

Reglamento de Cuotas y Prestaciones

2022

Edición Octubre



**MUTUALIDAD
DE PREVISIÓN SOCIAL
DE PERITOS E INGENIEROS
TÉCNICOS INDUSTRIALES
A PRIMA FIJA**



**MUTUALIDAD
DE PREVISIÓN SOCIAL
DE PERITOS E INGENIEROS
TÉCNICOS INDUSTRIALES
A PRIMA FIJA**

REGLAMENTO DE CUOTAS y PRESTACIONES DE MUPITI

El presente Reglamento de la Mutualidad de Previsión Social de Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales a prima fija fue aprobado por la Asamblea General Extraordinaria de Mupiti el 13 de diciembre de 2003 y ha sido modificado parcialmente en la Asamblea General del 18 de junio del 2005, en Asamblea General del 17 de junio de 2006, en Asamblea General del 15 de junio de 2007, en Asamblea General de 20 de junio de 2008, en Asamblea General de 13 de junio de 2009, en Asamblea General de 12 de junio de 2010, en Asamblea General de 18 de junio de 2011, en Asamblea General Extraordinaria de 24 de noviembre de 2012, en Asamblea General de 15 de junio de 2013, en Asamblea General de 21 de junio de 2014, en Asamblea General de 27 de junio de 2015, en Asamblea General de 25 de junio de 2016, en Asamblea General de 3 de junio de 2017, en Asamblea General de 22 de junio de 2019, en la Asamblea General de 26 de septiembre de 2020, en Asamblea General de 26 de junio de 2021 en Asamblea General de 4 de junio de 2022 y, por acuerdo en la Asamblea General Extraordinaria de 22 de octubre de 2022.

ÍNDICE

TÍTULO I. DISPOSICIONES GENERALES.

CAPÍTULO I. OBJETO Y NORMAS REGULADORAS.

Artículo 1. Objeto del Reglamento. *(Página 5)*

Artículo 2. Normas reguladoras. *(Página 6)*

CAPÍTULO II. SUSCRIPCIÓN.

Artículo 3. Suscripción. *(Página 6)*

Artículo 4. Toma de efectos de la suscripción. *(Página 7)*

Artículo 5. Título de Mutualista. *(Página 7)*

CAPÍTULO III. COTIZACIÓN.

Artículo 6. Nacimiento, duración y extinción de la obligación de pago de las cuotas. *(Página 8)*

Artículo 7. Periodicidad de pago y fraccionamiento. *(Página 8)*

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

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

Artículo 10. Devolución de cuotas. *(Página 9)*

Artículo 11. Determinación de la cuota. *(Página 9)*

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

Artículo 12. Contingencias cubiertas. *(Página 9)*

Artículo 13. Carácter de las prestaciones. *(Página 10)*

Artículo 14. Compatibilidad de las prestaciones. *(Página 10)*

Artículo 15. Cuantía de las prestaciones. *(Página 10)*

Artículo 16. Requisitos para solicitar el reconocimiento del derecho a las prestaciones. *(Página 10)*

Artículo 17. Reconocimiento del derecho a las prestaciones. *(Página 11)*

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

Artículo 19. Prescripción. *(Página 12)*

Artículo 20. Reintegro de las prestaciones indebidas. *(Página 12)*

Artículo 21. Beneficiarios. *(Página 12)*

Artículo 22. Acreditación y mantenimiento de la condición de beneficiario. *(Página 13)*

CAPÍTULO V. PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

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

Artículo 24. Aceptación de la política de privacidad. *(Página 16)*

TÍTULO II. COBERTURAS Y PRESTACIONES.

CAPÍTULO I. COBERTURA DE JUBILACIÓN.

Artículo 25. Cobertura de jubilación. *(Página 16)*

Sección Primera. Seguro "Previsión Social Complementaria".

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

Artículo 27. Capital constituido o fondo acumulado. *(Página 17)*

Artículo 28. Valores garantizados. *(Página 17)*

Artículo 29. Participación en beneficios. (Página 18)

Artículo 30. Cuotas. (Página 18)

Sección Segunda. Seguro "Previsión Social Cuenta Ajena".

Artículo 31. Objeto del seguro. (Página 19)

Artículo 32. Capital constituido o fondo acumulado. (Página 19)

Artículo 33. Valores garantizados. (Página 19)

Artículo 34. Participación en beneficios. (Página 20)

Artículo 35. Cuotas. (Página 20)

Sección Tercera. Seguro "Previsión Social Alternativa".

Artículo 36. Objeto del seguro. (Página 21)

Artículo 37. Capital constituido o fondo acumulado. (Página 21)

Artículo 38. Valores garantizados. (Página 21)

Artículo 39. Participación en beneficios. (Página 22)

Artículo 40. Cuotas. (Página 22)

Artículo 41. Reinicio del ejercicio libre de la profesión. (Página 22)

Sección Cuarta. Seguro "Prima Única de Jubilaciones en traspaso".

Artículo 42. Objeto del seguro (Página 23)

Artículo 43. Valores garantizados. (Página 23)

Artículo 44. Participación en beneficios. (Página 23)

Artículo 45. Cuotas. (Página 24)

CAPÍTULO II. COBERTURA DE VIUDEDAD "PENSIÓN DE VIUDEDAD"

Artículo 46. Objeto del seguro. (Página 24)

Artículo 47. Delimitación de garantías. (Página 24)

Artículo 48. Modificación del riesgo. (Página 24)

Artículo 49. Duración del seguro. (Página 24)

Artículo 50. Valores garantizados. (Página 25)

Artículo 51. Cuotas. (Página 25)

CAPÍTULO III. COBERTURA DE ORFANDAD "PENSIÓN DE ORFANDAD"

Artículo 52. Objeto del seguro. (Página 25)

Artículo 53. Delimitación de garantías, modificaciones del riesgo y valores garantizados. (Página 25)

Artículo 54. Cuotas. (Página 25)

CAPÍTULO IV. MUPITI ACCIDENTES. COBERTURA DE INCAPACIDAD POR ACCIDENTE Y MUERTE POR ACCIDENTE CON COBERTURA ADICIONAL POR CUALQUIER CAUSA. (Vigente desde 1 de enero de 2006)

Sección Primera.

Artículo 55. Naturaleza y objeto del seguro. (Página 26)

Artículo 56. Normativa aplicable. (Página 26)

Artículo 57. Condición de tomador y asegurado. (Página 26)

Artículo 58. Criterios de Selección. (Página 27)

Artículo 59. Impugnación del seguro. (Página 28)

Sección Segunda. Extensión, coberturas y prestaciones del seguro.

- Artículo 60. Extensión del seguro. *(Página 28)*
- Artículo 61. Limitaciones en la cobertura. *(Página 30)*
- Artículo 62. Prestaciones. *(Página 30)*
- Artículo 63. Reconocimiento del derecho a las prestaciones. *(Página 33)*
- Artículo 64. Documentación necesaria para el reconocimiento de la prestación. *(Página 33)*
- Artículo 65. Determinación del grado de incapacidad. *(Página 34)*
- Artículo 66. Pago de la indemnización. *(Página 34)*
- Artículo 67. Reintegro de las prestaciones indebidas. *(Página 34)*
- Artículo 68. Obligaciones del asegurado en caso de accidente. *(Página 34)*

Sección Tercera. Régimen de cotización.

- Artículo 69. Determinación de la cuota. *(Página 35)*
- Artículo 70. Periodicidad, lugar y forma de pago de las cuotas. *(Página 35)*
- Artículo 71. Efectos de la falta de pago. *(Página 35)*
- Artículo 72. Duración del seguro. *(Página 35)*

CAPÍTULO V. MUPITI VIDA. COBERTURA DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR CUALQUIER CAUSA. (Vigente desde 1 de octubre de 2005)

Sección Primera.

- Artículo 73. Normativa aplicable. *(Página 36)*
- Artículo 74. Objeto y duración del seguro. *(Página 36)*
- Artículo 75. Descripción de las garantías. *(Página 37)*

Sección Segunda. Extensión, coberturas y prestaciones del seguro.

- Artículo 76. Extensión y riesgos excluidos del seguro. *(Página 38)*
- Artículo 77. Limitaciones en la cobertura. *(Página 40)*
- Artículo 78. Condición de tomador y asegurado. *(Página 40)*
- Artículo 79. Criterios de selección. *(Página 40)*
- Artículo 80. Impugnación del seguro. *(Página 42)*
- Artículo 81. Capitales asegurados. *(Página 42)*
- Artículo 82. Documentos que deben acompañar en caso de siniestro. *(Página 42)*

Sección Tercera. Régimen de Cotización.

- Artículo 83. Determinación de la prima del seguro. *(Página 43)*
- Artículo 84. Periodicidad, lugar y forma de pago de las cuotas. *(Página 43)*
- Artículo 85. Efectos de la falta de pago. *(Página 44)*

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

- Artículo 86. Riesgos que son cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros. *(Página 44)*
- Artículo 87. Resumen de normas legales. *(Página 44)*
- Artículo 88. Procedimiento de activación en caso de siniestro indemnizable por el Consorcio de Compensación de Seguros. *(Página 46)*

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

CAPÍTULO VIII. PLAN DE PREVISIÓN ASEGURADO DE MUPITI. COBERTURA PRINCIPAL DE JUBILACION, INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA Y FALLECIMIENTO. (Vigente desde el 1 de octubre de 2009)

CAPÍTULO IX. MUPITI ACCIDENTES PLUS. (Vigente desde el 1 de septiembre de 2010 hasta 1 de enero de 2017)

CAPÍTULO X. MUPITI PROTECCION. (Vigente desde el 1 de junio del 2011)

CAPÍTULO XI. MUPITI PROFESIONAL. (Vigente desde el 1 de enero de 2013)

CAPÍTULO XII. SEGURO DE AHORRO BAMBÚ. (Vigente desde el 14 de octubre del 2013)

CAPÍTULO XIII. MUPITI VIDA PRÉSTAMO Y MUPITI VIDA FLEXIBLE. (Vigente desde el 1 de abril de 2014)

CAPÍTULO XIV. SEGURO DE AHORRO SEGURO CITI. (Vigente desde el 1 de diciembre de 2018)

CAPÍTULO XV. MUPITI EMPRESA. (Vigente desde el 1 de enero de 2019)

CAPÍTULO XVI. SEGURO DE AHORRO INVERCITI. (Vigente desde el 1 de abril de 2021)

CAPÍTULO XVII. SEGURO PREVISIÓN SOCIAL COMPLEMENTARIA AUTÓNOMOS. (Vigente desde el 1 de enero de 2023)

TÍTULO III. RECURSOS Y JURISDICCIÓN.

Artículo 89. Recursos y arbitraje. *(Página 48)*

Artículo 90. Comunicaciones. *(Página 48)*

Artículo 91. Prescripción. *(Página 49)*

Artículo 92. Jurisdicción. *(Página 49)*

DISPOSICIONES ADICIONALES. *(Página 49)*

DISPOSICIONES TRANSITORIAS. *(Página 52)*

DISPOSICIONES FINALES. *(Página 54)*

REGLAMENTO DE CUOTAS Y PRESTACIONES DE MUPITI

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES.

CAPÍTULO I. OBJETO Y NORMAS REGULADORAS.

Artículo 1. Objeto del Reglamento.

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

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

2. A efectos de lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones que le son de aplicación, se entenderá por:

a) Mutualidad.- La Mutualidad de Previsión Social de los Peritos e ingenieros Técnicos Industriales a prima fija, que es la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

b) Tomador del seguro.- El mutualista, persona física que asume las obligaciones del contrato, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado. Se prevé la posibilidad de que el tomador del seguro sea una persona jurídica de las previstas en el artículo 16.1b) y c) de los Estatutos, en cuyo caso el seguro podrá tener el carácter de colectivo o de grupo, debiendo ser los asegurados miembros o socios del respectivo Consejo, Colegio, Corporación o Entidad, y por tanto tendrán la condición de mutualistas.

c) Asegurado.- La persona física sobre cuya vida se establece el seguro, a quien corresponde, en su caso, los derechos derivados del contrato.

d) Beneficiario.- La persona física o jurídica titular del derecho a la prestación.

e) Solicitud de afiliación.- La solicitud de seguro correspondiente a cada cobertura o modalidad de seguro. Contiene los datos personales del tomador, del asegurado y de los beneficiarios y sirve de base para que el suscriptor sea dado de alta en la correspondiente modalidad.

f) Reglamento.- El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro.

g) Título de Mutualista.- El documento equivalente a la póliza de seguro, en el que constarán los datos a que se refiere el artículo 29.2 de los Estatutos.

h) Cuota.- El precio o coste del seguro, en el que quedarán incluidos, en su caso, los recargos e impuestos que sean legalmente aplicables.

i) Prestación.- El derecho económico a favor de los beneficiarios.

j) Accidente.- A los efectos de las prestaciones reconocidas por el presente Reglamento, se entenderá por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del mutualista, que produzca la incapacidad permanente o muerte.

k) Participación en beneficios.- Sistema por el que los mutualistas participan de las diferencias positivas técnicas y/o financieras, calculadas al cierre del ejercicio, de conformidad con lo establecido en el presente Reglamento.

l) Resolución del contrato.- Procedimiento jurídico por el que resulta extinguido el contrato de seguro a instancia de una de las partes, por haberse producido uno o varios de los hechos previstos como causantes de la extinción.

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

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

Artículo 2. Normas reguladoras.

El sistema de coberturas y prestaciones de MUPITI se rige por los Estatutos de la Mutualidad, por el presente Reglamento de Cuotas y Prestaciones, del cual forman parte los anexos de tarifas correspondientes a cada cobertura; por los acuerdos que se adopten para su aplicación y desarrollo por los Órganos Sociales de la Mutualidad; así como por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, por el Reglamento de Mutualidades de Previsión Social, aprobado por el Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre y ulteriores modificaciones; por la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, y demás legislación aplicable.

CAPÍTULO II. SUSCRIPCIÓN

Artículo 3. Suscripción.

1. La suscripción de cualquiera de las coberturas de libre adscripción de la Mutualidad irá indisolublemente unida a la condición de mutualista, que se adquirirá conforme establece el artículo 17 de sus Estatutos.

Los mutualistas que, en su condición de socios, son responsables de las deudas sociales de la Mutualidad, por lo que a estos efectos deberán pagar las derramas pasivas y efectuar las aportaciones obligatorias al Fondo Mutuo que se exijan y acuerden por la Asamblea General.

En cada ejercicio social, la responsabilidad de los mutualistas será, en todo caso, inferior al tercio de la suma de las cuotas que hubieran satisfecho en los tres últimos ejercicios, con independencia de la cuota del ejercicio corriente.

2. Los Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales y los Graduados en Ingeniería incorporados a un Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Industriales y las demás personas referidas en el artículo 16.1 de los Estatutos de la Mutualidad que deseen suscribir alguna de sus coberturas de libre adscripción, deberán cumplimentar la correspondiente "solicitud de afiliación" a la que se acompañará fotocopia del DNI, documento acreditativo de su pertenencia a cualquiera de los grupos referidos en el artículo 16.1 en virtud de la cual pueden acceder a la condición de mutualista, y declaración sobre el estado de salud del asegurado, conforme al cuestionario que le someta la Mutualidad.

3. Los Peritos e Ingenieros Técnicos Industriales y los Graduados en Ingeniería incorporados a un Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Industriales que realicen el ejercicio por cuenta propia de su profesión, si optan por Mupiti, en lugar de causar alta en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, deberán suscribir el seguro "Mupiti Profesional", aprobado en la Asamblea General Extraordinaria celebrada el 24 de noviembre de 2012, cuyo sistema de cuotas, coberturas y prestaciones se regula en el Capítulo XI, del Título II, del presente Reglamento.

Así mismo, se someterán a la regulación que sobre la alternativa al RETA de Mupiti se establece en las Disposiciones Adicionales, Transitorias y Finales de este Reglamento.

La suscripción del seguro Mupiti Profesional deberá acompañarse de la fotocopia del DNI del mutualista, de la declaración de su estado de salud, de la fotocopia del alta en el Impuesto de Actividades Económicas y del documento, debidamente fechado y firmado, habilitado por la Mutualidad para acreditar el ejercicio de la opción por Mupiti.

4. En ambos casos, a la vista de la documentación presentada, la Mutualidad se reserva el derecho a pedir todas las aclaraciones que estime conveniente, a cuyo efecto el asegurado se obliga a dejarse reconocer cuantas veces sea necesario por los médicos designados por la Mutualidad, así como a facilitar a éstos los datos que consideren precisos, decidiéndose por el Órgano Social competente la admisión normal, condicionada o denegación de la solicitud.

5. Los gastos de reconocimiento médico y análisis clínicos exigibles, en su caso para la suscripción de una prestación, serán por cuenta del solicitante.

6. Si se comprobara la existencia de reserva o inexactitud en la declaración sobre el estado de salud cumplimentada por el mutualista, habiendo mediado dolo o culpa grave, la Mutualidad quedará liberada del pago de las prestaciones, en los términos previstos en los artículos 10 y 89 de la Ley de Contrato de Seguro.

7. En los supuestos de indicación inexactas de la fecha de fallecimiento del asegurado se estará a lo dispuesto en el artículo 90 de la Ley de Contrato de Seguro.

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

En aquellas coberturas en las que se regule expresamente no será de aplicación lo indicado en el párrafo precedente.

Artículo 4. Toma de efectos de la suscripción.

1. Una vez admitida la solicitud y aceptadas por el tomador las condiciones contractuales establecidas en el presente Reglamento, la suscripción tomará efecto con carácter general en el día primero del mes siguiente a la prestación de la solicitud de incorporación, siempre que haya sido firmado por las partes el Título de Mutualista previsto en el artículo 29.2 de los Estatutos y el contratante haya pagado el primer recibo de prima. Ello no obsta para que en la regulación de cada cobertura específica pueda estipularse una fecha de efecto distinta a la establecida con carácter general.

2. Salvo pacto escrito en contrario, si la primera cuota no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Mutualidad quedará liberada de sus obligaciones.

Artículo 5. Título de Mutualista.

1. Admitido el ingreso en la Mutualidad y la suscripción de la correspondiente cobertura se

entregará al mutualista un ejemplar del reglamento que regula la cobertura suscrita y el "Título de Mutualista" en el que constarán como mínimo los siguientes datos:

- a) Nombre, apellidos y domicilio del mutualista.
- b) Si adquiere tal condición como tomador o asegurado y, en caso de que sean personas distintas, nombre, apellidos y domicilio del tomador o asegurado no mutualista.
- c) Las fechas de incorporación y toma de efectos de la suscripción.
- d) Las prestaciones que haya suscrito.
- e) Los beneficiarios designados para cada una de ellas, en su caso.
- f) Cualquier otra circunstancia excepcional que pueda concurrir y altere lo previsto en el Reglamento de alguna de las prestaciones y, en especial, todo aquello que pueda suponer merma en los derechos del asegurado o aumento de las obligaciones del tomador.

2. La Mutualidad entregará al mutualista un suplemento, un nuevo título o un ejemplar del Reglamento, siempre que contrate posteriormente nuevas coberturas, cause baja en alguna de las suscritas, cambie el asegurado o la designación de beneficiarios o se modifique el Reglamento específico de la cobertura correspondiente.

3. Si el contenido del título difiere de las cláusulas convenidas, el mutualista podrá reclamar a la Mutualidad en el plazo de un mes, a contar desde la entrega del mismo, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo, sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en el título.

CAPÍTULO III. COTIZACIÓN.

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

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

Artículo 7. Periodicidad de pago y fraccionamiento.

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

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

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

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

1. Las cuotas anuales o sus fracciones serán abonadas en el domicilio bancario o institución de ahorro señalado por los interesados en el momento de su inscripción o posteriormente, sin bien vendrán obligados a dar cuenta de la Mutualidad de los cambios de domiciliación bancaria y postal, quedando exonerada aquélla de toda responsabilidad por los perjuicios o gastos adicionales que pudiera originar al mutualista o asegurado el incumplimiento de este requisito.

2. El pago de la cuota podrá acreditarse mediante recibo librado por la Mutualidad o justificante de adeudo en cuenta del establecimiento de crédito.

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

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

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

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

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

Artículo 10. Devolución de cuotas.

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

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

Artículo 11. Determinación de la cuota.

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

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

Artículo 12. Contingencias cubiertas.

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

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

- h) Incapacidad temporal
- i) Maternidad o paternidad
- j) Riesgo por embarazo

2. La Mutualidad podrá acordar la creación e incorporación de otras coberturas adicionales siempre que estén permitidas por la legislación vigente.

Artículo 13. Carácter de las prestaciones.

1. Las prestaciones reconocidas por MUPITI tienen carácter personal e intransferible, no pudiendo servir de garantía en operaciones crediticias o de otro género, ni ser retenidas ni embargadas, salvo en orden al cumplimiento de las obligaciones legalmente establecidas.

2. Si en el momento del devengo de alguna prestación, el mutualista tuviere contraídas responsabilidades económicas con MUPITI, deberá compensarse la deuda de aquél con la cantidad a pagar por la Mutualidad al propio mutualista o a sus beneficiarios.

Artículo 14. Compatibilidad de las prestaciones.

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

Artículo 15. Cuantía de las prestaciones.

La determinación de la cuantía de las prestaciones se basará en un sistema financiero-actuarial y en las directrices que, sobre cuotas y prestaciones, establezca la Asamblea General.

Para la obtención de la cuantía de las prestaciones se estará a lo regulado en el presente Reglamento y a lo que establezcan las Tarifas de Cuotas correspondientes a cada cobertura, que serán aprobadas anualmente por la Junta Directiva. Estará en relación directa con las cotizaciones efectivamente realizadas e imputadas.

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

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

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

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

2. MUPITI no concederá prestaciones cuando el hecho causante:

a) Sea provocado, dolosamente, por el mutualista, por los beneficiarios o por los derechohabientes.

b) Se produzca como consecuencia de hechos de guerra, motines, insurrecciones, terrorismo, cataclismos y, en general, todo riesgo extraordinario reconocido oficialmente.

c) Sea a consecuencia de accidentes o enfermedades congénitas, preexistentes o conocidas

y no declaradas que existían con anterioridad al momento de la última inscripción en la cobertura correspondiente.

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

Artículo 17. Reconocimiento del derecho a las prestaciones.

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

a) los acreditativos de su personalidad y condición de beneficiario:

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

b) En caso de fallecimiento se presentará:

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

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

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

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

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

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

quedando sujeta a lo establecido en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

Artículo 18. Pago de las prestaciones.

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

- a. Datos relativos al titular causante de la prestación.
- b. Datos relativos a los beneficiarios.
- c. Detalles de las prestaciones reconocidas, así como las deducciones o retenciones que procedan.
- d. Referencia a la forma de pago.
- e. Fecha y firma de la resolución.

2. Las prestaciones de devengo periódico se abonarán por mensualidades naturales, completas y vencidas, en el domicilio bancario señalado por el perceptor.

3. La Mutualidad está obligada a satisfacer las prestaciones al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del derecho a la misma. En cualquier supuesto, la Mutualidad, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la solicitud de prestación, procederá al pago del importe mínimo de lo que pueda corresponder al mutualista, según las circunstancias conocidas.

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

Artículo 19. Prescripción.

1. El derecho al reconocimiento de las prestaciones prescribe transcurridos cinco años, contados a partir de la fecha del hecho causante, sin haberla solicitado. A falta de beneficiarios que ejerciten su derecho en el plazo citado, el importe de las prestaciones pasará al Fondo de Reservas de la Mutualidad.

2. No es de aplicación dicho plazo de prescripción a las prestaciones derivadas de las coberturas de jubilación, que se abonarán, si no media solicitud del mutualista, dentro de la anualidad en que tenga lugar el hecho causante.

Artículo 20. Reintegro de las prestaciones indebidas.

1. Los mutualistas y sus beneficiarios que hayan percibido indebidamente prestaciones de la Mutualidad, estarán obligados solidariamente a reintegrar su importe.

2. Quienes por acción u omisión, hayan contribuido a hacer posible la percepción indebida de una prestación, responderán solidariamente con los perceptores, de la obligación de reintegrarla, en los términos establecidos por la legislación vigente.

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

Artículo 21. Beneficiarios.

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

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

2. La designación de beneficiarios podrá hacerse por quien proceda, según lo anterior, al formalizar el seguro o en posterior declaración escrita comunicada a la Mutualidad o en testamento, pudiendo modificarla o revocarla con posterioridad, mientras no haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad. La modificación o revocación de beneficiarios deberán hacerse en la misma forma en que se hiciera la designación.

3. La designación inicial de beneficiario se hará constar en el Título de Mutualista correspondiente a cada seguro. Las sucesivas modificaciones darán lugar a la expedición por la Mutualidad de un suplemento del mismo o de un nuevo Título, recogiendo la variación de beneficiarios manifestada por el tomador o, en su caso, por el asegurado.

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

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

5. En caso de designación genérica de los hijos, de los herederos o del cónyuge de una persona como beneficiarios, se considerarán como tales a los que lo sean en el momento del devengo de la prestación, entendiéndose por hijo, incluyendo adoptivos, a todos los descendientes con derecho a herencia.

6. Si la designación se hace a favor de los hijos, herederos o cónyuge, sin mayor especificación, se considerará referida a los de quien tuviera derecho a hacer la designación de beneficiarios, según lo previsto en el apartado 1.

7. Los beneficiarios que sean herederos conservarán su derecho a la prestación aunque renuncien a la herencia.

8. Si la designación se hace a favor de varios beneficiarios, la prestación correspondiente se distribuirá, salvo pacto en contrario, por partes iguales. Cuando se haga a favor de los herederos, la distribución, salvo pacto en contrario, tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria.

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V. PROTECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Artículo 23. Protección de la información.

De acuerdo con lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) (en adelante RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y de garantía de derechos digitales (LOPDGDD), la Mutualidad facilita a sus mutualistas, de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 13 y 14 del tratamiento de los datos personales, la siguiente información:

Responsable.-

La Mutualidad es responsable del tratamiento de los datos de los mutualistas y de aquellas personas designadas por éste en calidad de beneficiarios o asegurados que designe al contratar los seguros correspondientes.

Los datos de contacto de la Mutualidad son los siguientes:

MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL DE PERITOS E INGENIEROS TÉCNICOS INDUSTRIALES
A PRIMA FIJA
C/ Orense 16, 1ª planta
28020 Madrid

La Mutualidad ha designado un Delegado de Protección de Datos con quien los mutualistas y cualquier tercero puede contactar en la dirección delegadoprotecciondedatos@mupiti.com.

Fines del tratamiento.-

Los datos personales (incluyendo si procede, categorías especiales de datos) serán utilizados con las siguientes finalidades:

- Gestión de la solicitud y oferta del producto de seguro
- Valoración, selección y tarificación de riesgos asociados a la solicitud
- Formalización del contrato de seguro
- Gestión de la póliza (modificaciones, información bancaria, ampliaciones de cobertura, etc.) incluidas todas las acciones necesarias para ejecutar el contrato de seguro según la modalidad.
- Abono o reintegro a los mutualistas o sus beneficiarios de las prestaciones objeto del seguro.
- Prevención del fraude
- Comunicaciones comerciales y prospección comercial
- Realización de estadísticas

Legitimación.-

Basamos el tratamiento de datos en lo siguiente:

Consentimiento

Para realizar comunicaciones comerciales sobre productos distintos a los contratados o productos ofertados por terceros

Ejecución de contrato

Gestión de solicitud y oferta del producto

Formalización del contrato de seguro

Gestión de la póliza

Comunicación de datos a entidades reaseguradoras cuando sea necesario

Abono de las prestaciones en función del tipo de seguro

Comunicaciones vinculadas a la gestión del seguro

Verificaciones e investigaciones necesarias para el pago de indemnizaciones en función de los productos

Obligación legal

Prevención del fraude y comprobaciones necesarias a efectos de cumplir con la normativa en materia de prevención de blanqueo de capitales y financiación del terrorismo

Remitir información sobre la idoneidad del producto de seguro contratado y remitir información sobre costes, gastos asociados y rendimiento de la inversión

Comunicación a las administraciones públicas y órganos reguladores competentes

Interés legítimo

Prevención del fraude en la fase precontractual

Envío de comunicaciones comerciales por cualquier medio incluyendo medios electrónicos relacionadas con los productos contratados

Plazo de conservación de los datos personales.-

Conservaremos los datos personales mientras esté vigente la relación contractual con el mutualista. Una vez expire ésta, conservaremos los datos durante los plazos legales establecidos debidamente bloqueados y para el cumplimiento de las obligaciones legales de la Mutualidad.

Si el mutualista lo consiente con posterioridad a la expiración de su relación contractual, podrá seguir recibiendo información comercial mientras no manifieste su oposición.

Destinatarios.-

Los datos personales podrán ser comunicados en el contexto de la ejecución del contrato y para el cumplimiento de obligaciones legales a las siguientes entidades:

- Reaseguradores si procede
- Administraciones públicas competentes y organismos reguladores
- Entidades financieras para el abono de las prestaciones
- Colegios profesionales cuando proceda
- A instituciones colaboradoras del sector asegurador, con fines estadísticos, siempre y cuando sólo se comuniquen datos agregados y no particulares.
- A entidades asociadas a la Mutualidad u otras con las que la Mutualidad suscriba acuerdos comerciales o de colaboración, siempre y cuando el mutualista haya otorgado su consentimiento

Derechos.-

El mutualista tiene derecho a revocar su consentimiento cuando el tratamiento esté basado en el mismo.

Además tiene derecho a acceder a sus datos personales, a rectificarlos cuando no sean correctos o estén incompletos, a suprimirlos, a limitar su tratamiento, a solicitar su portabilidad o a oponerse al tratamiento de los mismos en los casos legales previstos. Para ello el mutualista puede dirigirse a la dirección delegadoprotecciondedatos@mupiti.com

También tiene derecho a presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos

Artículo 24. Aceptación de la política de privacidad.

El tomador del seguro es informado según lo dispuesto en la cláusula anterior y acepta que los datos que facilite, a través de cualquier documento, a la Mutualidad, puedan ser objeto de tratamiento por parte de la Mutualidad con los fines expuestos en el artículo anterior.

TÍTULO II

COBERTURAS Y PRESTACIONES

CAPÍTULO I. COBERTURA DE JUBILACIÓN.

Artículo 25. Cobertura de jubilación.

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

Dichos seguros se podrán suscribir a partir de los 18 años de edad y, como máximo, en cualquier momento antes de que el mutualista haya accedido a la jubilación efectiva.

Aquellos mutualistas que tuvieran en vigor alguno de los seguros denominados "Pensión de Jubilación", "Aportación Extraordinaria de Jubilación", "Pensión de Jubilación para mayores de 65 años", "Pensión de Jubilación para Trabajadores por Cuenta Ajena" y "Aportación Extraordinaria de Jubilación Cuenta Ajena", como complemento a su cobertura de jubilación, con anterioridad a 30/09/2020, y no hubiesen accedido a su cobro o se encontrasen tramitando alguna de las prestaciones cubiertas por los mismos a la fecha indicada, se les reconocerá el capital constituido en cada uno de ellos que se traspasará, atendiendo a la finalidad con la que se suscribieron en su momento, como fondo acumulado inicial a los actuales productos que la mutualidad ofrece para la cobertura de jubilación.

Los contratos con cobertura de jubilación objeto de traspaso a los seguros incluidos en el presente capítulo, quedarán sin efecto en ese mismo momento.

Sección Primera. Seguro "Previsión Social Complementaria".

Artículo 26. Objeto del seguro.

La Mutualidad se obliga a pagar al beneficiario, al vencimiento del mes correspondiente a la fecha de su jubilación efectiva, el capital constituido en el contrato, o bien la pensión actuarialmente equivalente, a la totalidad o parte del capital, en base a las condiciones aplicables en aquel momento con las bases técnicas autorizadas a la Mutualidad.

Se entenderá producido el hecho causante de la cobertura de jubilación en el momento en que el mutualista acceda efectivamente a la jubilación en el régimen correspondiente de la Seguridad Social o asimilado, sea a la edad ordinaria, anticipada o de forma posterior.

La pensión podrá ser, a elección del beneficiario:

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

En caso de fallecimiento del asegurado durante la vigencia del seguro, la Mutualidad abonará a los beneficiarios un capital igual a la suma del capital constituido a fecha de siniestro más un capital adicional cuyo importe se recoge en el Apéndice de Tarifas y Prestaciones del seguro.

En caso de incapacidad permanente absoluta del asegurado, éste percibirá el capital constituido para la cobertura de jubilación a la fecha del reconocimiento de la situación de incapacidad. Se entenderá por incapacidad permanente absoluta aquella situación reconocida por un estamento oficial o sentencia judicial firme que, por las dolencias físicas o psíquicas o reducciones anatómicas graves, sobrevenidas, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, inhabiliten al mutualista por completo para toda profesión u oficio.

Artículo 27. Capital constituido o fondo acumulado.

El fondo acumulado inicial de cada mutualista en el seguro Previsión Social Complementaria será el capital constituido en los antiguos seguros denominados "Pensión de Jubilación", "Aportación Extraordinaria de Jubilación" y "Pensión de Jubilación para mayores de 65 años", suscritos como complemento a la cobertura de jubilación y que han sido traspasados con fecha 30/09/2020.

Durante la vigencia del contrato el fondo acumulado o capital constituido resulta de acumular al capital constituido en el período anterior el importe de las cuotas realizadas, deducidos la prima de riesgo, recargos, gastos, impuestos y los rescates o disposiciones parciales, todo ello capitalizado al interés garantizado del período, establecido en las bases técnicas más, en su caso, el que pudiera corresponder derivado de la participación en beneficios.

El coste de la cobertura de fallecimiento o prima de riesgo se incorpora en el Apéndice de Tarifas y Prestaciones del seguro.

Artículo 28. Valores garantizados.

El tomador tendrá derecho a la rescisión de la operación, solicitando su valor de rescate. Este coincidirá con el 95% del capital constituido o fondo acumulado calculado en el momento de la rescisión, si éste ocurre durante los cinco primeros años de vigencia del seguro; y el 98% en adelante.

Aquellos mutualistas que dispongan de fondo inicial traspasado a 30/09/2020, podrán solicitar el rescate del mismo, y su importe coincidirá con el 95% del fondo correspondiente en el momento de ejercitar el rescate parcial, si éste ocurre durante los cinco primeros años de vigencia del seguro, y con el 98%, en adelante. El ejercicio de este derecho implica la minoración del capital acumulado en la cuantía del fondo rescatado, continuando en vigor el contrato.

El tomador tendrá derecho al rescate anticipado de cada una de las cuantías traspasadas del contrato de origen de forma independiente.

El importe del valor de rescate no podrá superar el valor de realización de las inversiones asignadas.

No existe derecho a anticipo en el presente seguro.

Artículo 29. Participación en beneficios.

Al final de cada ejercicio contable (31 de diciembre) la Mutualidad calculará la rentabilidad neta de los bienes en que estén invertidos las provisiones matemáticas de los seguros de Mupiti con sistema de participación en beneficios. Dicha rentabilidad se define como un cociente entre:

- Como numerador: la diferencia entre ingresos y gastos financieros (incluyendo todos aquellos que tengan tal consideración aun cuando en su contabilización, conforme al PCEA, no se recojan en cuentas de ingresos y gastos financieros). A estos efectos se deducirá el importe necesario para cubrir los gastos de gestión del producto y alcanzar su suficiencia técnica.
- Como denominador: la provisión matemática media del período.

En caso de que esta rentabilidad supere el interés técnico mínimo garantizado determinado en las bases técnicas del seguro y recogido en el Título de Mutualista, el 90% de tal exceso se aplicará a los mutualistas en proporción a su provisión matemática promedia del año.

$$PB(d) = 0,9 \times (r(d) - \text{tig}) \times PM \text{ media}(d) \times d/365$$

La distribución de la participación en beneficios se realizará una vez que las cuentas del ejercicio económico hayan sido aprobadas por la Asamblea General, y no podrá generar un resultado negativo de la cuenta técnica de la Mutualidad.

El importe resultante se acumulará al capital constituido calculado a 31 de diciembre de dicho año y se capitalizará cada año, hasta el vencimiento del seguro, al tipo de interés garantizado. La Mutualidad, con periodicidad anual, comunicará al mutualista la información relativa a la participación en beneficios.

El importe de la participación en beneficios correspondiente al ejercicio en que se produzca la percepción de la prestación se determinará considerando la rentabilidad neta estimada en el último trimestre natural.

Artículo 30. Cuotas.

Las cuotas de este seguro podrán ser satisfechas con periodicidad anual, semestral, trimestral o mensual, a voluntad del tomador y serán satisfechas el día 1 del mes respectivo. Las cuotas serán constantes o crecientes geoméricamente al porcentaje determinado por el tomador.

En cualquier momento pueden realizarse aportaciones extraordinarias al contrato, incluso suspender o reactivar el pago de las cuotas periódicas.

Los importes mínimos se establecen en el Apéndice de Tarifas y Prestaciones de este seguro.

Si el capital constituido del seguro no resulta suficiente para hacer frente a la próxima deducción por prima de riesgo o gastos mensuales, se comunicará esta circunstancia al tomador para que reanude el pago de cuotas; en caso contrario, se procederá a su anulación y quedará sin efecto.

Este seguro podría permitir, en su caso, la contratación de forma colectiva conforme a los

critérios establecidos y condiciones por la Mutuality.

Sección Segunda. Seguro "Previsión Social Cuenta Ajena".

Artículo 31. Objeto del seguro.

La Mutuality se obliga a pagar al beneficiario, al vencimiento del mes correspondiente a la fecha de su jubilación efectiva, el capital constituido en el contrato, o bien la pensión actuarialmente equivalente, a la totalidad o parte del capital, en base a las condiciones aplicables en aquel momento con las bases técnicas autorizadas a la Mutuality.

Se entenderá producido el hecho causante de la cobertura de jubilación en el momento en que el mutualista acceda efectivamente a la jubilación en el régimen correspondiente de la Seguridad Social o asimilado, sea a la edad ordinaria, anticipada o de forma posterior.

La pensión podrá ser, a elección del beneficiario:

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

En caso de fallecimiento del asegurado durante la vigencia del seguro, la Mutuality abonará a los beneficiarios un capital igual a la suma del capital constituido a fecha de siniestro más un capital adicional cuyo importe se recoge en el Apéndice de Tarifas y Prestaciones del seguro.

En caso de incapacidad permanente absoluta del asegurado, éste percibirá el capital constituido para la cobertura de jubilación a la fecha del reconocimiento de la situación de incapacidad. Se entenderá por incapacidad permanente absoluta aquella situación reconocida por un estamento oficial o sentencia judicial firme que, por las dolencias físicas o psíquicas o reducciones anatómicas graves, sobrevenidas, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, inhabiliten al mutualista por completo para toda profesión u oficio.

Artículo 32. Capital constituido o fondo acumulado.

El fondo acumulado inicial de cada mutualista en el seguro Previsión Social Cuenta Ajena será el capital constituido en los antiguos seguros denominados "Pensión de Jubilación para Trabajadores por Cuenta Ajena" y "Aportación Extraordinaria de Jubilación Cuenta Ajena", suscritos como complemento a la cobertura de jubilación y que han sido traspasados con fecha 30/09/2020.

Durante la vigencia del contrato el fondo acumulado o capital constituido resulta de acumular al capital constituido en el período anterior el importe de las cuotas realizadas, deducidos la prima de riesgo, recargos, gastos e impuestos, todo ello capitalizado al interés garantizado del período, establecido en las bases técnicas más, en su caso, el que pudiera corresponder derivado de la participación en beneficios.

El coste de la cobertura de fallecimiento o prima de riesgo se incorpora en el Apéndice de Tarifas y Prestaciones del seguro.

Artículo 33. Valores garantizados.

No hay derecho de rescate.

Puede suspender el pago de cuotas en cualquier momento.

No existe derecho a anticipo en el presente seguro.

Artículo 34. Participación en beneficios.

Al final de cada ejercicio contable (31 de diciembre) la Mutualidad calculará la rentabilidad neta de los bienes en que estén invertidos las provisiones matemáticas de los seguros de Mupiti con sistema de participación en beneficios. Dicha rentabilidad se define como un cociente entre:

- Como numerador: la diferencia entre ingresos y gastos financieros (incluyendo todos aquellos que tengan tal consideración aun cuando en su contabilización, conforme al PCEA, no se recojan en cuentas de ingresos y gastos financieros). A estos efectos se deducirá el importe necesario para cubrir los gastos de gestión del producto y alcanzar su suficiencia técnica.
- Como denominador: la provisión matemática media del período.

En caso de que esta rentabilidad supere el interés técnico mínimo garantizado determinado en las bases técnicas del seguro y recogido en el Título de Mutualista, el 90% de tal exceso se aplicará a los mutualistas en proporción a su provisión matemática promedia del año.

$$PB(d) = 0,9 \times (r(d) - \text{tig}) \times PM \text{ media}(d) \times d/365$$

La distribución de la participación en beneficios se realizará una vez que las cuentas del ejercicio económico hayan sido aprobadas por la Asamblea General, y no podrá generar un resultado negativo de la cuenta técnica de la Mutualidad.

El importe resultante se acumulará al capital constituido calculado a 31 de diciembre de dicho año y se capitalizará cada año, hasta el vencimiento del seguro, al tipo de interés garantizado. La Mutualidad, con periodicidad anual, comunicará al mutualista la información relativa a la participación en beneficios.

El importe de la participación en beneficios correspondiente al ejercicio en que se produzca la percepción de la prestación se determinará considerando la rentabilidad neta estimada en el último trimestre natural.

Artículo 35. Cuotas.

Las cuotas de este seguro podrán ser satisfechas con periodicidad anual, semestral, trimestral o mensual, a voluntad del tomador y serán satisfechas el día 1 del mes respectivo. Las cuotas serán constantes o crecientes geoméricamente al porcentaje determinado por el tomador.

En cualquier momento pueden realizarse aportaciones extraordinarias al contrato, incluso suspender o reactivar el pago de las cuotas periódicas.

Los importes mínimos se establecen en el Apéndice de Tarifas y Prestaciones de este seguro.

Si el capital constituido del seguro no resulta suficiente para hacer frente a la próxima deducción por prima de riesgo o gastos mensuales, se comunicará esta circunstancia al tomador para que reanude el pago de cuotas; en caso contrario, se procederá a su anulación y quedará sin efecto.

Sección Tercera. Seguro "Previsión Social Alternativa".

Artículo 36. Objeto del seguro.

La Mutualidad se obliga a pagar al beneficiario, al vencimiento del mes correspondiente a la edad legal de jubilación o a la fecha de su jubilación efectiva si fuera posterior, el capital constituido en el contrato, o bien la pensión actuarialmente equivalente, a la totalidad o parte del capital, en base a las condiciones aplicables en aquel momento con las bases técnicas autorizadas a la Mutualidad.

La pensión podrá ser, a elección del beneficiario:

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

En caso de fallecimiento del asegurado durante la vigencia del seguro, la Mutualidad abonará a los beneficiarios un capital igual a la suma del capital constituido a fecha de siniestro más un capital adicional cuyo importe se recoge en el Apéndice de Tarifas y Prestaciones del seguro.

En caso de incapacidad permanente absoluta del asegurado, éste percibirá el capital constituido para la cobertura de jubilación a la fecha del reconocimiento de la situación de incapacidad. Se entenderá por incapacidad permanente absoluta aquella situación reconocida por un estamento oficial o sentencia judicial firme que, por las dolencias físicas o psíquicas o reducciones anatómicas graves, sobrevenidas, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, inhabiliten al mutualista por completo para toda profesión u oficio.

Artículo 37. Capital constituido o fondo acumulado.

El fondo acumulado inicial de cada mutualista en el seguro Previsión Social Complementaria será el capital constituido en los antiguos seguros denominados "Aportación Extraordinaria de Jubilación", que fueron suscritos con Mupiti como instrumento para el ejercicio libre de la profesión, como opción alternativa al régimen especial de trabajadores autónomos, y que han sido traspasados con fecha 30/09/2020.

Durante la vigencia del contrato el capital constituido o fondo acumulado en cada momento será igual al fondo al cierre del mes anterior, menos la prima de riesgo, recargos, gastos e impuestos, todo ello capitalizado al interés técnico garantizado establecido en las bases técnicas más, en su caso, el que pudiera corresponder derivado de la participación en beneficios.

En caso de que el mutualista reinicie el ejercicio de su actividad profesional por cuenta propia suscribiendo el seguro Mupiti Profesional, el capital constituido en el presente seguro se traspasará como capital inicial a Mupiti Profesional, quedando sin efecto el seguro de Previsión Social Alternativa.

El coste de la cobertura de fallecimiento o prima de riesgo se incorpora en el Apéndice de Tarifas y Prestaciones del seguro.

Artículo 38. Valores Garantizados.

No hay derecho de rescate.

No existe valor de reducción.

No existe derecho a anticipo en el presente seguro.

Artículo 39. Participación en beneficios.

Al final de cada ejercicio contable (31 de diciembre) la Mutualidad calculará la rentabilidad neta de los bienes en que estén invertidos las provisiones matemáticas de los seguros de Mupiti con sistema de participación en beneficios. Dicha rentabilidad se define como un cociente entre:

- Como numerador: la diferencia entre ingresos y gastos financieros (incluyendo todos aquellos que tengan tal consideración aun cuando en su contabilización, conforme al PCEA, no se recojan en cuentas de ingresos y gastos financieros). A estos efectos se deducirá el importe necesario para cubrir los gastos de gestión del producto y alcanzar su suficiencia técnica.
- Como denominador: la provisión matemática media del período.

En caso de que esta rentabilidad supere el interés técnico mínimo garantizado determinado en las bases técnicas del seguro y recogido en el Título de Mutualista, el 90% de tal exceso se aplicará a los mutualistas en proporción a su provisión matemática promedia del año.

$$PB(d) = 0,9 \times (r(d) - \text{tig}) \times PM \text{ media}(d) \times d/365$$

La distribución de la participación en beneficios se realizará una vez que las cuentas del ejercicio económico hayan sido aprobadas por la Asamblea General, y no podrá generar un resultado negativo de la cuenta técnica de la Mutualidad.

El importe resultante se acumulará al capital constituido calculado a 31 de diciembre de dicho año y se capitalizará cada año, hasta el vencimiento del seguro, al tipo de interés garantizado. La Mutualidad, con periodicidad anual, comunicará al mutualista la información relativa a la participación en beneficios.

El importe de la participación en beneficios correspondiente al ejercicio en que se produzca la percepción de la prestación se determinará considerando la rentabilidad neta estimada en el último trimestre natural.

Artículo 40. Cuotas.

La cuota única o aportación inicial de este seguro está constituida por el importe inicialmente traspasado de aquellos seguros suscritos con Mupiti como sistema alternativo al RETA y que, a 30/09/2020, no hubieran reiniciado su actividad profesional por cuenta propia con la correspondiente contratación del seguro Mupiti Profesional.

No permite realizar aportaciones periódicas o extraordinarias.

Si el capital constituido del seguro no resulta suficiente para hacer frente a la próxima deducción por prima de riesgo o gastos mensuales, se comunicará esta circunstancia al tomador y se procederá a su anulación quedando este sin efecto.

Artículo 41. Reinicio del ejercicio libre de la profesión.

Si el Mutualista solicitara el reinicio de su actividad profesional con Mupiti como opción alternativa al RETA, deberá suscribir el seguro Mupiti Profesional y el capital acumulado en el seguro Previsión Social Alternativa será traspasado a aquél como capital constituido inicial quedando sin efecto el contrato traspasado.

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

Artículo 42. Objeto del seguro.

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

Tal pensión podrá ser, a elección del mutualista:

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

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

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

Artículo 43. Valores garantizados.

El tomador no tendrá derecho a valor de rescate.

No existe valor de reducción.

No existe derecho a anticipo en el presente seguro.

Artículo 44. Participación en beneficios.

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

matemática promedia del año.

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

Artículo 45. Cuotas.

La cuota de este seguro está constituida por el importe asignado a cada mutualista procedente del antiguo Bloque 1, en virtud del traspaso de capitalización colectiva a individual aprobado por la Asamblea General en su reunión celebrada el 15-06-2002.

CAPÍTULO II. COBERTURA DE VIUDEDAD.

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

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

"PENSION DE VIUDEDAD"

Artículo 46. Objeto del seguro.

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

El devengo de la pensión de viudedad se inicia desde el primer día del mes siguiente al de fallecimiento del mutualista y se abona al final de dicho mes.

Artículo 47. Delimitación de garantías.

Quedan excluidos de cobertura los fallecimientos debidos a:

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

Artículo 48. Modificación del riesgo.

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

Artículo 49. Duración del seguro.

Este seguro tendrá una duración de un año, entendiéndose prorrogado por periodos anuales a partir de esa fecha salvo que alguna de las partes renuncie en el plazo previsto -al menos un mes si se trata del tomador y dos meses en caso del asegurador- a su inmediato vencimiento. En cualquier caso, el contrato se extinguirá al finalizar la anualidad del seguro dentro de la cual el asegurado cumpla los 80 años.

Artículo 50. Valores garantizados.

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

Artículo 51. Cuotas.

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

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

En el Anexo de Tarifas, Apéndice 4, se contiene la tarifa de cuotas para la contratación de este seguro.

CAPÍTULO III. COBERTURA DE ORFANDAD.

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

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

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

"PENSIÓN DE ORFANDAD"

Artículo 52. Objeto del seguro.

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

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

El devengo de la pensión de orfandad se inicia desde el primer día del mes siguiente al del fallecimiento del mutualista y se abona al final de dicho mes, con independencia de la condición o no de minusválido del hijo beneficiario.

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

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

Artículo 54. Cuotas.

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

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

respectivo, en función de la periodicidad de pago elegida por el tomador del seguro.

En el Anexo de Tarifas, Apéndice 5, se contiene la tarifa de cuotas para la contratación de este seguro.

CAPÍTULO IV. MUPITI ACCIDENTES. COBERTURA DE INCAPACIDAD POR ACCIDENTE Y MUERTE POR ACCIDENTE CON COBERTURA ADICIONAL DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA. (Vigente desde 1 de enero de 2006)

Sección Primera.

Artículo 55. Naturaleza y objeto del seguro.

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

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

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

Artículo 56. Normativa aplicable.

El presente seguro se fundamenta en la normativa siguiente:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS).
- 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.
- Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de mutualidades de previsión social.
- El Reglamento de Cuotas y Prestaciones de la Mutualidad.
- Demás legislación aplicable.

Artículo 57. Condición de tomador y asegurado.

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

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

2. El tomador del seguro deberá tener la condición de mutualista. El asegurado será el propio mutualista, su cónyuge o familiar en primer grado de aquél.

3. Cuando el tomador del seguro sea una persona jurídica de las previstas en el artículo 16 de los Estatutos, el seguro podrá tener carácter colectivo o de grupo. En este caso, los asegurados son los miembros o socios del respectivo Consejo, Colegio, Corporación o Entidad. También pueden ser asegurados el cónyuge o familiar en primer grado de los miembros o socios que formen parte del respectivo Consejo, Colegio, Corporación o Entidad.

Artículo 58. Criterios de selección.

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

a) El mutualista asegurado deberá tener cumplidos los 18 años y no exceder de 64. A estos efectos, la edad del interesado será la que haya cumplido en el último aniversario de su nacimiento, siendo el límite de la misma el día anterior al aniversario siguiente.

b) Se establece como requisito de entrada no estar discapacitado en el momento de la incorporación al seguro.

c) Cumplimentar el correspondiente formulario de solicitud de seguro, en el que se hará constar la profesión u ocupaciones profesionales y los riesgos accesorios, y que acompañará la documentación que proceda.

d) Efectuar, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 y 89 de la Ley 50/1980, de Contrato de Seguro, una declaración sobre su estado de salud y sobre cualquiera otra circunstancia que pueda incidir en la valoración del riesgo, de acuerdo con el cuestionario establecido por la Mutualidad.

e) Someterse a las revisiones médicas que la Mutualidad estime convenientes y por los médicos designados por ésta, siendo los gastos de reconocimiento médico y análisis clínicos exigidos para la suscripción de este seguro por cuenta del solicitante.

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

g) El asegurado y en su caso el tomador del seguro, durante la vigencia del contrato, deberá declarar las variaciones que se produzcan sobre los datos consignados en el cuestionario que le sometió la Mutualidad, y en concreto:

I. Cuantas circunstancias existan que mejoren el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haberlas conocido, el contrato se hubiese celebrado en condiciones más favorables.

II. Las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidas en el momento del perfeccionamiento del contrato, hubiesen supuesto la no aceptación del riesgo o que se hubiese hecho en condiciones más gravosas.

En los seguros de personas el tomador o asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

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

2. No podrán suscribir este seguro las personas ciegas, paralíticas, sordas, las que padezcan epilepsia o enajenación mental y las que hayan sufrido ataques de apoplejía de cualquier naturaleza o "delirium tremens".

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

- a) Nombre y apellidos
- b) Fecha de nacimiento

- c) Documento Nacional de identidad d) Domicilio actual
- e) Actividad profesional de asegurado

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

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

Artículo 59. Impugnación del seguro.

1. En el caso de reticencia, reserva o inexactitud en la declaración o la agravación del riesgo del mutualista o, en su caso, del asegurado, que influya en la estimación del riesgo, la Mutualidad podrá rescindir el seguro, mediante declaración dirigida al mutualista, en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud, correspondiendo a la misma las cuotas o primas relativas a la anualidad en curso en el momento en que se haga esta declaración.

2. Transcurrido un año desde la conclusión del contrato de seguro, la Mutualidad no podrá impugnar el mismo, salvo que se comprobara dolo o culpa grave por parte del tomador o, en su caso, del asegurado en su declaración, o que la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor excediera de los límites de admisión establecidos, en cuyo caso quedará liberada del pago de las prestaciones.

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

Sección segunda. Extensión, coberturas y prestaciones del seguro.

Artículo 60. Extensión del seguro.

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

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

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

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

- a) Los atentados o agresiones cometidas contra el asegurado.
- b) Las lesiones producidas por un rayo o por una descarga eléctrica, la muerte inmediata que resulte de una caída involuntaria en agua o asfixia accidental por gases

o vapores; los casos de rabia y de carbunco ocasionados por mordeduras de animales o por picaduras de insectos; las infecciones producidas directamente por un accidente y las inoculaciones infecciosas.

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

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

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

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

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

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

5. En ningún caso están cubiertos por este seguro:

a) Los accidentes sobrevenidos al asegurado con motivo de su participación en carreras de velocidad o de resistencia, utilizando o no vehículos de motor, incluso los entrenamientos oficiales o privados; de apuestas y de concursos de cualquier naturaleza; de cacerías a caballo, de ascensiones aeronáuticas, exceptuando los vuelos de compañías regulares o compañías aéreas comerciales, de vuelo sin motor o con ala delta, paracaidismo y parapente; de la práctica de deportes que impliquen riesgos para el asegurado tales como la práctica de boxeo, alpinismo, montañismo, buceo, pesca submarina, esquí acuático, descenso de ríos y cañones; y, en general, de actos notoriamente peligrosos, no justificados por necesidad profesional.

b) El suicidio.

c) Los accidentes o enfermedades sobrevenidos al asegurado en estado de desarreglo mental, embriaguez alcohólica o intoxicación por drogas tóxicas estupefacientes, de sonambulismo o de disminución física.

d) Los accidentes ocasionados como consecuencia de la participación del asegurado en manifestaciones, duelos o riñas, los debidos a imprudencia temeraria o grave negligencia del asegurado.

e) Las consecuencias de la reacción o radiación nuclear, así como la contaminación radioactiva.

f) Los accidentes debidos a hechos de guerra, invasión y hostilidades, haya o no declaración de guerra.

g) Los accidentes que el asegurado pueda sufrir a consecuencia de actos de terrorismo, motín, revolución, tumulto popular, hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz o fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario (inundaciones, terremotos, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos y aerolitos) ocurridos en España o en el extranjero con participación activa del asegurado.

h) Las consecuencias de accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

i) Las enfermedades preexistentes, ni las derivadas de lesiones o dolencias manifestadas por el asegurado en la declaración sobre su estado de salud, así como el agravamiento de las citadas enfermedades preexistentes hayan sido o no recogidas en la mencionada declaración.

La cobertura de riesgo extraordinario se otorgará por el Consorcio de Compensación de Seguros, al alcance y procedimientos descritos en el Capítulo VI del presente Reglamento.

Artículo 61. Limitaciones en la cobertura.

1. Las coberturas tanto de incapacidad por accidente como de fallecimiento por accidente cesan al concluir la anualidad en la que el asegurado cumple la edad de 70 años.

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

3. La cobertura máxima para un asegurado corresponde a un capital de 72.000 euros en caso de incapacidad permanente absoluta y de 42.000 euros en caso de muerte por accidente.

Artículo 62. Prestaciones.

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

• **PRESTACIONES BÁSICAS:** Incapacidad y muerte por accidente.

1. Incapacidad permanente.

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

1.1. Incapacidad permanente absoluta por accidente:

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

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

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

1.2. Incapacidad permanente total por accidente:

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

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

1.3. Incapacidad permanente parcial por accidente:

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

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

Pérdida total o inutilización absoluta	Derecho	Izquierdo
De un brazo o de una mano	60%	20%
Del movimiento del hombro	30%	20%
Del movimiento del codo	20%	15%
Del movimiento de la muñeca	20%	15%
Del pulgar y del índice	40%	20%
De tres dedos, comprendiendo el pulgar o el índice	35%	25%
De tres dedos que no sean el pulgar o el índice	30%	20%
Del índice y de otro dedo que no sea el pulgar	25%	20%
Del dedo pulgar solo	22%	18%
Del dedo índice solo	20%	15%
Del dedo mayor, del anular o del meñique	10%	8%
De dos de estos últimos dedos	15%	12%
De una pierna o de un pie	50%	
Del dedo pulgar de un pie	10%	
De uno de los demás dedos de un pie	5%	
Amputación parcial de un pie, correspondiendo todos los dedos		40%
Ablación de la mandíbula inferior	30%	
Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular		30%

Sordera completa incurable, de los dos oídos	40%
Sordera completa de un oído	10%
Fractura no consolidada de una pierna o de un pie	25%
Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla	20%
Acortamiento, por menos de cinco centímetros, de un miembro inferior	15%

Si el asegurado es zurdo se invertirá el baremo

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

- b) La incapacidad funcional absoluta y permanente de un miembro es asimilable a la pérdida total del mismo.
- c) En los casos que no estén señalados anteriormente, como en los de pérdida parcial de los miembros antes indicados, el grado de incapacidad se fijará en proporción a su gravedad, comparada con las de las clases de incapacidad enumeradas.
- d) 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 el importe de la mitad del capital asegurado para esta cobertura que se refleja en el título de mutualista.
- e) 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 la víctima fuera una persona normal desde el punto de vista de la integridad corporal y funcional.
- f) La cuantía de la indemnización será la resultante de aplicar el capital máximo asegurado en la incapacidad permanente absoluta el porcentaje que corresponda a la lesión o pérdida anatómico-funcional recogida en el baremo. En caso de pérdida o inutilización parcial de alguno de los miembros, a dicha cuantía se le aplicará el tanto por ciento de inutilización parcial que corresponda.

2. Muerte por accidente.

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

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

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

- PRESTACIONES ADICIONALES: Fallecimiento.

Para aquellos mutualistas que a 31 de diciembre de 2005 tuvieran contratado el Bloque IV (extinguido desde dicha fecha) con procedencia de las antiguas modalidades "A" o "C", se

ofrece la cobertura adicional de fallecimiento por cualquier causa.

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

Artículo 63. Reconocimiento al derecho de las prestaciones.

1. El procedimiento para el reconocimiento del derecho a la prestación se iniciará a petición del mutualista, el asegurado o los beneficiarios, que a la correspondiente solicitud acompañarán los documentos y demás elementos de prueba que en cada caso procedan, debiendo comunicar a la Mutuality el acaecimiento del accidente en el plazo máximo de siete días de haberlo conocido.

2. A la vista de la solicitud y de la demás documentación aportada se adoptará por la Mutuality la resolución que proceda, que será notificada por escrito a los interesados.

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

1. Los interesados solicitarán el reconocimiento de la prestación cumplimentando el impreso establecido al efecto por la Mutuality, que será presentado en las oficinas de la misma o en el Colegio Oficial de Ingenieros Técnicos Industriales al que pertenezcan.

2. En la solicitud de prestación se hará constar:

- a) Los datos personales del mutualista tomador del seguro, del asegurado, si fuera persona distinta, y de los beneficiarios.
- b) Si la prestación se solicita por incapacidad o por muerte del asegurado.
- c) Forma de pago de la prestación.
- d) Fecha y firma de los solicitantes.

3. A la solicitud de prestación se acompañará la documentación siguiente:

- a) Título de mutualista o testimonio del mismo.
- b) Certificado de nacimiento del asegurado, si no se hubiese aportado al formalizar el seguro, último recibo de cuotas abonado por el mutualista.
- c) Fotocopia del DNI de los beneficiarios.
- d) Aquella otra documentación que fuera necesaria para acreditar suficientemente la condición de beneficiario.
- e) En su caso, formulario de declaración de datos personales establecido por la Agencia Tributaria para el cálculo de la retención correspondiente.
- f) Fe de Vida y Estado.

4. Además, dependiendo del motivo por el que se solicita la prestación, a la documentación prevista en el apartado anterior deberá unirse la siguiente:

a) Si la prestación se solicita por incapacidad del asegurado:

- Certificación médica, en impreso oficial, expedida por el médico o médicos que traten o hayan tratado al asegurado, haciendo constar la naturaleza, el origen y la evolución de las lesiones derivadas del accidente y causantes de la incapacidad, el diagnóstico sobre la posible curación y evolución de las mismas, así como las limitaciones o pérdidas funcionales o físicas padecidas y las posibilidades de rehabilitación. Todo ello con el mayor detalle posible y acompañando radiografía y demás pruebas clínicas, en su caso.
- Certificado de incapacidad del INSS o el órgano competente de la Comunidad Autónoma correspondiente.

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

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

Artículo 65. Determinación del grado de incapacidad.

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

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

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

Artículo 66. Pago de la indemnización.

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

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

2. La Mutualidad está obligada al pago de la prestación al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer el derecho a las mismas. En cualquier caso, la Mutualidad, dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la solicitud de prestación, procederá al pago del importe mínimo de lo que pueda corresponder al asegurado o a los beneficiarios, según las circunstancias conocidas por la Mutualidad.

Artículo 67. Reintegro de las prestaciones indebidas.

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

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

Artículo 68. Obligaciones del asegurado en caso de accidente.

Ocurrido el accidente, debe llamarse sin retraso a un médico, seguir sus prescripciones y

hacer todas las diligencias que requiera el caso para la conservación de la vida del asegurado y su pronto restablecimiento.

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

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

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

Sección tercera. Régimen de cotización.

Artículo 69. Determinación de la cuota.

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

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

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

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

1. La cuota será abonada por anualidades anticipadas, con vencimiento por año natural.
2. Se abonarán mediante recibo librado por la Mutualidad contra la cuenta bancaria facilitada por el mutualista y/o asegurado y en el domicilio bancario indicado por éste.
3. Cuando el tomador del seguro sea una persona jurídica y el seguro tenga el carácter colectivo o de grupo, la cuota se abonará mediante cargo en cuenta abierta al Colegio o Entidad correspondiente. El abono de las cuotas correspondientes a sus colegiados o asociados se realizará por el Colegio o Entidad correspondiente, mediante talón nominativo o transferencia bancaria a la cuenta de la Mutualidad, con la periodicidad pactada.

Artículo 71. Efectos de la falta de pago.

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

Artículo 72. Duración del seguro.

El seguro tendrá una duración, en el primer periodo de vigencia, desde la fecha consignada en el Título hasta el último día del año natural en curso. Al vencimiento de dicho plazo, el seguro quedará tácitamente prorrogado por un año, y así en lo sucesivo, salvo que alguna de las partes renuncie en el plazo previsto -al menos un mes si se trata del tomador y dos meses en caso del asegurador- a su inmediato vencimiento.

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

1.- Percibir cualquiera de las prestaciones básicas o adicionales, con independencia de su importe.

2.- En caso de fallecimiento del mutualista y/o asegurado.

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

a) En las prestaciones básicas: Incapacidad y muerte por accidente.

- Al vencimiento del seguro en la anualidad en la que el asegurado cumpla los 70 años de edad.

b) En las prestaciones adicionales: Fallecimiento (sólo para aquellos mutualistas que a 31 de diciembre de 2005 tuvieran contratado el Bloque IV, con procedencia de las antiguas modalidades "A" o "C").

- Al vencimiento del seguro en la anualidad en la que el asegurado cumpla 70 años de edad.

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

CAPÍTULO V. MUPITI VIDA. COBERTURA DE FALLECIMIENTO E INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR CUALQUIER CAUSA. (Vigente desde el 1 de octubre de 2005)

Sección Primera.

Artículo 73. Normativa Aplicable.

El presente seguro se fundamenta en la normativa siguiente:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS).
- 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.
- Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de mutualidades de previsión social.
- El Reglamento de Cuotas y Prestaciones de la Mutualidad.
- Demás legislación aplicable.

Artículo 74. Objeto y duración del seguro.

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

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

La rescisión podrá efectuarse por ambas partes, denunciándola en el plazo previsto -al menos un mes si se trata del tomador y dos meses en caso del asegurador- a su inmediato vencimiento.

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

Artículo 75. Descripción de las garantías.

1. Fallecimiento.

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

2. Riesgo complementario por fallecimiento por accidente.

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

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

3. Riesgo complementario por fallecimiento por accidente de circulación.

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

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

4. Riesgo complementario por incapacidad absoluta y permanente.

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

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

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

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

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

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

Se garantiza el pago del capital asegurado en el caso de que el asegurado resulte afectado de una incapacidad absoluta y permanente por accidente de circulación, atendiendo a la

definición de incapacidad absoluta y permanente y de accidente de circulación realizada con los párrafos precedentes.

Sección Segunda. Extensión, coberturas y prestaciones del seguro.

Artículo 76. Extensión y riesgos excluidos del seguro.

Extensión del seguro.

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

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

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

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

a) Los atentados o agresiones cometidas contra el asegurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Quedan excluidos de la garantía de este seguro:

a) Los siniestros causados voluntariamente por el asegurado.

b) Los accidentes sobrevenidos al asegurado con motivo de su participación en carreras de velocidad o de resistencia, utilizando o no vehículos de motor, incluso los entrenamientos oficiales o privados; de apuestas y de concursos de cualquier naturaleza; de cacerías a caballo, de ascensiones aeronáuticas, exceptuando los vuelos de compañías regulares o compañías aéreas comerciales, de vuelo sin motor o con ala delta, paracaidismo y parapente; de la práctica de deportes que impliquen riesgos para el asegurado tales como la práctica de boxeo, alpinismo, montañismo, buceo, pesca submarina, esquí acuático, descenso de ríos y cañones; y, en general, de actos notoriamente peligrosos, no justificados por necesidad profesional.

c) El suicidio.

d) Los accidentes o enfermedades sobrevenidos al asegurado en estado de desarreglo mental, embriaguez alcohólica o intoxicación por drogas tóxicas estupefacientes, de sonambulismo o de disminución física.

e) Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado, declarado así judicialmente, así como los derivados de la participación de éste en actos delictivos, duelos o riñas, siempre que en este último caso no haya actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

f) Las consecuencias de la reacción o radiación nuclear, así como la contaminación radioactiva.

g) Las consecuencias de las guerras u operaciones de carácter similar o derivados de hechos de carácter político o social.

h) Los accidentes causados por temblor de tierra, erupción volcánica, inundación y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos de carácter extraordinario.

i) Los accidentes que el asegurado pueda sufrir a consecuencia de actos de terrorismo, motín, revolución, tumulto popular, hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz o fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario (inundaciones, terremotos, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica, caída de cuerpos y aerolitos) ocurridos en España o en el extranjero con participación activa del asegurado.

j) Las consecuencias de accidentes originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

k) Las enfermedades preexistentes, ni las derivadas de lesiones o dolencias manifestadas por el asegurado en la declaración sobre su estado de salud, así como el agravamiento de las citadas enfermedades preexistentes hayan sido o no

recogidas en la mencionada declaración.

l) Los accidentes causados por el beneficiario del asegurado. No obstante, si existieran varios beneficiarios, los no intervinientes en el fallecimiento del asegurado conservarán su derecho a la totalidad del capital asegurado.

La cobertura de riesgo extraordinario se otorgará por el Consorcio de Compensación de Seguros, al alcance y procedimientos descritos en el Capítulo VI del presente Reglamento.

Artículo 77. Limitaciones en la cobertura.

a) La cobertura del seguro se extinguirá, para el riesgo de incapacidad en la anualidad de seguro dentro de la cual el asegurado cumpla 65 años de edad y para el riesgo de fallecimiento en la anualidad de seguro dentro de la cual el asegurado cumpla los 73 años.

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

Artículo 78. Condición de tomador y asegurado.

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

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

2. El tomador del seguro deberá tener la condición de mutualista. El asegurado será el propio mutualista, su cónyuge o familiar en primer grado de aquél.

3. Cuando el tomador del seguro sea una persona jurídica de las previstas en el artículo 16 de los Estatutos, el seguro podrá tener carácter colectivo o de grupo. En este caso, los asegurados son los miembros o socios del respectivo Consejo, Colegio, Corporación o Entidad. También pueden ser asegurados el cónyuge o familiar en primer grado de los miembros o socios que formen parte del respectivo Consejo, Colegio, Corporación o Entidad.

Artículo 79. Criterios de selección.

1. Edad de entrada.

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

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

a) Se establece como requisito de entrada no estar discapacitado en el momento de incorporarse al seguro.

b) Cumplimentar el siguiente correspondiente formulario de solicitud de seguro, en el que se hará constar la profesión u ocupaciones profesionales y los riesgos accesorios, al que acompañará la documentación que proceda.

c) Todo asegurado deberá cumplimentar una declaración sobre su estado de salud y sobre cualquiera otra circunstancia que pueda incidir en la valoración del riesgo, de acuerdo con el cuestionario establecido por la Mutualidad. Asimismo, en los casos recogidos en el Anexo de esta nota técnica, deberá pasar reconocimiento médico. No obstante, cuando las circunstancias del seguro lo aconsejen, MUPITI podrá solicitar un reconocimiento médico tan completo como se estime necesario.

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

e) La admisión en el seguro y las mejoras posteriores de las prestaciones garantizadas sólo tendrán lugar si las personas disfrutan de su plena capacidad para el trabajo, según su puesto y categoría profesional, y suscriben el boletín de adhesión facilitado por la Mutualidad.

f) El asegurado y en su caso el tomador del seguro, durante la vigencia del contrato, deberá declarar las variaciones que se produzcan sobre los datos consignados en el cuestionario que le sometió la Mutualidad, y en concreto:

I. Cuantas circunstancias existan que mejoren el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haberlas conocido, el contrato se hubiese celebrado en condiciones más favorables.

II. Las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidas en el momento del perfeccionamiento del contrato, hubiesen supuesto la no aceptación del riesgo o que se hubiese hecho en condiciones más gravosas.

En los seguros de personas el tomador o el asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

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

3. No podrán suscribir este seguro las personas ciegas, paralíticas, sordas, las que padezcan epilepsia o enajenación mental y las que hayan sufrido ataques de apoplejía de cualquier naturaleza o "delirium tremens".

4. La cobertura del riesgo de incapacidad derivada de enfermedad queda expresamente condicionada a que se haya efectuado la presentación en la Mutualidad de la declaración sobre el estado de salud del asegurado y se haya emitido el correspondiente Título de Mutualista, y tiene un periodo de carencia de seis meses, contado a partir de la fecha cubierta por el primer recibo pagado.

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

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

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

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

Artículo 80. Impugnación del seguro.

1. En el caso de reticencia, reserva o inexactitud en la declaración o la agravación del riesgo del mutualista o, en su caso, del asegurado, que influya en la estimación del riesgo, la Mutualidad podrá rescindir el seguro, mediante declaración dirigida al mutualista, en el plazo de un mes a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud, correspondiendo a la misma las cuotas o primas relativas a la anualidad en curso en el momento en que se haga esta declaración.

2. Transcurrido un año desde la conclusión del contrato de seguro, la Mutualidad no podrá impugnar el mismo, salvo que se comprobara dolo o culpa grave por parte del tomador, o, en su caso, del asegurado en su declaración, o que la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor excediera de los límites de admisión establecidos, en cuyo caso quedará liberada del pago de las prestaciones.

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

Artículo 81. Capitales asegurados.

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

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

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

En caso de que el asegurado hubiera suscrito este seguro, con anterioridad al 31 de diciembre de 2012, al objeto de optar por Mupiti como alternativa al RETA y, a dicha fecha el mutualista estuviera en situación de baja en la alternativa al RETA pero con el seguro de Mupiti Vida activo, tendrá la posibilidad de mantener la vigencia del seguro sin tener que obligarse a la cuantía mínima de capital asegurado de 30.000 euros.

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

1. El beneficiario, para justificar su derecho a percibir el importe del seguro deberá presentar en la Mutualidad, acompañando a la solicitud de prestación, los siguientes documentos:

- a) Título de mutualista o testimonio del mismo.
- b) Certificado de nacimiento del asegurado, si no se hubiese aportado al formalizar el seguro.
- c) Fotocopia del DNI de los beneficiarios.
- d) Aquella otra documentación que fuera necesaria para acreditar suficientemente la condición de beneficiario.
- e) En su caso, formulario de declaración de datos personales establecido por la Agencia

Tributaria para el cálculo de la retención correspondiente.
f) Fe de Vida y Estado.

2. Además, dependiendo del motivo por el que se solicita la prestación, a la documentación prevista en el apartado anterior deberá unirse la siguiente:

a) En caso de muerte del asegurado:

- Certificado médico forense e informe del Juzgado, haciendo constar la fecha y el motivo del hecho causante.
- Certificado de defunción.
- En caso de que no se hubiera designado beneficiario en la póliza de seguro, libro de familia y testamento o, en defecto de este último, declaración de herederos o acto de notoriedad.
- Carta de pago del impuesto sobre Sucesiones y donaciones o su exención, si procede, en caso de que corresponda tributar por dicho impuesto.

b) En caso de lesiones que generen incapacidad permanente absoluta del asegurado:

- Certificación médica, en impreso oficial, expedida por el médico o médicos que traten o hayan tratado al asegurado, haciendo constar la naturaleza, el origen y la evolución de las lesiones causantes de la incapacidad, el diagnóstico sobre la posible curación y evolución de las mismas, así como las limitaciones o pérdidas funcionales o físicas padecidas y las posibilidades de rehabilitación. Todo ello con el mayor detalle posible y acompañando radiografía y demás pruebas clínicas en su caso.
- Certificado de incapacidad del INSS o el órgano competente de la Comunidad Autónoma correspondiente.

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

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

Sección Tercera. Régimen de cotización.

Artículo 83. Determinación de la prima del seguro.

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

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

1. El pago de las primas será anual prepagable, salvo que se acuerde el fraccionamiento de la misma en periodos mensuales, trimestrales o semestrales, en cuyo caso, la compañía podrá aplicar un recargo por fraccionamiento. Dicho recargo se establece inicialmente en un 1,5 %, siendo susceptible de modificación a criterio de la Mutualidad.

2. La primera prima se ajustará al vencimiento del año natural y se determinará de forma proporcional a la prima anual correspondiente a la edad actuarial del asegurado en el momento de la contratación. Las siguientes se ajustarán al año natural, es decir, se emitirá el 1 de enero y tendrá su vencimiento el 31 de diciembre del mismo año. Considerando para

calcular la prima la edad actuarial del asegurado cada 1 de enero.

3. El pago se realizará mediante domiciliación bancaria.

Artículo 85. Efectos de la falta de pago.

En caso de falta de pago de las cuotas, la Mutualidad mantendrá la cobertura durante un mes después del vencimiento del recibo, a partir del cual las coberturas quedan en suspenso, extinguiéndose definitivamente el seguro transcurridos 6 meses desde la fecha del vencimiento del recibo.

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

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

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, 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.

Artículo 87. 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 aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

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

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 (952 367 042 ó 900 222 665).

– A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

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

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

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

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

CAPÍTULO IX. MUPITI ACCIDENTES PLUS. (Vigente desde el 1 de septiembre de 2010 hasta el 1 de enero 2017).

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

CAPÍTULO X. MUPITI PROTECCIÓN (vigente desde el 1 de julio de 2011).

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

CAPÍTULO XI. MUPITI PROFESIONAL (Vigente desde el 1 de enero de 2013).

El Seguro Mupiti Profesional tiene por objeto otorgar el nivel de coberturas mínimo que exige la disposición adicional decimonovena del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, para las Mutualidades de Previsión Social que actúan como alternativas al Régimen de Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (RETA) en virtud de lo establecido en la disposición adicional decimoctava del Real Decreto Legislativo 8/2015, así como en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y en el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

El seguro Mupiti Profesional constituye una cobertura aseguradora de carácter obligatorio para los peritos e ingenieros técnicos industriales y para los graduados en ingeniería de la rama industrial que opten por Mupiti como alternativa al RETA para el ejercicio de su actividad profesional por cuenta propia.

La regulación específica de este seguro se recoge en documento independiente, denominado "Reglamento del Seguro Mupiti Profesional", y la Tarifa de Cuotas del Seguro se recoge en el Apéndice Nº 13. Ambos documentos constituyen partes integrantes del Reglamento de Cuotas y Prestaciones de Mupiti.

CAPÍTULO XII. SEGURO DE AHORRO BAMBÚ (vigente desde el 14 de octubre de 2013).

La regularización específica de este seguro se recoge en documento independiente, denominado "Reglamento del Seguro de Ahorro Bambú", y la tarifa de Cuotas del Seguro en el Apéndice Nº 14. Ambos documentos constituyen partes integrantes del Reglamento de Cuotas y Prestaciones de Mupiti.

CAPÍTULO XIII. MUPITI VIDA PRÉSTAMO Y MUPITI VIDA FLEXIBLE (vigente desde el 1 de abril de 2014).

Se trata de dos nuevas modalidades del seguro Mupiti Vida. La regulación básica se corresponde con la indicada en el Capítulo V del presente reglamento. Las características específicas de cada una de estas modalidades, se recogen en documentos independientes, denominados "Apéndice 15. Tarifa de cuotas del seguro "Mupiti Vida Préstamo" y "Apéndice 16. Tarifa de cuotas del seguro "Mupiti Vida Flexible". Ambos documentos constituyen partes integrantes del Reglamento de Cuotas y Prestaciones de Mupiti.

CAPÍTULO XIV. SEGURO DE AHORRO SEGUROCITI (vigente desde el 1 de diciembre de 2018).

La regulación específica de este seguro se recoge en documento independiente, denominado "Reglamento del Seguro de Ahorro SegurCiti", y la tarifa de Cuotas del Seguro en el Apéndice Nº 17. Ambos documentos constituyen partes integrantes del Reglamento de Cuotas y Prestaciones de Mupiti.

CAPÍTULO XV. MUPITI EMPRESA (vigente desde el 1 de enero de 2019).

Se trata de una nueva modalidad del seguro Mupiti Accidentes. La regulación básica se corresponde con la indicada en el Capítulo IV del presente Reglamento y las características

específicas de esta modalidad, se recoge en documento independiente, denominado "Reglamento del Seguro Mupiti Empresa", y la tarifa de cuotas del Seguro en el Apéndice Nº 18. Ambos documentos constituyen partes integrantes del Reglamento de Cuotas y Prestaciones de Mupiti.

CAPÍTULO XVI. SEGURO DE AHORRO INVERCITI (vigente desde el 1 de abril de 2021).

La regulación específica de este seguro se recoge en documento independiente, denominado "Reglamento del Seguro de Ahorro InverCiti", y la tarifa de Cuotas del Seguro en el Apéndice Nº 19. Ambos documentos constituyen partes integrantes del Reglamento de Cuotas y Prestaciones de Mupiti.

CAPÍTULO XVII. SEGURO "PREVISIÓN SOCIAL COMPLEMENTARIA AUTÓNOMOS" (vigente desde el 1 de enero de 2023).

La regulación específica de este seguro se recoge en documento independiente, denominado "Reglamento del seguro Previsión Social Complementaria Autónomos", y la tarifa de cuotas y prestaciones del seguro en el Apéndice Nº 20. Ambos documentos constituyen partes integrantes del Reglamento de Cuotas y Prestaciones de Mupiti.

TÍTULO III

RECUSOS Y JURISDICCIÓN.

Artículo 89. Recursos y Arbitraje.

1. El tomador de seguro, el asegurado o los beneficiarios podrán presentar recursos ante la Junta Directiva de Mutualidad, así como interponer las relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos ante el Departamento de Atención al Asegurado. También podrán presentar sus quejas y reclamaciones ante el Comisionado de la Defensa del Asegurado, adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en los términos previstos en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, para lo cual será imprescindible acreditar haberlas formulado previamente por escrito al Departamento de Atención al Asegurado de la Mutualidad.

2. Para la resolución de las controversias que puedan surgir entre los mutualistas y la Mutualidad en orden a las contingencias, condiciones y requisitos de cobertura y prestaciones garantizadas, podrán someterse a arbitraje de derecho al amparo de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje, a cuyo efecto en los títulos del mutualista se consignará el correspondiente convenio arbitral de acuerdo con las previsiones del Título 11 de la Ley de Arbitraje. La administración del arbitraje y la designación de árbitros se encomendará a Sección Española de la Asociación Internacional de Derecho de Seguros (S.E.A.I.D.A.), con sede en Madrid, calle Sagasta, número 18.

Artículo 90. Comunicaciones.

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

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

Artículo 91. Prescripción.

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

Artículo 92. Jurisdicción.

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

DISPOSICIONES ADICIONALES.

Disposición Adicional Primera. Mupiti como alternativa al RETA.

De conformidad con lo establecido en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y la disposición adicional decimonovena del Real Decreto Legislativo 8/2015, Mupiti puede actuar como alternativa a la incorporación y alta en el Régimen Especial de los Trabajadores por cuenta propia o Autónomos, con respecto a los peritos e ingenieros técnicos industriales y a los graduados en ingeniería que realizan el ejercicio de su actividad profesional por cuenta propia y están colegiados en sus respectivos Colegios Profesionales.

Disposición Adicional Segunda. El seguro Mupiti Profesional para el ejercicio de la opción por Mupiti como alternativa al RETA.

1. Los peritos e ingenieros técnicos industriales y los graduados en ingeniería que realicen el ejercicio libre de su profesión y opten por Mupiti como alternativa al Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos de la Seguridad Social (RETA), de conformidad con lo establecido en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y la disposición adicional decimonovena del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba la Ley General de Seguridad Social, deberán suscribir obligatoriamente el seguro "Mupiti Profesional".

2. El régimen de cuotas y de prestaciones obligatorias del seguro "Mupiti Profesional" se regula en el Reglamento de dicho seguro, que constituye el capítulo XI del Reglamento de Cuotas y Prestaciones de Mupiti. Forman también parte del Reglamento del Seguro Mupiti Profesional y, por tanto, del Reglamento de Cuotas y Prestaciones de Mupiti, el Apéndice 13 de Tarifa de cuotas del seguro Mupiti Profesional y el Baremo de Indemnización establecido para la prestación de Incapacidad Temporal de dicho seguro.

En todo lo no regulado en el Reglamento del Seguro Mupiti Profesional se estará a lo dispuesto en el Reglamento de Cuotas y Prestaciones.

3. Mupiti, a partir del 1 de enero de 2013, extenderá certificaciones acreditativas de haber optado por la Mutualidad como alternativa al RETA a todos aquellos mutualistas que hayan suscrito el seguro Mupiti Profesional y hayan presentado, en el momento de la opción, los siguientes documentos:

- a. Acreditación del alta en el Impuesto de Actividades Económicas, en el epígrafe correspondiente a la actividad profesional desarrollada como ingeniero técnico industrial o ingeniería de grado.

- b. El "documento de opción", elaborado por la Mutualidad para acreditar el ejercicio de la opción por Mupiti, debidamente firmado y fechado.

Los mutualistas que han causado alta en el seguro Mupiti Profesional con fecha de efecto 1 de enero de 2013, con origen en la transformación automática del antiguo sistema de alternativa al RETA de Mupiti, vigente hasta el 31 de diciembre de 2012, y que en su momento habían presentado la documentación requerida en los párrafos precedentes, no necesitarán presentar nuevamente dicha documentación para obtener una certificación acreditativa de su opción por Mupiti.

Disposición Adicional Tercera. Falta de pago de las cuotas del seguro Mupiti Profesional.

La falta de pago de una cuota mensual del seguro Mupiti Profesional determinará la suspensión automática de la opción por Mupiti un mes después del día de su vencimiento.

Disposición Adicional Cuarta. Reducción de Cuotas en el seguro Mupiti Profesional.

1. Mupiti podrá acordar reducciones voluntarias de la cuota mínima obligatoria del seguro Mupiti Profesional, para los mutualistas menores de una determinada edad o con discapacidad y durante un período de tiempo determinado, de conformidad con reducciones similares establecidas en función de la edad u otros criterios en el Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos. En dichos casos, el importe de las prestaciones quedaría reducido en el mismo porcentaje en que se redujese la cuota mínima obligatoria.

2. El establecimiento de los referidos porcentajes de reducción podrá ser acordado por la Junta Directiva de la Mutualidad sin necesidad de someterse a la aprobación de la Asamblea General.

Disposición Adicional Quinta. Inexistencia de Derecho de Rescate en el Seguro Mupiti Profesional.

1. No existe el derecho de rescate en el seguro Mupiti Profesional.

Disposición Adicional Sexta. Establecimiento de nuevas coberturas o prestaciones mínimas.

En el caso de que futuras normativas legales o reglamentarias establecieran coberturas obligatorias o prestaciones mínimas que resulten de obligada aplicación al seguro Mupiti Profesional alternativo al Régimen Especial de Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (RETA), la Mutualidad efectuará la correspondiente adaptación del Reglamento de Cuotas y Prestaciones en los términos que legal o reglamentariamente procedan, sin necesidad de convocar para ello la Asamblea General.

Disposición Adicional Séptima. Eliminación del derecho de rescate en los supuestos previstos en el artículo 8.8 del RDL 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones.

Todos aquellos seguros de Mupiti que hayan sido suscritos para el ejercicio de la opción como alternativa al RETA no dispondrán de valor garantizado de rescate en ningún supuesto ni circunstancia.

Disposición Adicional Octava. Definición del hecho causante de la cobertura de

jubilación en aquellos productos vinculados a los 65 años y que puedan acogerse a la Disposición Transitoria Duodécima de la Ley del IRPF.

Para aquellos seguros de jubilación de Mupiti cuyo vencimiento está vinculado a los 65 años y que les sea aplicable la Disposición Transitoria Duodécima de la Ley de IRPF, se entenderá producido el hecho causante de la cobertura de jubilación en el momento en que se produzca dicha contingencia de acuerdo con lo dispuesto por la normativa reguladora del sistema de la Seguridad Social o, subsidiariamente, conforme a lo dispuesto por la normativa reguladora de los Planes y Fondos de Pensiones aplicable.

Esta disposición adicional octava entrará en vigor a partir del 1 de julio de 2015.

Disposición adicional novena: Seguros con cobertura de jubilación incluidos en el Capítulo I del Título II (excepto el denominado "prima única de jubilación en traspaso") suscritos con un interés técnico garantizado superior al 1%.

La provisión matemática de todos aquellos contratos con tipo de interés técnico garantizado superior al 1% se transformará en un nuevo contrato a prima única aplicando las bases técnicas que la mutualidad tiene en vigor a la fecha de transformación, 1 de julio de 2016. En caso de que el anterior contrato siguiese en activo (realizando aportaciones) se suscribirá uno nuevo para las sucesivas cuotas futuras con las condiciones que aplica la mutualidad a fecha 1 de julio de 2016.

Esta disposición adicional novena entrará en vigor a partir de 30 de junio de 2016.

Disposición adicional décima: Seguros con cobertura de jubilación incluidos en el Capítulo I del Título II (excepto el denominado "prima única de jubilación en traspaso") suscritos con un interés técnico garantizado igual al 1% con anterioridad al 30/09/2020.

La provisión matemática de todos aquellos contratos con tipo de interés técnico garantizado igual al 1% se traspasará a un nuevo contrato como fondo acumulado inicial, aplicando las bases técnicas que la Mutualidad tiene en vigor a la fecha de transformación, 30 de septiembre de 2020, quedando sin efecto los contratos objeto de traspaso. Todos aquellos contratos con cuota periódica activa en el momento de la transformación, serán objeto de traspaso al nuevo seguro manteniendo la cuota determinada en vigor.

Los seguros a los que alcanza esta disposición son los denominados:

- Pensión de Jubilación
- Aportación Extraordinaria de Jubilación
- Jubilación para mayores de 65 años
- Pensión de Jubilación para trabajadores por cuenta ajena
- Aportación Extraordinaria de Jubilación para trabajadores por cuenta ajena

Esta disposición adicional décima entrará en vigor el 30 de septiembre de 2020.

Disposición adicional undécima. Limitación del valor de rescate en los seguros vinculados a la jubilación.

Para aquellos seguros de Previsión Social vinculados a la jubilación con derecho de rescate, el valor del mismo no podrá superar el valor de realización de las inversiones asignadas.

Esta disposición adicional undécima entrará en vigor el 1 de julio de 2022.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS.

Disposición Transitoria Primera. Prestaciones devengadas con anterioridad.

Los mutualistas y beneficiarios que a la entrada en vigor de este Reglamento estuvieran percibiendo alguna prestación de los seguros contratados con la Mutualidad, continuarán recibéndola en la misma forma, cuantía y condiciones en que venían haciéndolo.

Disposición Transitoria Segunda. Prestaciones con hechos causantes anteriores al 1 de enero de 2013.

Todas aquellas prestaciones que a la entrada en vigor del presente Reglamento se hallaren en tramitación, así como las que se soliciten a partir del 1 de enero de 2013 como consecuencia de hechos causantes producidos antes de su entrada en vigor, se tramitarán y resolverán conforma a la normativa anterior de aplicación.

Disposición Transitoria Tercera. Integración de los mutualistas que han optado expresamente por Mupiti a 31 de diciembre de 2012 en el seguro Mupiti Profesional.

1. Los mutualistas que a 31 de diciembre de 2012 hayan optado expresamente por Mupiti como alternativa al RETA y se encuentren en situación de activo a dicha fecha, quedarán incorporados de forma obligatoria y con efectos 1 de enero de 2013 al seguro Mupiti Profesional, adaptando las cuotas que venían satisfaciendo hasta el 31 de diciembre de 2012 a las previstas para este seguro, que estarán establecidas en el Apéndice 13.

2. El capital constituido inicial de cada mutualista para la cobertura de jubilación del nuevo seguro Mupiti Profesional será el importe de la provisión matemática que tuviera constituida a 31 de diciembre de 2012 conforme a lo establecido en la base técnica.

3. Además de las prestaciones que incluye la cobertura del Seguro Mupiti Profesional, estos mutualistas podrán voluntariamente mantener los seguros de riesgo Mupiti Accidentes y Mupiti Vida que tenían en vigor como coberturas obligatorias para la alternativa al RETA hasta el 31 de diciembre de 2012. El mantenimiento de dichos seguros exigirá el pago de la prima correspondiente, que se añadirá al importe de la cuota del seguro Mupiti Profesional.

Disposición Transitoria Cuarta. Situación de los mutualistas que habiendo optado por Mupiti expresamente, se encuentran en situación de baja a 31 de diciembre de 2012.

1. Los mutualistas que habiendo optado expresamente por Mupiti como alternativa al RETA con anterioridad al 31 de diciembre de 2012, y que se encuentren en situación de baja a 31 de diciembre de 2012, mantendrán los seguros de Jubilación, Mupiti Vida y Mupiti Accidentes, obligatorios en el antiguo sistema de alternativa al RETA, en el estado en que se encuentren a dicha fecha.

2. A partir del 1 de enero de 2013, y desde el momento en que se produzca el reinicio de su actividad profesional por cuenta propia, que comunicarán por escrito a la Mutualidad, estarán obligados a suscribir el seguro Mupiti Profesional y a satisfacer el pago de las cuotas previstas para este seguro en función de su edad, que estarán establecidas en el Apéndice 13.

El capital constituido inicial de cada mutualista para la cobertura de jubilación del nuevo seguro Mupiti Profesional será el importe de la provisión matemática que tuviera constituida en su antigua cobertura de jubilación a la fecha de suscripción del citado seguro, conforme a lo establecido en la base técnica.

3. Estos mutualistas podrán mantener los seguros de riesgo Mupiti Accidentes y Mupiti Vida que tuvieran en vigor a la fecha de suscripción del seguro Mupiti Profesional, debiendo

indicarlo expresamente en el momento de reinicio de su actividad profesional. En caso contrario, los seguros Mupiti Vida y Mupiti Accidentes que pudieran tener en vigor se extinguirán de forma automática al final de la anualidad en que se produzca el reinicio de la actividad. El mantenimiento de la vigencia de dichos seguros conlleva el pago de la prima correspondiente, que se añadirá al importe de la cuota del seguro Mupiti Profesional.

Disposición Transitoria Quinta. Situación de los mutualistas que, aun no habiendo optado expresamente por Mupiti, están utilizando la Mutualidad para el ejercicio de su actividad profesional por cuenta propia.

1. Los mutualistas que, aun no habiendo optado expresamente por Mupiti como alternativa al RETA, están utilizando la Mutualidad para el ejercicio libre de su actividad profesional por cuenta propia, estarán obligados a suscribir el seguro Mupiti Profesional y a satisfacer el pago de las cuotas previstas para este seguro en función de su edad, que estarán establecidas en el Apéndice 13.

2. La suscripción del seguro Mupiti Profesional se realizará de forma automática con efectos 1 de enero de 2013, para preservar su opción por Mupiti como alternativa al RETA, salvo comunicación expresa del mutualista en sentido contrario antes del 1 de diciembre de 2012.

En caso de que la primera cuota del seguro Mupiti Profesional, que se girará a la cuenta del mutualista en los primeros cinco días del mes de enero de 2013, viniera devuelta, se entenderá que el mutualista desea causar baja en la opción por Mupiti como alternativa al RETA y se procederá a tomar registro de la misma. La baja tendrá efectos desde el 1 de enero de 2013 sin que se precise para ello el requisito de notificación de la misma al mutualista.

3. Los seguros de Mupiti que el mutualista tuviera contratados y en activo a 31 de diciembre de 2012, permanecerán vigentes y por consiguiente se exigirá el pago de la prima correspondiente, que se añadirá al importe de la cuota del seguro Mupiti Profesional.

Disposición transitoria sexta. Situación de los mutualistas que habiendo optado expresamente por Mupiti, se encuentran en situación de suspenso a 31 de diciembre de 2012 y posteriormente se les ha reconocido la incapacidad permanente absoluta.

1. Los Mutualistas que hubieran optado por Mupiti como alternativa al RETA con anterioridad a 31 de diciembre de 2012, que se encontrasen en suspenso a dicha fecha y que no puedan reiniciar su actividad profesional por cuenta propia, con la correspondiente suscripción del seguro Mupiti Profesional, como consecuencia del posterior reconocimiento de incapacidad permanente y absoluta, pueden solicitar el cobro del capital constituido para la cobertura de jubilación de los seguros obligatorios en el antiguo sistema de alternativa al RETA.

2. Se entenderá por incapacidad permanente absoluta aquella situación reconocida por un estamento oficial o sentencia judicial firme que, por las dolencias físicas o psíquicas o reducciones anatómicas graves, sobrevenidas susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que inhabiliten al Mutualista por completo para toda profesión u oficio.

3. Conforme a lo establecido en la base técnica, el capital constituido para la cobertura de jubilación de los seguros obligatorios en el antiguo sistema de alternativa al RETA será la provisión matemática que tuviera constituida en el momento del cobro del citado seguro más, en su caso, el importe que pudiera corresponder derivado de la participación en beneficios.

DISPOSICIONES FINALES.

Disposición Final Primera. Desarrollo Reglamentario y Modificaciones.

1. Todos aquellos acuerdos adoptados por la Junta Directiva de la Mutualidad para el desarrollo y ejecución el presente Reglamento tendrán la misma naturaleza y eficacia que éste, sin perjuicio de su posterior ratificación por la Asamblea General de la Mutualidad.

2. Se autoriza expresamente a los órganos de gobierno de la Mutualidad para que, en su caso y sin necesidad de aprobación y ratificación por la Asamblea General, puedan realizar las modificaciones pertinentes para su aprobación por el Órgano de Supervisión y Control y de conformidad con las indicaciones establecidas por dicho Centro Directivo.

3. Se autoriza expresamente a la Junta Directiva de la Mutualidad para aprobar las modificaciones del presente Reglamento de Cuotas y Prestaciones, que traigan por causa la obligación legal de adaptación del sistema de alternativa al RETA de Mupiti a las modificaciones normativas en materia de Seguridad Social.

Disposición Final Segunda. Actualización y entrada en vigor de las modificaciones.

1. El presente Reglamento incorpora todos los acuerdos adoptados por la Asamblea General en materia de Reglamento de Cuotas y Prestaciones hasta el 4 de junio de 2022.

2. Quedan incorporados al presente Reglamento, formando parte integrante del mismo aunque se presenten en forma de separata, los apéndices siguientes:

Apéndice 1. Tarifa de cuotas y prestaciones del Seguro "Previsión Social Complementaria".

Apéndice 2. Tarifa de cuotas y prestaciones del Seguro "Previsión Social Cuenta Ajena".

Apéndice 3. Tarifa de cuotas y prestaciones del Seguro "Previsión Social Alternativa".

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

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

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

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

Apéndice 8. Tarifa de cuotas del seguro "Pensión de Jubilación para trabajadores por cuenta ajena". En vigor hasta 30/09/2020.

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

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

Apéndice 11. Tarifa de cuotas del seguro "Mupiti Accidentes Plus". En vigor hasta 01/01/2017.

Apéndice 12. Tarifa de cuotas del seguro "Mupiti Protección".

Apéndice 13. Tarifa de cuotas del seguro "Mupiti Profesional".

Apéndice 14. Tarifa de cuotas del Seguro de Ahorro Bambú.

Apéndice 15. Tarifa de cuotas del seguro Mupiti Vida Préstamo.

Apéndice 16. Tarifa de cuotas del seguro Mupiti Vida Flexible.

Apéndice 17. Tarifa de cuotas del Seguro de Ahorro SecurCiti.

Apéndice 18. Tarifa de cuotas del Seguro "Mupiti Empresa".

Apéndice 19. Tarifa de cuotas del Seguro de Ahorro InverCiti.

Apéndice 20. Tarifa de cuotas y prestaciones del seguro "Previsión Social Complementaria Autónomos".

3. Las modificaciones que se han incorporado al presente Reglamento en cumplimiento de los acuerdos adoptados en la Asamblea General Extraordinaria de 22 de octubre de 2022, entrarán en vigor el 22 de octubre de 2022.