

REGLAMENTO



SEGURO ACCIDENTES

Reglamento

SEGURO ACCIDENTES

(Condiciones generales)

Mutualidad general de la abogacía
MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL
A PRIMA FIJA

Edición MARZO de 2021

ÍNDICE

TÍTULO PRIMERO. Normas generales

Artículo 1.-	Denominación y objeto del seguro	P. 07
Artículo 2.-	Normativa aplicable.....	P. 07
Artículo 3.-	Condiciones de Tomador y Asegurado	P. 09
Artículo 4.-	Ámbito del seguro	P. 09

TÍTULO SEGUNDO. Altas y bajas

Artículo 5.-	Solicitud de alta y/o contratación	P. 10
Artículo 6.-	Toma de efectos del seguro	P. 12
Artículo 7.-	Impugnación del seguro	P. 12
Artículo 8.-	Duración del seguro	P. 13
Artículo 9.-	Título de seguro	P. 13
Artículo 10.-	Bajas	P. 14

TÍTULO TERCERO. Cuotas

Artículo 11.-	Obligación de pago y determinación de la cuota	P. 14
Artículo 12.-	Periodicidad, lugar y forma de pago de cuotas	P. 15
Artículo 13.-	Impago de las cuotas y rehabilitación del seguro	P. 16

TÍTULO CUARTO. Contingencias cubiertas y prestaciones

Artículo 14.-	Coberturas	P. 16
Artículo 15.-	Extensión del seguro.....	P. 22
Artículo 16.-	Obligaciones del Asegurado en caso de accidente	P. 25

TÍTULO QUINTO. Solicitud y tramitación de las prestaciones

Artículo 17.-	Solicitud de la prestación.....	P. 26
Artículo 18.-	Reconocimiento del derecho a las prestaciones	P. 27
Artículo 19.-	Pago de la prestación	P. 27
Artículo 20.-	Reintegro de las prestaciones indebidas.....	P. 28
Artículo 21.-	Suspensión y extinción de la percepción de prestaciones	P. 29
Artículo 22.-	Prescripción de acciones	P. 29
Artículo 23.-	Rescisión del Seguro	P. 30

TÍTULO SEXTO. Beneficiarios de las prestaciones

Artículo 24.-	Beneficiarios y su designación.....	P. 30
Artículo 25.-	Obligaciones de los Beneficiarios	P. 31
Artículo 26.-	Entrega de las prestaciones a los Beneficiarios	P. 32

TÍTULO SÉPTIMO. Disposiciones comunes

Artículo 27.-	Cláusula estatutaria sobre responsabilidad personal del mutualista.....	P. 32
Artículo 28.-	Información al mutualista y resolución de controversias	P. 32

DISPOSICIONES FINALES	P. 34
------------------------------------	--------------

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOSEXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS	P. 34
---	--------------

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES	P. 35
--	--------------

ANEXO. Baremo de lesiones o pérdidas anatómico-funcionales de incapacidad permanente parcial.....	P. 39
--	--------------

TÍTULO PRIMERO

NORMAS GENERALES

ARTÍCULO 1.- DENOMINACIÓN Y OBJETO DEL SEGURO

1.1 El Seguro Accidentes tiene por objeto la cobertura de los riesgos de incapacidad permanente y/o fallecimiento derivados de accidente.

1.2 A los efectos de este contrato, se entiende por accidente todo suceso fortuito, originado por una causa externa, súbita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que directamente produzca un daño corporal en su persona, causándole una incapacidad, comprobada como irreversible y definitiva, o la muerte.

1.3 Se presumirá, salvo prueba en contrario, la relación de causalidad entre la lesión corporal causada por accidente y el resultado de fallecimiento como consecuencia de aquella cuando éste se produzca antes de transcurrido un año del hecho causante.

1.4 En el momento de la percepción de la indemnización, el Beneficiario podrá optar por:

- a)** Percibir el capital de una sola vez.
- b)** Percibir la prestación en forma de renta temporal o vitalicia, cuya modalidad y cuantía se determinará de acuerdo con las condiciones técnicas ofertadas por Mutualidad en estos productos en el momento de la constitución de la renta tenga establecida Mutualidad para los seguros de esa naturaleza.

ARTÍCULO 2.- NORMATIVA APLICABLE

2.1 El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; Ley 10/2010, de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y de la

financiación del terrorismo, y su Reglamento, aprobado por Real Decreto 304/2014, de 5 de mayo; Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Mutualidades de Previsión Social; Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo de 2004, por la que se regulan los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente de las Entidades Financieras; Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones; así como por la normativa fiscal y demás disposiciones legales vigentes y por lo convenido en el presente Reglamento y el Título de este contrato o, en los suplementos y Condiciones Especiales que se puedan emitir a la póliza, y en los Estatutos de Mutualidad en cuanto resulten de aplicación, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos, como pacto expreso en el Título. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales.

2.2 La Entidad Aseguradora es Mutualidad General de la Abogacía, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija con domicilio social en Madrid, c/ Francisco Silvela 106 (Código Postal 28002), correspondiendo a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda, el control y supervisión de su actividad.

2.3 Los recargos e impuestos legalmente repercutibles que se deban pagar por razón de este contrato, tanto en el presente como en el futuro, correrán a cargo del mutualista.

2.4 Tanto las comunicaciones del mutualista como las de los Beneficiarios, han de ser dirigidas al domicilio social de la Mutualidad. Por otra parte, Mutualidad se dirigirá a su último domicilio conocido, estando obligados los anteriores a comunicar cualquier cambio del mismo.

ARTÍCULO 3.- CONDICIÓN DE TOMADOR Y ASEGURADO

3.1 Se entenderá como Tomador la persona física 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.

3.2 En el Seguro Accidentes, el Tomador del seguro coincidirá necesariamente con la persona del Asegurado y deberá tener la condición de mutualista o, de no ser así, adquirirá tal condición con la toma de efecto del seguro, conforme se prevé en el artículo 48 de los Estatutos de la Mutualidad, y sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 13.1 del presente Reglamento.

3.3 Las relaciones surgidas entre tomador, asegurado y/o beneficiario y Mutualidad tendrán carácter estatutario, y se regirán por las disposiciones del presente Reglamento y por los acuerdos que adopte la Junta de Gobierno en el ámbito de su competencia.

ARTÍCULO 4.- ÁMBITO DEL SEGURO

4.1 Quedan cubiertos por este seguro los accidentes que el Asegurado pueda sufrir en el ejercicio de la profesión declarada en la Solicitud de seguro, así como también los producidos en su vida privada.

4.2 El cambio de profesión o de las ocupaciones del Asegurado no anula las coberturas del mismo, las cuales siguen en vigor con efectos limitados en el caso de agravamiento a los riesgos determinados en las declaraciones contenidas en la Solicitud de seguro, y hasta tanto Mutualidad haya tomado nota del cambio mediante la emisión de un nuevo Título de Seguro.

4.3 En el caso de que se agravara o aminorara el riesgo, Mutualidad podrá optar entre anular el seguro o continuar las coberturas, y en el primer caso, tendrá obligación de comunicarlo al Mutualista por medio de carta certificada en el plazo de un mes desde que tuvo conocimiento del agravamiento del riesgo, y en el segundo, podrá aumentar o disminuir la cuota en la proporción correspondiente.

4.4 El ámbito geográfico del seguro es mundial, debiendo cumplirse, no obstante, con todos los requisitos establecidos en la póliza y, especialmente, aquellos relativos a la correcta tramitación del siniestro.

TÍTULO SEGUNDO

ALTAS Y BAJAS

ARTÍCULO 5.- SOLICITUD DE ALTA Y/O CONTRATACIÓN

5.1 La suscripción de este seguro deberá solicitarse a Mutualidad por el interesado mediante la correspondiente solicitud. No obstante, también se podrán llevar a cabo incorporaciones por acuerdos adoptados colectivamente en el seno de entidades públicas o privadas, salvo oposición expresa del interesado.

5.2 El solicitante deberá declarar a la Mutualidad, de acuerdo con el cuestionario que se le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, incluido su estado de salud. Mutualidad podrá requerir al solicitante la aportación de datos o informes adicionales.

5.3 En caso de falseamiento, reserva o inexactitud en la declaración efectuada por el solicitante, mediando dolo o culpa grave, Mutualidad quedará liberada del pago de las prestaciones de riesgo correspondientes.

5.4 Mutualidad podrá condicionar el alta y/o contratación a la realización de pruebas médicas y clínicas complementarias que tengan por objeto la valoración del riesgo cuando éste no pueda deducirse o precisarse, razonablemente, de la declaración de salud efectuada, y proponer las condiciones, exclusiones o sobreprimas con las que pueda ser aceptado, pudiendo el solicitante renunciar en esos casos a la cobertura de riesgo de que se trate.

5.5 Cuando debido a la naturaleza de la contingencia cubierta, la cuantía de las coberturas o la concurrencia de otras circunstancias así se estime conveniente, Mutualidad podrá establecer períodos de carencia o exigir que el Asegurado se someta a reconocimiento practicado por el médico designado por la misma.

5.6 A la vista de la documentación presentada y de la información facilitada, Mutualidad decidirá la aceptación y la cuota correspondiente o, en su caso, la denegación del seguro.

5.7 El alta y/o contratación se tendrá por no causada cuando el hecho causante de la contingencia tenga una fecha de efectos anterior a la fecha de contratación.

5.8 El mutualista, durante la vigencia del contrato deberá declarar las variaciones que se pudieran producir sobre los datos consignados en el cuestionario que le sometió la Mutualidad, y en concreto:

a) 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.

b) 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. El Asegurado no tiene obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas a su estado de salud, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

En el caso de que el mutualista no haya efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, Mutualidad quedará liberada del pago de la prestación si la omisión se realizó con mala fe.

5.9 Los mutualistas deberán proporcionar puntualmente a Mutualidad la información que les sea requerida, así como las alteraciones de su domicilio o residencia y correo electrónico. En el caso de que la cuota de cualquiera de las coberturas sea satisfecha por terceros, según lo previsto en el artículo 11.1, éstos estarán obligados a suministrar a Mutualidad la misma información y en los mismos términos respecto a cada uno de los asegurados.

5.10 Salvo excepción prevista en el Título de Seguro no podrán contratar el presente seguro los menores de 14 años ni los mayores de 65. Tampoco podrán hacerlo los incapacitados.

ARTÍCULO 6.- TOMA DE EFECTOS DEL SEGURO

6.1 Mutualidad comprobará que la Solicitud de seguro reúne los requisitos exigidos y procederá, seguidamente, a la emisión del seguro.

6.2 La fecha del alta y/o contratación será la del día primero del mes siguiente al de recepción de la Solicitud, o la que se indique en la misma si es posterior, siempre y cuando aparezca debidamente cumplimentada, se adjunten todos los documentos o certificaciones correspondientes y se efectúe el pago de la primera cuota. En otro caso, se considerará fecha de recepción aquella en que se cumplimente adecuadamente la indicada Solicitud y se adjunte la totalidad de la documentación requerida.

6.3 El seguro entrará en vigor el día y hora indicado en el Título de Seguro, una vez firmado el contrato y siempre que Mutualidad haya cobrado el primer recibo de cuota.

ARTÍCULO 7.- IMPUGNACIÓN DEL SEGURO

7.1 En el caso de reticencia, reserva o inexactitud en la declaración o la agravación del riesgo del mutualista que influya en la estimación del riesgo, Mutualidad podrá rescindir el seguro, mediante declaración dirigida al mismo, en plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud, correspondiendo a ésta la cuota o cuotas relativas a la anualidad en curso hasta el momento en que haga esta declaración.

7.2 Transcurrido un año desde la conclusión del contrato de seguro, Mutualidad no podrá impugnar el mismo salvo que se comprobara dolo o culpa grave por parte del mutualista, o que su verdadera edad 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.

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

ARTÍCULO 8.- DURACIÓN DEL SEGURO

8.1 El seguro tendrá una duración de un año.

8.2 Al vencimiento del mismo, el contrato quedará tácitamente prorrogado por un año y así en lo sucesivo, **salvo que Mutualidad se opusiera a su prórroga mediante carta certificada con dos meses, por lo menos, de antelación**

a la conclusión del período del seguro en curso, o el mutualista ejerciera su derecho de oposición conforme al tratamiento previsto en la letra b del artículo 10.

8.3 En cualquier caso el seguro se extinguirá y dejará de tener efecto al término del período correspondiente a la última cuota abonada al cumplir los 70 años de edad o la edad que en su caso se indique en el Título, o tras la declaración de la incapacidad permanente absoluta o fallecimiento del Asegurado.

ARTÍCULO 9.- TÍTULO DE SEGURO

9.1 Causada el alta y/o producida la contratación, se entregará al mutualista un ejemplar del presente Reglamento y un Título de Seguro donde constarán las condiciones particulares del seguro, pudiendo el mutualista ejercer la facultad unilateral de resolver el contrato, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha de entrega de la copia del Reglamento y del Título de Seguro.

9.2 Mutualidad entregará al mutualista un suplemento del Título o un Título nuevo siempre que, por cualquier causa, se modifique el contenido del mismo.

9.3 Si el contenido del Título de seguro o del suplemento al mismo difiere de los propuestos por Mutualidad o de lo convenido, el mutualista podrá reclamar a la misma en el plazo de un mes, a contar desde la entrega, para que subsane la diferencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en el Título de seguro o suplemento del mismo.

ARTÍCULO 10.- BAJAS

Se causará baja por alguna de las siguientes circunstancias:

- a)** Acaecimiento de la contingencia de incapacidad permanente absoluta o fallecimiento sobre la persona del Asegurado, que de acuerdo con el presente Reglamento da lugar al pago de la correspondiente prestación al Beneficiario.

- b) Solicitud por escrito del mutualista, tomando efecto la baja al día siguiente del vencimiento de la próxima cuota o fracción de la misma siempre que la recepción se realice con por lo menos quince días antes del final del mes.
- c) En caso de rescisión o impugnación del contrato por la Mutualidad, conforme a lo previsto en los anteriores artículos 7.1 y 7.2.
- d) En caso de impago de las correspondientes cuotas o fracción por parte del mutualista, conforme al régimen previsto en el artículo 13.

TÍTULO TERCERO

CUOTAS

ARTÍCULO 11.- OBLIGACIÓN DE PAGO Y DETERMINACIÓN DE LA CUOTA

11.1 La obligación de pago de la cuota por el mutualista nace con el alta y tiene efectos desde esa misma fecha. No obstante, también se podrá admitir el pago de cuotas efectuadas por terceros, sean personas físicas o jurídicas.

11.2 La obligación de pago se mantendrá hasta la fecha del hecho causante de las contingencias cubiertas en este Reglamento y su reconocimiento por la Mutualidad, momento en que quedará extinguida.

11.3 La cuota inicial se determinará al producirse la admisión de la solicitud por la Mutualidad, en función de las contingencias y prestaciones suscritas, aplicando la tarifa correspondiente.

11.4 La cuota de las sucesivas anualidades podrá ser actualizada en función de la base técnica tarifa vigente en cada momento, lo que se comunicará al mutualista con una antelación de dos meses al vencimiento anual para que, en su caso, pueda proceder a ejercer su derecho de oposición a la renovación anual.

ARTÍCULO 12.- PERIODICIDAD, LUGAR Y FORMA DE PAGO DE LAS CUOTAS

12.1 La cuota tendrá carácter anual y será abonada por anualidades anticipadas, con vencimiento en el día de la toma de efecto del seguro. No

obstante lo anterior, se podrá fraccionar el pago de las cuotas anuales por periodos inferiores, mensuales, trimestrales o semestrales, igualmente anticipados. El fraccionamiento se solicitará por el mutualista en la solicitud de alta y su régimen se hará constar en el correspondiente Título de Seguro.

12.2 Las cuotas o sus correspondientes fraccionamientos se abonarán mediante domiciliación bancaria a través de la institución de ahorro señalada en la solicitud de alta.

12.3 El mutualista vendrá obligado a dar cuenta a Mutualidad de los cambios de domiciliación bancaria, quedando exonerada aquella de toda responsabilidad por los perjuicios o gastos adicionales que se pudieran originar por el incumplimiento de esta obligación.

12.4 El pago de la cuota podrá acreditarse mediante cualquier medio válido en derecho.

12.5 No obstante lo anterior, si el mutualista tuviere contratado Planes Básicos u otros seguros en la Mutualidad, las cuotas periódicas sucesivas del mismo, se recogerán en el recibo de las correspondientes a dichos Planes o seguros, abonándose conjuntamente con éstas siempre que el domicilio bancario sea el mismo.

ARTÍCULO 13.- IMPAGO DE LAS CUOTAS Y REHABILITACIÓN DEL SEGURO

13.1 En caso de falta de pago de una de las cuotas anuales o fracción, Mutualidad advertirá por escrito de esta circunstancia al mutualista y mantendrá la cobertura un mes después del vencimiento del recibo. Concluido este plazo sin que se hubiese efectuado el pago de la cuota o fracción, la cobertura quedará suspendida.

13.2 Dentro de los seis meses siguientes al vencimiento del recibo, la cobertura correspondiente volverá a tener efecto a las cero horas del día siguiente a aquél en que se efectúe el pago de las cuotas impagadas. Si transcurrido este plazo no fuere pagada la totalidad de las cuotas impagadas, el seguro quedará extinguido.

TÍTULO CUARTO

CONTINGENCIAS CUBIERTAS Y PRESTACIONES

ARTÍCULO 14.- COBERTURAS

Las coberturas garantizadas son las de Incapacidad Permanente y Fallecimiento derivados de accidente, que podrán contratarse conjunta o separadamente. En el Título de Seguro se harán constar las coberturas que estuvieren incluidas y no incluidas en cada caso, en función de las contratadas.

14.1 Incapacidad Permanente

a) Cobertura complementaria de Incapacidad Permanente derivada de accidente

Mutualidad pagará al Beneficiario el capital o renta asegurada por incapacidad debida a pérdidas anatómicas y funcionales irreversibles consecuencia del traumatismo ocurrido al tiempo del accidente o que sobrevenga posteriormente por evolución de las lesiones sufridas en éste 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 derivadas del mismo.**

Esta cobertura alcanza los siguientes grados de incapacidad:

- **La Incapacidad Permanente Absoluta:**

Se entenderá producido el hecho causante de esta contingencia, cuando el Asegurado presente dolencias físicas o psíquicas o reducciones anatómicas graves, sobrevenidas, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que le inhabiliten por completo para toda profesión u oficio por cuenta propia o ajena. La prestación tendrá efectos económicos desde el día primero del mes siguiente a la fecha de su reconocimiento por la Mutualidad.

- **La Incapacidad Permanente Parcial:**

Se entiende por incapacidad permanente parcial a los efectos de este seguro, las lesiones o pérdidas anatómico-funcionales contenidas en el baremo recogido en el ANEXO, expresada en los porcentajes establecidos.

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

En los casos que no estén señalados en el baremo, como en los de pérdida parcial de los miembros antes indicados, el grado de incapacidad se fijará en proporción a su gravedad, comparada con la de los supuestos de incapacidad enumerados.

Si el Asegurado perdiese en un solo accidente varios miembros, el grado de incapacidad se fijará sumando las respectivas valoraciones, pero sin que la indemnización resultante pueda, en ningún caso, exceder de la correspondiente a la incapacidad permanente absoluta.

Si antes del accidente el Asegurado presentaba defectos corporales o limitaciones funcionales, la incapacidad causada por dicho accidente no podrá ser calificada en un grado mayor al que resultaría si no hubiera presentado con anterioridad dichos defectos y limitaciones funcionales.

A cada grado de incapacidad permanente le corresponderá un valor determinado de indemnización de acuerdo con las cuantías señaladas en el correspondiente Título.

b) Garantías adicionales

El presente seguro incluye, como complemento a la cobertura de Incapacidad Permanente derivada de accidente descrita en la letra a) del presente artículo, las siguientes garantías por Asegurado y siniestro, siempre que tenga su origen en un accidente cubierto por esta póliza.

- **Prótesis ortopédica:** en caso de que la incapacidad permanente deje lesiones residuales corregibles mediante prótesis, Mutualidad toma a su cargo la primera prótesis ortopédica que sea necesaria, con el límite máximo de 5.000 euros.
- **Cirugía plástica reparadora:** hasta un máximo de 2.500 euros.
- **Adaptaciones en el entorno:** necesarias en la vivienda o despacho profesional, y adaptaciones mecánicas del automóvil, con un límite máximo de 2.500 euros.

c) Cobertura complementaria de Incapacidad Permanente por accidente de circulación

Adicionalmente a la cobertura de Incapacidad Permanente derivada de accidente descrita en la anterior letra a), el mutualista podrá contratar la cobertura complementaria de Incapacidad Permanente derivada de accidente de circulación, que dará lugar a la prestación prevista en el Título del Seguro. En el caso de contratarse ambas, la indemnización será la resultante de la suma de ambas prestaciones.

A estos efectos, se entiende que la Incapacidad Permanente del Asegurado es causada por un accidente de circulación cuando se produzca en alguno de los siguientes supuestos:

- Como peatón cuando el accidente es causado por un vehículo.
- Como conductor, pasajero o usuario de un vehículo terrestre.

La determinación del grado de incapacidad y de la indemnización a satisfacer se establecerán conforme se prevé en el apartado 1, letras d) y e) de este mismo artículo.

d) Determinación del grado de incapacidad permanente

La determinación del grado de incapacidad que se derive del accidente se efectuará tan pronto como el estado del Asegurado pueda ser reconocido como definitivo y su lesión como irreversible. El solicitante, al que incumbe la prueba de la incapacidad, presentará el correspondiente certificado médico de incapacidad previsto en el artículo 17.

Mutualidad notificará por escrito al solicitante el grado de incapacidad que corresponda, de acuerdo con el que se deduzca del certificado médico de incapacidad y del baremo fijado en este artículo.

Si el solicitante no presta conformidad a la evaluación del grado de incapacidad hecha por parte de la Mutualidad, se procederá a dicha evaluación por dos peritos médicos, nombrados, uno por el solicitante y otro por la Mutualidad, debiendo constar por escrito la aceptación de éstos.

Si una de las partes no hubiera hecho designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se

entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta, en la que se harán constar las causas del accidente, la valoración de la incapacidad derivada del mismo, las demás circunstancias que incluyan en la valoración de la indemnización y la propuesta del importe líquido de la misma.

Cuando no haya acuerdo entre los peritos, ambas partes designarán un tercer perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el juez competente.

En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes o, en su defecto, en el de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el tercer perito.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de ellas, dentro del plazo de treinta días en el caso de Mutualidad y de ciento ochenta en el del Solicitante. Si no se interpusiera en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial será inatacable.

Si el dictamen de los peritos fuera impugnado, Mutualidad deberá abonar el importe líquido de la indemnización propuesta por el perito por ella designado, y si no lo fuera, abonará el importe de la indemnización señalado por peritos en un plazo de cinco días.

Serán a cargo de cada parte los honorarios y gastos de los peritos por ellos designados, y los honorarios y gastos del tercer perito serán satisfechos por mitad.

En todo lo no previsto en los apartados anteriores se estará a lo dispuesto en los artículos treinta y ocho y ciento cuatro de la Ley de Contrato de Seguro.

e) Determinación de la indemnización

La cuantía de la prestación vendrá determinada en función del grado de incapacidad, de acuerdo con la tabla progresiva de indemnizaciones que

figura en el Título, según la cual, el porcentaje de indemnización tiene un crecimiento mayor que el grado de incapacidad, a medida que éste es más grave.

14.2 Fallecimiento

a) Cobertura de Fallecimiento derivado de accidente

Mutualidad pagará al Beneficiario designado en el Título, o en su defecto a los herederos legales, la renta o el capital asegurado por fallecimiento del Asegurado, ocurrido al tiempo del accidente o que sobrevenga posteriormente por evolución de las **lesiones causadas hasta un plazo máximo de un año desde el momento del accidente. Corresponde en este caso a los beneficiarios demostrar la relación causa-efecto entre el accidente y el fallecimiento, con la aplicación de la presunción del artículo 1.3, en su caso, del presente Reglamento.**

Las cantidades abonadas por Mutualidad en concepto de incapacidad permanente se considerarán como adelanto sobre la suma asegurada en caso de fallecimiento dentro de los doce meses siguientes a la fecha del accidente, por lo que en el supuesto de reconocerse primeramente la incapacidad permanente y posteriormente el fallecimiento, derivados de un mismo accidente, la prestación máxima a satisfacer por todos los conceptos coincidirá con el capital asegurado, por incapacidad o fallecimiento, de mayor cuantía.

b) Garantías adicionales

El presente seguro incluye, como complemento a la cobertura de Fallecimiento derivado de accidente descrita en el apartado 2, la letra a) del presente artículo, las siguientes garantías por Asegurado y siniestro, relativas a la cobertura de fallecimiento, siempre que tenga su origen en un accidente cubierto por esta póliza.

- Anticipo como ayuda por gastos de sepelio: los Beneficiarios podrán solicitar un anticipo de hasta 5.000 euros a cuenta del pago del capital asegurado, para atender los gastos derivados del fallecimiento.

- Asesoramiento al Beneficiario: Mutualidad pondrá a disposición del Beneficiario un servicio gratuito de asesoramiento práctico a efectos fiscales para el cobro de la renta o el capital de fallecimiento, orientando sobre los documentos necesarios para cumplir los trámites legales. Este Servicio deberá ser requerido expresamente.

c) Cobertura complementaria de fallecimiento por accidente de circulación

Adicionalmente a la cobertura de Fallecimiento derivado de accidente descrita en la anterior letra a) del presente apartado, el mutualista podrá contratar la cobertura complementaria de Fallecimiento derivado de accidente de circulación, que dará lugar a la prestación prevista en el Título de Seguro. En el caso de contratarse ambas coberturas, la indemnización será la resultante de la suma de ambas prestaciones.

A estos efectos, se entiende que el fallecimiento del Asegurado es causado por un accidente de circulación cuando se produzca en alguno de los supuestos indicados en el apartado 1. c) del presente artículo.

Las cantidades abonadas por Mutualidad en concepto de incapacidad permanente derivada de accidente de circulación se considerarán como adelanto sobre la suma asegurada en caso de fallecimiento dentro de los doce meses siguientes a la fecha del accidente, por lo que en el supuesto de reconocerse primeramente la incapacidad permanente y posteriormente el fallecimiento, derivados de un mismo accidente de circulación, la prestación máxima a satisfacer por todos los conceptos coincidirá con el capital asegurado, por incapacidad o fallecimiento, derivado de accidente de circulación, de mayor cuantía.

ARTÍCULO 15.- EXTENSIÓN DEL SEGURO

15.1 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 el rayo o por una descarga eléctrica; el fallecimiento inmediato que resulte de caída involuntaria en el agua o asfixia accidental por gases o vapores; los casos de rabia y de carbunclo

ocasionados por mordeduras de animales o por picaduras de insectos; las infecciones producidas directamente por un accidente, y las inoculaciones infecciosas.

- c) Los accidentes en caso de legítima defensa o de tentativa de salvación de personas o bienes.
- d) Los derivados de la utilización de medios normales de locomoción, terrestres o acuáticos, usando y conduciendo automóvil o motocicleta, siempre que esté provisto del correspondiente Permiso de Circulación, así como también viajando en aeronaves de líneas regulares o utilizando avionetas de propiedad particular.
- e) 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.
- f) Quedan también incluidos los accidentes de que pueda ser víctima el Asegurado practicando, como aficionado, la equitación, gimnasia, natación, fútbol y tenis, cazando, pescando, tomado parte en concursos de tiro y navegando con embarcaciones movidas a remo, a vela o motor, o cualquier otro deporte de similar riesgo.

15.2 En ningún caso están amparados por este seguro:

- a) Las enfermedades de toda clase, sea cual fuere su origen; anginas de pecho, infartos de miocardio, desvanecimientos y síncope, hemorragia cerebral o lesión similar de origen endógeno, los ataques de apoplejía o de epilepsia y epileptiforme de cualquier naturaleza, así como las lesiones corporales producidas con ocasión de esas manifestaciones o de otro estado morbozo cualquiera.
- b) Las hernias de cualquier naturaleza y origen, ni sus complicaciones, ni las complicaciones de varices, por cualquier causa que sean.
- c) Las insolaciones, congelaciones y otros efectos de la temperatura a los cuales no esté expuesto el Asegurado como consecuencia de un accidente.

- d) Las consecuencias de intervenciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por accidentes, ni las lesiones consecutivas a operaciones practicadas por el Asegurado sobre sí mismo.
- e) Los envenenamientos y las infecciones no previstas en los párrafos que anteceden.

15.3 En ningún caso están cubiertos por este seguro:

- a) Los accidentes originados en ejercicio de profesiones distintas a la declarada en la solicitud del seguro o riesgos accesorios que sean objeto de preguntas especiales en dicha solicitud, si el mutualista no ha contestado afirmativamente a dichas preguntas por dolo o culpa grave. De no ser así, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima establecida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera identidad del riesgo.
- b) Los siguientes, que serán cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, conforme al número 1 de la cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas:
 - 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.
 - Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
 - Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.
- c) Los riesgos expresamente excluidos por el Consorcio de Compensación de Seguros, señalados en el número 2 de la cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas.
- d) Los accidentes aéreos, cuando el asegurado forme parte de la tripulación, y descensos en paracaídas que no sean consecuencia de una situación de emergencia.

- e) Los accidentes debidos a Catástrofe nuclear, como consecuencia de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva y en caso de guerra civil o internacional, declarada o no.**
- f) Daños o lesiones causadas voluntariamente o intencionadamente por el Asegurado, o producto de embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.**
- g) Accidentes derivados de actos delictivos, negligencia grave o imprudencia temeraria del Asegurado si el Juez competente así lo declara, así como las que deriven de apuestas, concursos o de las pruebas preparatorias de los mismos.**
- h) Accidentes derivados de la conducción de vehículos a motor, terrestres marítimos o aéreos, si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente.**
- i) Accidentes que hayan ocurrido antes de la fecha de alta o de contratación de la cobertura si esta es posterior, aunque se haya declarado, salvo que expresamente se admita su inclusión en el Título.**
- j) Accidentes derivados de la práctica del Asegurado como profesional de deportes peligrosos, tales como: alpinismo, espeleología, automovilismo, boxeo, aviación privada o deportiva, pesca submarina, motociclismo, vuelo ultraligero, ala delta, parapente y elevaciones aerostáticas.**
- k) Los accidentes sobrevenidos al Asegurado derivados de actos notoriamente peligrosos, no justificados por necesidad profesional.**

15.4 En caso de agravarse las consecuencias de un accidente por una enfermedad, o estado morbozo, padecida por el Asegurado, crónica o aguda, preexistente o sobrevenida después de ocurrir el accidente, pero por causa independiente del mismo, Mutualidad responderá sólo de las consecuencias que el accidente hubiera probablemente tenido sin la intervención agravante de tal enfermedad.

ARTÍCULO 16.- OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE

16.1 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.

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

16.3 El Asegurado deberá emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho a Mutualidad a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del Asegurado. Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Mutualidad, ésta quedará liberada de toda prestación derivada del siniestro.

16.4 El Asegurado o su Beneficiario estará obligado a comunicar a 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.

TÍTULO QUINTO

SOLICITUD Y TRAMITACIÓN DE LAS PRESTACIONES

ARTÍCULO 17.- SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN

17.1 Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 22 del presente Reglamento, el mutualista o, en su caso, el Beneficiario, deberá comunicar a Mutualidad los hechos que den lugar a prestaciones dentro del plazo máximo de quince días de haberlo conocido. El mutualista o en su caso el Beneficiario deberán acreditar el derecho a las prestaciones remitiendo a la Mutualidad, debidamente cumplimentados y firmados, el modelo de solicitud de prestaciones establecido al efecto por la Mutualidad, debiendo acompañar al mismo cuantos documentos justificativos sean precisos para acreditar el derecho

del solicitante. También deberá acompañarse documento que acredite la titularidad por el beneficiario de la cuenta corriente donde se solicita el abono de la prestación.

17.2 En caso de fallecimiento, el plazo mencionado se contará desde que el Beneficiario o su representante legal tuviesen conocimiento del fallecimiento del causante y de su designación como Beneficiario, o desde que pueda acreditar su condición por disposición testamentaria u otros medios válidos en derecho.

17.3 El mutualista, o, en su caso, el Beneficiario, deberá acreditar ante Mutualidad cuantos datos o extremos complementarios le sean requeridos.

17.4 La tramitación de la solicitud de prestación se iniciará a partir del momento en que sea aportada toda la documentación prevista en el presente Reglamento.

17.5 El incumplimiento de las precedentes obligaciones de comunicación podrá generar, en favor de la Mutualidad, la correspondiente indemnización por los daños y/o perjuicios causados.

ARTÍCULO 18.- RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A LAS PRESTACIONES

18.1 A la vista de la solicitud y de la demás documentación aportada se adoptará por la Mutualidad la resolución que proceda. El reconocimiento del derecho a la prestación será notificado al Beneficiario mediante escrito de la Mutualidad, indicándole la forma y cuantía de la prestación, periodicidad y vencimientos, retenciones fiscales efectuadas, formas de revalorización, posibles reversiones y grado de aseguramiento o garantía, y demás elementos definitorios de la prestación. La indicada notificación será remitida al Beneficiario de la prestación dentro del plazo máximo de treinta días desde la presentación de la documentación correspondiente.

18.2 Las prestaciones serán abonadas al Beneficiario o Beneficiarios previstos o designados conforme a lo establecido en el presente Reglamento, salvo que medie embargo o traba judicial o administrativa, en cuyo caso se estará a lo que disponga el mandamiento correspondiente. Cuando el derecho a la prestación sea objeto de embargo o traba judicial o administrativa, ésta

resultará válida y eficaz, si bien no se ejecutará hasta que se cause el derecho a la prestación. Producidas tales circunstancias, Mutualidad ordenará el traspaso de los fondos correspondientes a la prestación a quien proceda en cumplimiento de la orden de embargo.

ARTÍCULO 19.- PAGO DE LA PRESTACIÓN

19.1 Mutualidad está obligada al pago de la prestación al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer el derecho a las mismas, salvo que éste haya acaecido mediando mala fe del mutualista o del Beneficiario. Reconocido el derecho, la indemnización se abonará, por conducto de entidades de crédito, en cuenta corriente de la que el beneficiario haya acreditado ser titular surtiendo el ingreso o depósito en éstas plenos efectos liberatorios desde su fecha.

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

19.3 Las prestaciones se pagarán con efectos de la fecha del hecho causante conforme a lo establecido en el presente Reglamento, a salvo de lo establecido en el artículo 22 del mismo.

19.4 Sin perjuicio de que las prestaciones están expresadas en el Título en forma de capital, podrán ser satisfechas, a elección del Beneficiario, en forma de renta de la modalidad que elija el Beneficiario o mediante el pago de un capital único.

19.5 En el supuesto de haberse optado por percibir las prestaciones en forma de renta, el pago deberá iniciarse el mes siguiente a aquel en que se haya notificado el reconocimiento del derecho. Las prestaciones en forma de renta que deba satisfacer Mutualidad se abonarán por mensualidades naturales, completas y vencidas en el domicilio bancario señalado por el Beneficiario. Las rentas podrán ser temporales o vitalicias, cuya modalidad y cuantía se determinará de acuerdo con las condiciones técnicas que en el momento de la constitución de la renta oferte Mutualidad para los seguros de esa naturaleza.

19.6 En el supuesto de haberse optado por percibir las prestaciones en forma de capital inmediato, deberá ser abonado al Beneficiario dentro del plazo máximo de siete días hábiles desde que éste presente la documentación completa correspondiente.

ARTÍCULO 20.- REINTEGRO DE LAS PRESTACIONES INDEBIDAS

20.1 Quienes hayan percibido indebidamente indemnizaciones por este seguro, estarán obligados solidariamente a reintegrar su importe.

20.2 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.

20.3 Si la cantidad no fuese reintegrada en el plazo de tres meses desde que se percibió indebidamente, Mutualidad podrá exigir, en concepto de indemnización de daños y perjuicios, un interés al tipo señalado en el artículo 20 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre.

ARTÍCULO 21.- SUSPENSIÓN Y EXTINCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE PRESTACIONES

21.1 La percepción de las prestaciones de renta quedará en suspenso por la no acreditación de la supervivencia de su Beneficiario en los términos establecidos en el artículo 25.2 del presente Reglamento, reanudándose una vez aquéllas queden cumplidas.

21.2 Las prestaciones en forma de renta temporal se extinguirán una vez extinguidos los derechos económicos o, en su caso, haya transcurrido el plazo por el que la renta fue estipulada.

21.3 Las prestaciones en forma de renta vitalicia se extinguirán en el momento del fallecimiento del Beneficiario o, en su caso, de los Beneficiarios designados.

21.4 Las prestaciones en forma de capital se extinguirán al producirse el pago del mismo.

21.5 El derecho a la percepción de prestaciones podrá ser objeto de extinción unilateral por Mutualidad cuando el Beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar el derecho a la prestación.

ARTÍCULO 22.- PRESCRIPCIÓN DE ACCIONES

Las acciones que se deriven del derecho a causar prestaciones prescribirán en el plazo de cinco años, de conformidad con lo dispuesto en la legislación general de seguros privados.

ARTÍCULO 23.- RESCISIÓN DEL SEGURO

Después de todo siniestro por incapacidad permanente absoluta o fallecimiento declarado, liquidado o pagado, el seguro quedará extinguido.

TÍTULO SEXTO

BENEFICIARIOS DE LAS PRESTACIONES

ARTÍCULO 24.- BENEFICIARIOS Y SU DESIGNACIÓN

24.1 El mutualista podrá designar libremente a los Beneficiarios del seguro, sin necesidad del consentimiento o aceptación de la Mutualidad. No obstante lo anterior, el Beneficiario de la prestación por incapacidad permanente será el Asegurado.

24.2 La designación de Beneficiarios podrá hacerse por el mutualista, al formalizar el seguro o en posterior declaración escrita comunicada a 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 deberá hacerse en la misma forma en que se hiciera la designación.

24.3 La designación inicial de Beneficiario se hará constar en el Título de seguro. Las sucesivas modificaciones darán lugar a la expedición por Mutualidad de un suplemento del mismo o de un nuevo Título, recogiendo la variación de los Beneficiarios manifestada por el mutualista.

24.4 Si en el momento del devengo de la prestación no constara en 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 incapacidad del mismo o sus herederos legales, en caso de fallecimiento.

24.5 Cuando el devengo de la prestación se produzca por fallecimiento del Asegurado, la prestación formará parte del patrimonio del mutualista.

24.6 En caso de designación genérica de los hijos, de los herederos o del cónyuge de una persona como Beneficiarios, se considerará 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.

24.7 Si la designación se hace a favor de los hijos, herederos o cónyuge, sin mayor especificación, se considerará referida a los del mutualista.

24.8 Los Beneficiarios que sean herederos conservarán su derecho a la prestación aunque renuncien a la herencia.

24.9 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.

24.10 La parte no adquirida por un Beneficiario acrecentará la de los demás.

ARTÍCULO 25.- OBLIGACIONES DE LOS BENEFICIARIOS

25.1 Los Beneficiarios vendrán obligados a facilitar a Mutualidad las circunstancias personales que les sean requeridas.

25.2 Los Beneficiarios de prestaciones en forma de renta deberán acreditar su supervivencia antes del último día hábil del mes de marzo de cada año o en cualquier otro momento a requerimiento de la Mutualidad, mediante la firma original del modelo de fe de vida establecido al efecto por la Mutualidad, o bien mediante la remisión de cualquier otro documento acreditativo a juicio

de la Mutualidad, firmado o compulsado por alguna autoridad administrativa, Colegio profesional, entidad bancaria, centro sanitario o médico en ejercicio, o cualquier otro que Mutuality designe.

ARTÍCULO 26.- ENTREGA DE LAS PRESTACIONES A LOS BENEFICIARIOS

La prestación deberá ser entregada por Mutuality al último Beneficiario o Beneficiarios designados y notificados a la misma con anterioridad a su devengo, en cumplimiento del presente Reglamento, aun contra las reclamaciones de los herederos o de los acreedores, de cualquier clase que fueren, de aquel.

TÍTULO SÉPTIMO

DISPOSICIONES COMUNES

ARTÍCULO 27.- CLÁUSULA ESTATUTARIA SOBRE RESPONSABILIDAD PERSONAL DEL MUTUALISTA

De acuerdo el artículo 46.3 de los Estatutos de la Mutuality, los mutualistas están obligados a satisfacer puntualmente las derramas y demás cargas económicas que les correspondan, en función de las cuotas y aportaciones satisfechas por cada mutualista y de los riesgos cubiertos al mismo, en cumplimiento de lo previsto en los Estatutos o de los acuerdos de los Órganos sociales.

ARTÍCULO 28.- INFORMACIÓN AL MUTUALISTA Y RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

28.1 Información al mutualista

Ante cualquier aclaración, incidencia o consulta sobre los derechos e intereses legalmente reconocidos en el Reglamento de aportaciones y prestaciones, se podrán formular consultas o solicitudes de información ante el Servicio de Información al Mutualista, dirigiéndose a Mutuality sita en c/ Francisco Silvela 106, 28002 Madrid, o bien a la dirección de correo electrónico buzon@mutualidad.com.

28.2 Resolución de quejas y reclamaciones por Mutualidad General de la Abogacía

En caso de que el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario tenga una queja o reclamación que se refiera a sus intereses y derechos legalmente reconocidos, ya deriven de este contrato, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos financieros, que se base en acuerdos sobre prestaciones adoptados -con excepción de aquéllos que tengan en cuenta patologías preexistentes o que presenten conflictos sucesorios-, será atendida por el Departamento de Reclamaciones y Atención al Mutualista y Asegurado, quien deberá acusar recibo de la misma y resolverla motivadamente en el plazo de un mes. Las comunicaciones deberán dirigirse por escrito a la c/ Francisco Silvela 106, 28002 Madrid, a la dirección de correo electrónico departamentoreclamaciones@mutualidad.com o a través de la página web www.mutualidad.com.

28.3 Defensor del Mutualista y Asegurado

Las reclamaciones o quejas relacionadas con los intereses y derechos anteriormente referidos, siempre y cuando no deriven en acuerdos de prestaciones adoptados, -salvo aquéllas que se basen en acuerdos que tengan en cuenta patologías preexistentes o que presenten conflictos sucesorios-, serán atendidas por el Defensor del Mutualista y Asegurado quien deberá acusar recibo de las mismas y resolverlas motivadamente en el plazo de un mes. Las comunicaciones deberán dirigirse por escrito a la c/ Francisco Silvela 106, 28002 Madrid, a la dirección de correo electrónico defensormutualista@mutualidad.com o a través de la página web www.mutualidad.com.

28.4 Protección administrativa

En caso de silencio o de desestimación de la pretensión en el plazo anteriormente referido, se podrá presentar queja o reclamación ante el Servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, a través de la página web www.sededsfp.gob.es o por escrito a la dirección postal Paseo de la Castellana ,44, acreditando haberlas formulado previamente por escrito al Departamento de Reclamaciones y Atención al Mutualista y Asegurado o ante el Defensor del Mutualista y Asegurado.

28.5 Arbitraje

La resolución de las controversias que puedan surgir entre los asegurados y Mutualidad en orden a las contingencias, condiciones y requisitos de cobertura y prestaciones garantizadas, podrá someterse a arbitraje de derecho al amparo de las previsiones de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre de Arbitraje, a cuyo efecto en las Condiciones Particulares se consignará el correspondiente convenio arbitral de acuerdo con las previsiones del Título II de la Ley. La administración del arbitraje y la designación de árbitros se encomendarán 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.

28.6 Mediación

Igualmente, podrán someter sus divergencias a un mediador en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de Mediación en Asuntos Civiles y Mercantiles.

28.7 Jurisdicción civil

Sin perjuicio de lo anterior, el asegurado podrá interponer las acciones que considere pertinentes ante la jurisdicción civil ordinaria de su domicilio. En este caso, el plazo de prescripción de las acciones es de 5 años.

DISPOSICIONES FINALES

El presente Reglamento ha sido aprobado por la Junta de Gobierno en su reunión celebrada el día 17 de junio de 2011, y entrará en vigor el día 1 de julio de 2011.

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

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

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

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

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y 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 tiempo de paz.

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

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 12/2011, 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 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 de los señalados en el apartado 1.b) 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 de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. 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 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 asegu-

radadora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el 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 con 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 llamada 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 con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: el Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

ANEXO

BAREMO DE LESIONES O PÉRDIDAS ANATÓMICO-FUNCIONALES DE INCAPACIDAD PERMANENTE PARCIAL

Pérdida total de un brazo	70 %
Pérdida total de una mano	70 %
Pérdida total del movimiento de un hombro	30 %
Pérdida total del movimiento de un codo	20 %
Pérdida total del movimiento de una muñeca	20 %
Pérdida total del pulgar y del índice de la misma mano	40 %
Pérdida total de tres dedos, comprendiendo el pulgar y el índice, de la misma mano	35 %
Pérdida total de tres dedos, que no sean pulgar o el índice, de la misma mano	25 %
Pérdida total del pulgar, y de otro dedo que no sea el índice, de la misma mano	30 %
Pérdida total del índice y de otro dedo, que no sea el pulgar, de la misma mano	20 %
Pérdida total de un dedo pulgar sólo	22 %
Pérdida total de un dedo índice sólo	15 %
Pérdida total del dedo mayor, el anular o el meñique	10 %
Pérdida total de dos de estos últimos, dedos de la misma mano	15 %
Pérdida total de una pierna o un pie	50 %
Pérdida total del dedo gordo de un pie	10 %
Pérdida total de uno de los demás dedos de un pie	5 %
Amputación parcial de un pie comprendiendo todos los dedos	40 %
Ablación de la mandíbula inferior	30 %
Pérdida total de un ojo	30 %
Sordera completa de los dos oídos	40 %
Sordera completa de un oído	10 %
Fractura no consolidada de una pierna o un pie	40 %
Pérdida total del movimiento de una cadera	20 %
Acortamiento de un miembro inferior	5 %



www.mutualidad.com
sam@mutualidad.com • T. 914 35 24 86