

Reglamento de la prestación RENDA INVALIDEZ

Noviembre 2023



Mutualidad de los Ingenieros MPS

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

Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, en el folio 18, volumen 25.405, hoja núm. B-87907, inscripción 1.ª. NIF V08430191. www.mutua-enginyers.com

Reglamento aprobado por la Asamblea General celebrada el día 28 de mayo de 2019, revisado/modificado por la Junta Rectora celebrada el día 28 de septiembre y el día 30 de noviembre de 2023 con efecto del mismo día (modificaciones que serán sometidas a ratificación de la Asamblea General).

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ARTÍCULO PRELIMINAR.....	1
Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN	2
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.....	4
Artículo 5. DURACIÓN DE LA COBERTURA y OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA	4
Artículo 6. SUSCRIPCIÓN	4
Artículo 7. COMUNICACIONES.....	5
Artículo 8. INDISPUTABILIDAD	5
Artículo 9. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA.....	6
Artículo 10. PERIODO DE CARENCIA	6
Artículo 11. CUOTAS	6
Artículo 12. PAGO DE CUOTAS.....	6
Artículo 13. IMPAGO DE CUOTAS: INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA	7
Artículo 14. PERSONAS BENEFICIARIAS DE LA PRESTACIÓN	7
Artículo 15. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN	7
Artículo 16. SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN	7
Artículo 17. COMPROBACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN	8
Artículo 18. PAGO DE LA PRESTACIÓN	9
Artículo 19. EXTINCIÓN DE LA PENSIÓN.....	9
DISPOSICIONES ADICIONALES.....	10
DISPOSICIÓN TRANSITORIA.....	11
ANEXO DE CUOTAS	12
RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO.....	13

ARTÍCULO PRELIMINAR

1. NORMATIVA Y CONTROL

El presente reglamento contiene las condiciones de la prestación RENTAS DE INVALIDEZ de la Mutualidad de los Ingenieros MPS (en adelante, la Mutualidad), de aplicación directa a los mutualistas y suscriptores y a los personas 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.
- PERSONA MUTUALISTA O SUSCRIPTORA: 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: es la persona/s que reciben la prestación correspondiente, de acuerdo con este reglamento. El beneficiario de la prestación puede ser el propio suscriptor, el asegurado o una tercera persona designada por el 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 la persona suscriptora, 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 la persona suscriptora de acuerdo con las condiciones particulares o específicas que consten en el título de suscripción. Corresponde a la asamblea de mutualistas la aprobación y modificación de los reglamentos de prestaciones. El reglamento de aplicación 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 de la persona inscrita.
- TÍTULO DE SUSCRIPCIÓN: documento emitido por la Mutualidad que acredita a la persona suscriptora el alta en la cobertura o prestaciones correspondientes, con identificación del 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/interpretar de acuerdo con lo establecido en el correspondiente reglamento, del que forma parte.
- CAUSA PREEXISTENTE: hecho o circunstancia anterior a la entrada en vigor de la cobertura y que incide directamente en el siniestro o hecho causante de la prestación, ya sea esta causa una enfermedad o cualquier otra circunstancia, derivada o no de enfermedad. La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo realizada por la Mutualidad.
- ENFERMEDAD: cambio más o menos grave en la salud debido a una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, o por desórdenes emocionales/cognitivos, por causas generalmente conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos cuya evolución es más o menos previsible.
- ACCIDENTE: causa o hecho violento, súbito, externo y ajeno a la voluntad del asegurado.
- INVALIDEZ PERMANENTE Y TOTAL: aquella situación en la que se encuentra el asegurado que sufre lesiones o pérdidas anatómicas, como consecuencia de accidente o enfermedad, que le inhabilitan permanentemente para el ejercicio de la profesión o actividad laboral que tenga declarada a la Mutualidad.
- INVALIDEZ PERMANENTE Y ABSOLUTA: aquella situación de invalidez definitiva e irreversible que incapacita a quien la padece para realizar todo tipo de trabajo u oficio, ya sea laboral, profesional o empresarial. En cualquier caso, será considerada invalidez permanente y absoluta:
 1. La pérdida completa de la visión binocular total e incurable.
 2. La pérdida o la impotencia funcional de las dos extremidades superiores, de las dos inferiores, o de una superior y otra inferior.
- EDAD ACTUARIAL: la edad en la fecha de cumpleaños 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 lo contrario.

Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN

La prestación de Rentas de Invalidez consistirá en el abono de la pensión mensual suscrita, cuya duración vendrá determinada por el tipo de invalidez que la Mutualidad reconozca al asegurado, por la fecha de efecto de la cobertura y por su edad en la fecha en que se produzca la invalidez. Los tipos de invalidez son los dos siguientes:

1. Invalidez Permanente y Total del asegurado:
 - a) Cuando la situación de invalidez se produzca en asegurados menores de 56 años, la duración de la renta será de treinta y seis (36) mensualidades.
 - b) Cuando la situación de invalidez se produzca entre los 56 y los 61 años cumplidos del asegurado, la duración de la renta será hasta el mes de cumplir 67 años.
 - c) Cuando la situación de invalidez se produzca entre los 62 y los 69 años cumplidos del asegurado, la duración de la renta será de sesenta (60) mensualidades.
2. Invalidez Permanente y Absoluta del asegurado:
 - a) Cuando la situación de invalidez se produzca en asegurados menores de 62 años, la duración de la renta será hasta el mes de cumplir 67 años.
 - b) Cuando la situación de invalidez se produzca entre los 62 y los 69 años cumplidos del asegurado, la duración de la renta será de sesenta (60) mensualidades.

Las prestaciones de Invalidez Permanente y Absoluta asignadas el 1/1/2000 (en adelante, Rentas de Invalidez Especial), de acuerdo con la Disposición transitoria de paso a las nuevas prestaciones, de 1/1/2000, mantendrán la duración establecida en aquel momento:

- a) Cuando la situación de invalidez permanente y absoluta se produzca en asegurados menores de 60 años, la duración de la renta será hasta el mes de cumplir 65 años.
- b) Cuando la situación de invalidez permanente y absoluta se produzca entre los 60 y los 64 años cumplidos del asegurado, la duración de la renta será de sesenta (60) mensualidades.

El reconocimiento de la situación de invalidez efectuado 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, calificación y reconocimiento final de la invalidez de acuerdo con el presente reglamento.

Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS

La Mutualidad determinará los importes de la prestación mínimo y máximo que podrán suscribirse, 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 suscriptor o asegurado ni suponga un nuevo control de suscripción o modificación de las demás condiciones de las coberturas suscritas. La actualización no será procedente cuando haya tenido lugar la contingencia o el riesgo cubierto.

Artículo 3. ESPECIFICACIONES DE LA COBERTURA

El reconocimiento de la invalidez permanente y absoluta supondrá el reconocimiento de la invalidez permanente y total.

El reconocimiento de la invalidez permanente y absoluta a asegurados menores de 56 años conllevará también el pago de la Renta de Invalidez Permanente y Total que tenga suscrita. Si este

reconocimiento viniera con posterioridad de haber sido reconocida la invalidez permanente y total, la Renta por Invalidez Permanente y Total se mantendrá hasta agotar su duración.

El reconocimiento de la Invalidez Permanente y Absoluta o Invalidez Permanente y Total a asegurados de 56 o más años, conllevará el pago de una única renta de acuerdo con el artículo 1, sin perjuicio del pago de la Renta de Invalidez Especial en caso de Invalidez Permanente y Absoluta.

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

1. Esta prestación podrá ser suscrita por asegurados mayores de 16 años de edad y que aún no hayan cumplido 62 años. En los casos de ampliación del importe de la renta suscrita, la edad máxima será también de 62 años. En las ampliaciones se aplicarán los mismos criterios de selección de riesgo que en la suscripción inicial de la prestación.
2. Aquellos asegurados que deseen ampliar su cobertura hasta los 70 años podrán solicitarlo presentando, dentro del año anterior a cumplir los 67 años y con un mínimo de un mes de antelación, una declaración responsable conforme mantendrán la actividad laboral o profesional a partir de los 67 años y que solicitarán la baja de la prestación si finalizan la actividad laboral o profesional antes de los 70 años. En estos casos, la Mutualidad podrá establecer, de acuerdo con el artículo 6 de este Reglamento y la información de que disponga del asegurado, las exclusiones, limitaciones y/o sobreprimas que correspondan. En caso de aceptarse la solicitud, la Mutualidad no aplicará ninguna carencia.
3. Juntamente a los otros supuestos previstos en este Reglamento, la cobertura se extinguirá:
 - a) Por el reconocimiento de la situación de Invalidez Permanente y Absoluta.
 - b) El día que el asegurado cumpla 67 años de edad (en las rentas de invalidez especial, el día que el asegurado cumpla 65 años de edad), con carácter general.
 - c) Cuando el asegurado se jubile, si la jubilación es anterior al cumplimiento de los 67 años.
 - d) El día que el asegurado cumpla 70 años de edad, en los casos de los asegurados descritos en el punto 2.

En caso de reconocimiento de invalidez permanente y total a un asegurado menor de 56 años esta cobertura quedará extinguida, manteniéndose la cobertura por Invalidez Permanente y Absoluta.

En caso de reconocimiento de Invalidez Permanente y Total a un asegurado de 56 o más años las coberturas de Invalidez Permanente y Total y de Invalidez Permanente y Absoluta quedarán extinguidas.

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

La duración de esta cobertura será anual, prorrogable anualmente, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro. Cada parte podrá oponerse a la prórroga del seguro mediante una comunicación escrita a la otra parte. **Cuando sea el suscriptor quien se oponga a la prórroga deberá efectuar la comunicación en el plazo mínimo de un (1) mes de antelación a la conclusión del periodo de cobertura en curso.** Cuando sea la Mutualidad quien se oponga, el plazo mínimo para la comunicación será de dos (2) meses.

Artículo 6. SUSCRIPCIÓN

1. Además de cumplir las condiciones estatutariamente establecidas, el interesado deberá cumplir los siguientes requisitos:

- a) Suscribirse 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 suscriptor no coincida con el asegurado será necesaria la autorización por escrito del asegurado, quién 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 suscriptor o asegurado se negara a facilitar dicha información, se le aplicará 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 suscriptor o asegurado. La no aceptación de la exclusión, limitación o sobreprima por parte del suscriptor i/o 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 la 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 a la persona suscriptora 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/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 esa obligación producirán los efectos previstos legalmente.
3. El 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 suscriptor o asegurado que tengan influencia en la estimación del riesgo (excepto en caso de indicación inexacta

de la edad) no darán derecho a la 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 excluidas de cobertura los casos de invalidez derivada de:

- a) Conflictos armados, aunque no vengan precedidos por declaración oficial de guerra.
- b) Un intento de suicidio durante el primer año de cobertura o contrato.
- c) La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo realizada por la Mutualidad.
- d) Por causa no declarada en las eventuales ampliaciones. En este caso, la exclusión afectará exclusivamente a las ampliaciones suscritas.
- e) Las consecuencias de cualquier naturaleza derivados de la reacción o radiación nuclear o de la contaminación radiactiva, cualquiera que sea su origen.
- f) Cuando sea derivada de la no observancia por parte de la persona enferma de las recomendaciones o prescripciones facultativas a fin de solucionar su patología o se haya prolongado la invalidez o baja laboral por culpa del asegurado.
- g) Derivada directa o indirectamente de drogadicción.
- h) Derivada de un estado psíquico que no se pueda demostrar mediante pruebas objetivas.
- i) 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.
- j) Aquellas otras exclusiones que vienen establecidas 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 suscriptor y asegurado de la cobertura.

Artículo 10. PERIODO DE CARENCIA

Se establecerá un periodo de carencia de seis (6) meses, a menos que la invalidez se produzca como consecuencia de accidente, supuesto en el que no se aplicará ningún periodo de carencia, o se le exonere —total o parcialmente— por ser sustitución de otro seguro análogo, en cuyo caso se especificará en el título de suscripción.

Artículo 11. CUOTAS

La cuota anual se calculará de acuerdo con la renta o pensión contratada y la edad actuarial del asegurado en la fecha de suscripción y en cada renovación anual, con sujeción al anexo de cuotas.

El pago de las cuotas finalizará el día de la extinción de la cobertura, con el reconocimiento de la prestación de Invalidez y otros supuestos previstos en el presente 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 12. PAGO DE CUOTAS

1. El suscriptor de la prestación estará 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 persona distinta del suscriptor, esta obligación de pago podrá ser asumida por el asegurado y si así lo acuerdan y lo comunican a la Mutualidad los interesados, ostentando al asegurado los derechos y obligaciones aseguradores inherentes a la persona pagadora de las cuotas.

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

Artículo 13. IMPAGO DE CUOTAS: INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

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

En caso de falta de pago de una de las siguientes cuotas (incluyendo los fraccionamientos de la cuota anual), la prestación o cobertura suscrita quedará en suspenso un (1) mes después del día del vencimiento de la cuota (o fracción de cuota) impagada. Si la Mutualidad no reclamara el pago dentro de los seis (6) meses siguientes al vencimiento de la cuota se entenderá que el contrato o cobertura queda extinguido. En cualquier caso, la Mutualidad, cuando la cobertura esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la cuota del periodo en curso. La cobertura volverá a surtir efectos a las veinticuatro horas del día en que el 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 14. BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN

El beneficiario de la prestación será la propia persona asegurada, a no ser que el suscriptor haya designado a otra persona.

Artículo 15. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN

Serán condiciones necesarias para tener derecho a la prestación:

- a) Que el 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 surtirá los efectos previstos en el artículo 13 del presente reglamento.
- b) Que el asegurado haya cubierto el periodo mínimo de carencia de seis (6) meses establecido en el artículo 10 del presente reglamento.

Artículo 16. SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN

Plazo para solicitar la prestación: El interesado/beneficiario deberá comunicar el hecho causante y presentar la solicitud de la prestación a la Mutualidad en el plazo máximo de noventa (90) días naturales desde que se hubiera producido el hecho o hubiera tenido conocimiento del mismo. El derecho a percibir la pensión nacerá en el momento en que se comunique a la Mutualidad la situación de invalidez de la persona asegurada, sin perjuicio de aportar la documentación acreditativa correspondiente y practicarse las comprobaciones que se estimen necesarias. La prestación se pagará con efectos de la fecha de comunicación a la Mutualidad de la situación de invalidez, sin que el pago tenga efectos retroactivos en el momento de la producción o declaración del hecho causante o

invalidez. Para determinar la prestación, su importe y su duración se tendrá en cuenta la fecha de la producción del hecho causante o invalidez.

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) informes médicos acreditativos de la situación de invalidez del asegurado, aportando toda la información, documentos públicos u oficiales y otras pruebas que al efecto estimen oportunas, incluyendo la de los y las testigos.
- b) Acreditación de la condición de beneficiario.
- c) Comprobante acreditativo de haber efectuado la declaración / el pago del impuesto de sucesiones y donaciones, si procede.
- d) Declaración de datos personales a efectos de practicar la oportuna retención a cuenta, si procede.

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 o beneficiarios 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 17. COMPROBACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN

1. Para la comprobación de la invalidez, y la persistencia de la misma, el asegurado deberá someterse a los reconocimientos de los equipos médicos que establezca la Mutualidad, y tanto él como sus familiares deberán aportar estos reconocimientos y los informes que les sean solicitados.

Si el asegurado, sus familiares o cualquier otro interesado se oponen a estas visitas o comprobaciones se entenderá como renuncia expresa al cobro de la pensión y en este supuesto la Mutualidad quedará liberada de su obligación. Sin embargo, el asegurado podrá rehabilitar su situación dando cumplimiento a sus obligaciones, si bien esta rehabilitación no dará derecho al cobro de las mensualidades no percibidas desde la renuncia en la fecha de efecto de la rehabilitación.

2. De acuerdo con la documentación presentada, los informes técnicos pertinentes y las comprobaciones efectuadas, la Mutualidad procederá a aceptar la prestación 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.

3. En el caso de que el asegurado o interesado no se conforme por razones técnico-médicas con la evaluación de la invalidez efectuada por la Mutualidad, se procederá a una segunda evaluación por

dos facultativos, uno nombrado por el asegurado/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 este reglamento.

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

Artículo 18. PAGO DE LA PRESTACIÓN

La pensión mensual, a partir del momento de ser concedida por la Mutualidad, se pagará por meses vencidos, con efectos retroactivos a partir del día en que entre en la Mutualidad la solicitud de la prestación. Si la prestación se solicita como continuación de la prestación de baja laboral, se pagará con efectos del día siguiente de la fecha de finalización de esta otra prestación.

Artículo 19. EXTINCIÓN DE LA PENSIÓN

La pensión se extinguirá por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Por agotamiento de la duración de la pensión según lo dispuesto en el artículo 1 del presente reglamento.
- b) Por alta médica, curación o mejora de la situación que da lugar a la invalidez.
- c) Por defunción del asegurado.
- d) Por el rechazo a someterse a los tratamientos médicos o quirúrgicos convenientes para la curación de la invalidez o cuando, a criterio del equipo médico, se pretendiera la prolongación artificial de la invalidez.
- e) En el caso de invalidez permanente y absoluta: para el ejercicio de cualquier actividad laboral, profesional o empresarial, ya sea por cuenta propia o ajena.

En el caso de invalidez permanente y total: para el ejercicio de la actividad laboral, profesional o empresarial que tenía en el momento del hecho causante.

- f) Si el asegurado, sus familiares o cualquier otro interesado se opusieran a las visitas o comprobaciones, determinadas por la Mutualidad, o por la imposibilidad de practicar reconocimientos médicos o de cualquier otra índole porque el asegurado no se encuentra en el domicilio que consta en la Mutualidad, y en caso de ausencias reiteradas y no comunicadas.
- g) Por renuncia expresa del interesado.

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 relacionadas con la actividad aseguradora o de previsión de la Mutualidad, así como las derivadas de la normativa de transparencia y protección de la clientela y de las buenas prácticas y usos financieros y aseguradores.
- El **Defensor del Mutualista (DM)** establecido por la Mutualidad, con sujeción al reglamento que rija este organismo, que tiene por objeto las quejas y reclamaciones que se puedan presentar relacionadas con la actividad aseguradora o de previsión de la Mutualidad, siempre que previamente se hayan planteado al Servicio de Atención al Mutualista y no sean objeto de algún proceso administrativo, arbitral o judicial. La decisión del Defensor del Mutualista favorable 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/demanda por la vía judicial.
- El **Servicio de Reclamaciones** que tenga establecido el **órgano administrativo de supervisión** de la Mutualidad, del que se informará en las resoluciones del SAM o DM.
- Los organismos de **conciliación y arbitraje** previstos por la Federación de Mutualidades de Cataluña, una vez agotado el trámite del Defensor del Mutualista, con sujeción a los preceptos reglamentarios que rijan dichos organismos.
- Otros mecanismos de solución de conflictos de carácter voluntario:
 - a) Arbitraje de acuerdo con el texto refundido de la Ley General para Defensa de los Consumidores y Usuarios (Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre).
 - b) Mediación de acuerdo con la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.
 - c) Arbitraje en los casos previstos en la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.
- **Jurisdicción competente y prescripción.** 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/contrato prescriben en un plazo de cinco años.

2. SERVICIOS O PRODUCTOS CONCERTADOS

La Mutualidad podrá complementar esta prestación con servicios o productos concertados con terceros, ya sean de carácter asegurador o no. La Mutualidad podrá dejar sin efecto los servicios o productos complementarios que tenga concertados, y modificarlos o sustituirlos por otros servicios o productos, aplicando, en su caso, la correspondiente corrección de prima/cuota del suscriptor. Los

servicios o productos complementarios podrán ser de carácter obligatorio u opcional para el suscriptor, según lo determine la Mutualidad.

3. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS MUTUALISTAS

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

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

La duración de las Rentas de Invalidez provenientes de situaciones de invalidez permanente y absoluta causadas con anterioridad al 1 de enero de 2018, tanto si ya estaban reconocidas en esta fecha como si se reconocen con posteridad, será hasta el mes en que la persona asegurada cumpla 65 años o hasta el abono de sesenta (60) mensualidades si la situación de invalidez permanente y absoluta se produjo entre los 60 y los 64 años de la persona asegurada, de acuerdo con lo que disponía el Reglamento de la prestación de Rentas de Invalidez vigente hasta el 31 de diciembre de 2017.

ANEXO DE CUOTAS

La cuota anual por cada 1.000 euros de pensión mensual asegurada será:

EDAD	INVALIDEZ PERMANENTE Y TOTAL	INVALIDEZ PERMANENTE Y ABSOLUTA
17	2,96	24,78
18	2,96	24,37
19	3,29	26,59
20	3,70	29,44
21	4,07	31,81
22	4,58	35,13
23	5,09	38,30
24	5,65	41,65
25	6,34	45,84
26	6,99	49,48
27	7,82	54,20
28	8,70	58,97
29	9,67	64,08
30	10,78	69,77
31	12,03	75,98
32	13,37	82,37
33	14,89	89,42
34	16,60	97,06
35	18,44	104,92
36	20,56	113,71
37	22,82	122,55
38	25,44	132,56
39	28,34	143,10
40	31,46	153,80
41	35,04	165,64
42	38,98	177,95
43	43,38	190,97

EDAD	INVALIDEZ PERMANENTE Y TOTAL	INVALIDEZ PERMANENTE Y ABSOLUTA
44	48,27	204,65
45	53,67	218,72
46	59,74	233,65
47	66,44	248,90
48	73,91	264,61
49	82,22	280,70
50	104,51	339,25
51	135,11	415,80
52	171,31	497,98
53	213,98	585,13
54	264,10	676,09
55	322,65	768,88
56	1.292,58	
57	1.427,25	
58	1.551,46	
59	1.657,08	
60	1.736,42	
61	1.777,04	
62	1.764,04	
63	2.055,85	
64	2.385,38	
65	2.755,75	
66	3.169,42	
67	3.627,99	
68	4.132,03	
69	4.682,45	

Rentas de Invalidez Especial: para los asegurados que tuvieran contratadas las prestaciones básicas en el momento de la transformación (31/12/1999) y tuvieran 35 años o más, la cuota anual por cada 1.000 euros de pensión mensual asegurada asignada por Invalidez Permanente y Absoluta será:

CUOTA ANUAL (€)	268,61
-----------------	--------

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 %