitud, con los demás efectos legalmente previstos. Si el siniestro o hecho causante se

produce antes de que la Mutualidad haya efectuado dicha declaración, la prestación se reducirá de acuerdo con la normativa de aplicación.

Artículo 7. COMUNICACIONES

1. Los mutualistas o suscriptores o, en su caso, los asegurados tendrán la obligación de comunicar a la Mutualidad los cambios de domicilio y de domiciliación de pago de recibos.
2. Asimismo, se comunicarán las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas en el momento de la suscripción, esta no se habría producido o, en todo caso, se hubiera producido en condiciones diferentes. Dicha comunicación o el incumplimiento de esta obligación producirán los efectos previstos legalmente.
3. El mutualista o suscriptor o el asegurado no tendrán la obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud, que en ningún caso serán consideradas como agravación del riesgo.

Artículo 8. INDISPUTABILIDAD

La reticencia o inexactitud no dolosa en la declaración o la información facilitada por el mutualista o suscriptor o el asegurado que tengan influencia en la estimación del riesgo (excepto en caso de indicación inexacta de la edad) no darán derecho a la Mutualidad a impugnar o resolver la cobertura transcurrido un (1) año desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura que conste en el título de suscripción.

Artículo 9. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Quedarán excluidos de cobertura los accidentes derivados de:

a) La participación del asegurado en actos delictivos, desafíos o peleas, siempre y cuando no haya sido en defensa legítima o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

b) Las consecuencias que sufra el asegurado debido a enfermedades, afecciones y lesiones, operaciones quirúrgicas y de tratamientos médicos o terapéuticos que no tengan su origen en un accidente cubierto por este seguro. También quedarán excluidos los accidentes que sean consecuencia de ataques de apoplejía o epilepsia, aneurismas, infarto de miocardio (aunque sea declarado como accidente de trabajo), derrames cerebrales, arritmias cardíacas y fracturas patológicas del asegurado.

c) Las consecuencias que sufra el asegurado debido a reumatismo, de las hernias de cualquier naturaleza, de esfuerzos musculares, lumbalgias y varices.

d) Los accidentes sobrevenidos al asegurado por encontrarse en estado de embriaguez, bajo los efectos de drogas y estupefacientes, cuando esta circunstancia haya sido la causa determinante del accidente y el asegurado sea sancionado o condenado por dicha causa.

e) Los accidentes que se produzcan practicando cualquier deporte o en la participación en concursos, ambos casos como profesional.

f) Los accidentes que se produzcan practicando cualquier deporte aeronáutico o en la participación en concursos aeronáuticos, ambos casos tanto en calidad de aficionado como de profesional.

g) Los pilotos y otros profesionales de la aviación (personal de cabina, azafatas y demás personal auxiliar).

h) Todo aquel que desempeñe regularmente su profesión a bordo de cualquier aeronave (cualquier vehículo que permite la navegación aérea); se entenderá por regularidad cuando más de una vez al mes esté a bordo de una aeronave desempeñando su profesión.

i) Los accidentes de aviación sufridos en aeronaves de menos de dos motores, salvo que sean aparatos debidamente autorizados por las autoridades competentes para el transporte público de pasajeros o el asegurado se encuentre de viaje por motivos de su trabajo (siempre y cuando no sea ninguno de los casos considerados en los apartados g) y h) de este artículo).

j) Suicidio.

k) Conducción de vehículos a motor si el asegurado no tiene la autorización administrativa correspondiente.

l) Cuando el asegurado sea conductor, piloto o tripulante profesional de cualquier medio de transporte.

m) En las coberturas opcionales complementarias de accidente de circulación quedarán excluidos de cobertura los accidentes que se produzcan cuando el asegurado sea conductor o viajero de un transporte náutico o aéreo privados, o no autorizados para el transporte público de personas.

n) Quedarán excluidos todos los riesgos extraordinarios cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros de conformidad con la disposición adicional tercera del presente reglamento, y en general los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno del Estado como catástrofe o calamidad nacional.

o) Aquellas otras exclusiones que se establecen en cada caso en el título de suscripción de acuerdo con las circunstancias declaradas que afecten a la valoración del riesgo, las cuales deberán ser expresamente aceptadas por el mutualista o suscriptor y asegurado de la cobertura.

Artículo 10. CUOTAS

La cuota anual se calculará de acuerdo con el importe contratado y, en su caso, con la profesión y actividades del asegurado, con sujeción al anexo de cuotas.

El pago de las cuotas finalizará el día de la extinción de la cobertura, y otros supuestos previstos en este reglamento.

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

Artículo 11. PAGO DE CUOTAS

1. El mutualista o suscriptor de la prestación vendrá obligada al pago de las cuotas, de conformidad con lo establecido en los Estatutos sociales. La obligación de pago de las cuotas nacerá en el momento de la fecha de efecto de la cobertura que conste en el título de suscripción, con la emisión del correspondiente recibo. Salvo que la normativa de aplicación establezca lo contrario, en el caso de que el asegurado sea distinto al mutualista o suscriptor, dicha obligación de pago podrá ser asumida por el asegurado y si así lo acuerdan y lo comunican a la Mutualidad los interesados, ostentando el asegurado los derechos y obligaciones aseguradores inherentes al pagador de las cuotas.

2. El lugar de pago y la periodicidad o fraccionamiento de las cuotas (mensual, trimestral, semestral o anual) serán los previstos en el título de suscripción. El mutualista o suscriptor podrá cambiar la forma de pago de las cuotas comunicándolo mediante un escrito dirigido a la Mutualidad.

Artículo 12. IMPAGO DE CUOTAS: INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

Si la primera cuota o derrama no ha sido satisfecha a su vencimiento por causa atribuible al mutualista o suscriptor de prestaciones, la Mutualidad tendrá derecho a resolver el contrato o cobertura o exigir el pago de la cuota o cuotas debidas. La Mutualidad quedará liberada de sus obligaciones aseguradoras si la cuota no ha sido satisfecha antes de la ocurrencia de un siniestro.

En caso de falta de pago de una de las siguientes cuotas (incluyendo los fraccionamientos de la cuota anual), la prestación o cobertura suscrita quedará en suspenso un (1) mes después del día del vencimiento de la cuota (o fracción de cuota) impagada. Si la Mutualidad no reclamara el pago dentro de los seis (6) meses siguientes al vencimiento de la cuota se entenderá que el contrato o cobertura queda extinguido. En cualquier caso, la Mutualidad, cuando la cobertura esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la cuota del periodo en curso. La cobertura volverá a tener efectos a las veinticuatro horas del día en que el mutualista o suscriptor haya pagado la cuota o cuotas pendientes. Los hechos causantes o siniestros producidos durante el periodo de suspensión de la cobertura no darán derecho a ningún tipo de prestación.

Artículo 13. BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN

1. Para las coberturas en caso de fallecimiento, el mutualista o suscriptor podrá designar a uno o más beneficiarios, o revocar o modificar la designación realizada previamente. La designación podrá efectuarse en el momento de la suscripción de la prestación o en cualquier momento posterior durante la vigencia de la cobertura mediante escrito comunicado a la Mutualidad, o bien por testamento.

   Salvo estipulación en contrario, la designación hecha además de un beneficiario se entenderá hecho a partes iguales entre ellos. En caso de designación genérica, los beneficiarios se determinarán de acuerdo con el que establece la Ley.

   Si en el momento de producirse la contingencia y causar derecho a la prestación no constara expresamente designado ningún beneficiario, o habiendo premuerte este al asegurado, se considerarán beneficiarios las personas que se indican a continuación, según la orden de prelación siguiente:

   a) Herederos testamentarios, incluidos los herederos forzosos, en partes iguales;

   b) Herederos legales, a partes iguales en la orden de prelación que determine la Ley, quedando excluido el Estado/Administraciones públicas; y

   c) En defecto de las anteriores personas, será beneficiaria la Mutualidad. En este caso, la prestación pasará a formar parte del patrimonio de la entidad para prestaciones sociales, en cumplimiento del artículo 2.2 de los Estatutos de la Mutualidad.

   Si un beneficiario de la prestación ha sido lo causante determinante del siniestro y sea sancionado o condenado por esta causa, no podrá cobrar la prestación la cual pasará a los otros beneficiarios.

2. En las coberturas de Invalidez y Gastos Médicos, el beneficiario será el propio asegurado, a no ser que el mutualista o suscriptor haya designado expresamente a otra persona.

Artículo 14. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN

Será condición necesaria para tener derecho a la prestación que el mutualista o suscriptor se encuentre al corriente de pago de las cuotas reglamentarias en el momento de la producción del hecho causante. La falta de pago de las cuotas producirá los efectos previstos en el artículo 12 del presente reglamento.

Artículo 15. SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN

Plazo para solicitar la prestación: el interesado o beneficiario deberá comunicar el accidente del asegurado y presentar la solicitud de la prestación a la Mutualidad en el plazo de noventa (90) días naturales a partir de la fecha del accidente o, en su caso, de la fecha en que hubiera tenido conocimiento del mismo. Si no se efectuara dicha comunicación en el plazo establecido se producirán los efectos previstos legalmente.

Solicitud: la prestación se solicitará a la Mutualidad indicando o aportando los siguientes datos:

a) Datos personales, familiares y profesionales del asegurado causante de la prestación.
b) Datos personales de los beneficiarios.
c) Forma de cobro de la prestación, cuando el beneficiario pueda optar entre distintas modalidades.
d) Fecha y firma de los solicitantes.

Documentación: con la solicitud, para acreditar el derecho a la prestación el interesado deberá presentar la siguiente documentación:

a) La acreditación del accidente y su relación causal con la defunción o invalidez del asegurado, aportando toda la información, documentos públicos u oficiales y otras pruebas que al efecto se estimen oportunas, incluyendo la de testigos.
b) Certificado literal de defunción del asegurado o informes médicos acreditativos de la situación de invalidez del asegurado como consecuencia del accidente, según corresponda.
c) Comprobante acreditativo de haber efectuado la declaración o el pago del impuesto de sucesiones y donaciones, si procede.
d) Acreditación de la condición de beneficiario/s: debe aportarse suficiente documentación para el reconocimiento del derecho a la prestación (certificado de últimas voluntades y, en su caso, último testamento, acto judicial o documento notarial de declaración de herederos, así como fe de vida del beneficiario).
e) En las prestaciones de la cobertura de reembolso de los gastos médico-quirúrgicos, los comprobantes de los gastos.

También se deberán presentar todos aquellos documentos que la Mutualidad considere necesarios en cada caso para acreditar el derecho a la prestación. El interesado deberá ofrecer toda clase de información sobre las circunstancias del hecho causante o evento que le solicite la Mutualidad. Es obligación del beneficiario reflejar con veracidad y exactitud los hechos y sus circunstancias en los comunicados y las declaraciones que se presenten a la Mutualidad. En caso de incumplimiento de esta obligación, la Mutualidad se podrá inhibir de pagar las prestaciones de los siniestros correspondientes, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.

Artículo 16. COMPROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN

1. De acuerdo con la documentación presentada, la Mutualidad procederá a aceptar la prestación correspondiente o, en su caso, a denegarla. La denegación será comunicada por la Mutualidad al

interesado por escrito con indicación de las causas, así como el carácter subsanable o no de las mismas.

2. En el caso de que el asegurado o interesado no se conforme con la evaluación del grado de invalidez efectuada por la Mutualidad, se procederá a una segunda evaluación por dos facultativos, uno nombrado por el asegurado o interesado y el otro por la Mutualidad. En caso de discrepancia entre ellos, intervendrá un tercer facultativo, que será nombrado por ambas partes de común acuerdo. Los facultativos deberán practicar la evaluación pericial atendiendo a lo dispuesto en el presente reglamento.

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

Artículo 17. PAGO DE LA PRESTACIÓN

Aceptado o reconocido el derecho a la prestación, la Mutualidad abonará la suma asegurada al beneficiario en la forma acordada en el plazo máximo de cuarenta (40) días desde la acreditación del derecho a la prestación.

A solicitud del beneficiario, el importe acreditado se podrá cobrar en un único pago o bien de forma fraccionada en el tiempo, o podrá sustituirse por una renta vitalicia o temporal, que, de acuerdo con el importe establecido y la edad del beneficiario en el momento de producirse el hecho causante, se calculará según las condiciones y tarifas que tenga la Mutualidad en vigor en ese momento.

Artículo 18. TABLA DE PORCENTAJES DE LA PRESTACIÓN EN CASO DE INVALIDEZ PARCIAL POR ACCIDENTE

	Derecho %	Izquierdo %
Pérdida total de un brazo o de una mano	70	60
Pérdida total del movimiento del hombro	30	25
Pérdida total del movimiento del codo	25	20
Pérdida total del movimiento de la muñeca	25	20
Pérdida total de los dedos pulgar e índice	40	30
Pérdida de tres dedos que no sean el pulgar o el índice	25	20
Pérdida de tres dedos, incluyendo el pulgar y el índice	35	30
Pérdida del dedo pulgar y otro que no sea el índice	30	25
Pérdida del dedo índice y otro que no sea el pulgar	20	15
Pérdida del dedo pulgar solo	22	18
Pérdida del dedo índice solo	15	12
Pérdida del dedo corazón, del anular o del meñique		10
Pérdida de dos de estos últimos dedos	15	12
Pérdida de una pierna o de un pie	60	
Amputación parcial de un pie, incluyendo los dedos	45	
Pérdida total de fonación	25	
Ablación de la mandíbula inferior	35	
Pérdida total de un ojo, o reducción a la mitad de la visión binocular	35	
Fractura no consolidada de una pierna o de un pie	40	
Fractura no consolidada de una rótula	20	
Pérdida total de movimiento de la cadera o de una rodilla	20	
Acortamiento de 5 cm, como mínimo, de un miembro inferior	15	
Acortamiento de 3 cm, como mínimo, de un miembro inferior	10	
Sordera completa	60	

Sordera completa de un oído	15
Pérdida del dedo gordo de un pie	10
Pérdida de los dedos gordos de ambos pies	15
Pérdida de otro dedo de un pie	3

DISPOSICIONES ADICIONALES

1. PROTECCIÓN DE LOS MUTUALISTAS Y ASEGURADOS

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

- El **Servicio de Atención al Mutualista** (SAM) establecido por la Mutualidad, con sujeción al reglamento que rija este organismo, que tiene por objeto atender y resolver las quejas y reclamaciones de los mutualistas relacionados con la actividad aseguradora o de previsión de la Mutualidad, así como las derivadas de la normativa de transparencia y protección de la clientela y de las buenas prácticas y usos financieros y aseguradores.
- El **Defensor del Mutualista** (DM) establecido por la Mutualidad, con sujeción al reglamento que rija este organismo, que tiene por objeto las quejas y reclamaciones que se puedan presentar relacionadas con la actividad aseguradora o de previsión de la Mutualidad, siempre que previamente se hayan planteado al Servicio de Atención al Mutualista y no sean objeto de algún proceso administrativo, arbitral o judicial. La decisión del Defensor del Mutualista favorable al reclamante es vinculante para la Mutualidad. El reclamante tiene la posibilidad de acudir a los procedimientos de conciliación y arbitraje establecidos o de interponer reclamación o demanda por la vía judicial.
- El **Servicio de Reclamaciones** que tenga establecido el **órgano administrativo de supervisión** de la Mutualidad, del que se informará en las resoluciones del SAM o DM.
- Otros mecanismos de solución de conflictos de carácter voluntario:
    a) Arbitraje de acuerdo con el texto refundido de la Ley General para Defensa de los Consumidores y Usuarios (Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre).
    b) Mediación de acuerdo con la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.
    c) Arbitraje en los casos previstos en la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.
- **Jurisdicción competente y prescripción.** El interesado podrá recurrir a los tribunales de justicia, siendo el juez competente para entender de las acciones derivadas del seguro el del domicilio del asegurado. Las acciones que se deriven del presente reglamento o contrato prescriben en un plazo de cinco años.

2. SERVICIOS O PRODUCTOS CONCERTADOS

1) La Mutualidad podrá complementar esta prestación con servicios o productos concertados con terceros, ya sean de carácter asegurador o no. La Mutualidad podrá dejar sin efecto los servicios o productos complementarios que tenga concertados, y modificarlos o sustituirlos por otros servicios o productos, aplicando, en su caso, la correspondiente corrección de cuota del suscriptor. Los servicios o productos complementarios podrán ser de carácter obligatorio u opcional para el suscriptor, según lo determine la Mutualidad.

2) Esta prestación de accidentes incorpora la **garantía opcional REHAB manager**. Estos servicios serán prestados por la compañía Europ Assistance España, S.A. de Seguros y Reaseguros y de acuerdo con el contrato mediado por la correduría de seguros SERPRECO, SA (entidad vinculada a la Mutualidad). Las condiciones de los servicios figuran en el **anexo de garantías concertadas.**

3. RESPONSABILIDAD DE LOS MUTUALISTAS

De conformidad con los Estatutos sociales de la Mutualidad, la responsabilidad de los mutualistas o suscriptores está limitada al pago de las cuotas y las derramas que se establezcan de acuerdo con los Estatutos y los reglamentos vigentes o pólizas, que en ningún caso excederán los límites que establezcan las disposiciones legales de aplicación.

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

4.1. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro del que obligatoriamente deben incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tendrá la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro (o reglamento de prestaciones) contratada con la entidad aseguradora.

b) Que, aun estando el riesgo amparado por dicha póliza de seguro (o reglamento de prestaciones), las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

4.1.1. *Resumen de las normas legales*

4.1.1.1. *Acontecimientos extraordinarios cubiertos*

a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo las producidas por embates del mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados) y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.

c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán a instancias del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de eventos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá solicitar a los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

4.1.1.2. *Riesgos excluidos*

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en asegurados 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 vengan precedidos por declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 11/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por la elevación del nivel freático, movimiento de laderas, corrimientos o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos hayan sido ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, Reguladora del Derecho de Reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las mencionadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.a) anterior.

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 del Estado como de catástrofe o calamidad nacional.

4.1.1.3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios abarcará a las mismas personas y en las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas (o reglamentos de prestaciones) a efectos de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro (o reglamentos de prestaciones) de Vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que 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.

4.2. Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, por el asegurado o beneficiario de la póliza o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros para cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
   - Mediante una llamada telefónica al Centro de Atención Telefónica del *Consorcio de Compensación de Seguros* (900 222 665 o 952 367 042).
   - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).
3. Valoración de los daños: la valoración de los daños que resulten indemnizables conforme a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro será realizada por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que este quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiera realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: el Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

ANEXO DE CUOTAS

Las cuotas anuales por cada 10.000 euros asegurados de las garantías de Defunción y de Invalidez Absoluta, en caso de accidente y de accidente de circulación, y por cada 1.000 euros de la garantía complementaria de gastos médicos serán:

GARANTÍAS	ACCIDENTE	ACCIDENTE DE CIRCULACIÓN
	CUOTA ANUAL (€)	CUOTA ANUAL (€)
Fallecimiento	3,22	1,61
Invalidez absoluta	3,22	1,61
Gastos médicos	3,13	-

Europ Assistance España SA puede revisar anualmente las primas correspondientes a la garantía concertada REHAB MANAGEMENT. Las primas vigentes se publicarán en la web de La Mutualitat y serán comunicadas a las personas suscriptoras de esta garantía opcional, a los correspondientes efectos.

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO

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

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