

REGLAMENTOS



ÍNDICE

TÍTULO I: Objeto. Condiciones Generales para tener derecho a las Prestaciones.....8

Artículo 1º Objeto..... 8

Artículo 2º Extensión y definiciones. 8

Artículo 3º Condiciones generales para tener derecho a las prestaciones. 8

Artículo 4º Cuotas de las prestaciones. 9

Artículo 5º. Pago de las prestaciones..... 9

Artículo 6º Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas 9

Artículo 7º. Deber de información 11

Artículo 8º. Adaptación a la Disposición Adicional 19ª del Real Decreto 8/2015..... 11

Artículo 9º. Responsabilidad de los mutualistas..... 14

TÍTULO II: Reglamento del Subsidio Económico de Incapacidad Transitoria.14

Artículo 1º Naturaleza del Subsidio..... 14

Artículo 2º. Definiciones 14

Artículo 3º Asegurados..... 14

Artículo 4º. Cuantía y cuotas del Subsidio..... 14

Artículo 5º. Beneficiarios del Subsidio..... 15

Artículo 6º. Requisitos para tener derecho a la prestación 15

Artículo 7º. Duración del derecho al Subsidio..... 16

Artículo 8º. Aprobación, denegación y suspensión del Subsidio..... 17

Artículo 9º. Cese del derecho al Subsidio..... 17

Artículo 10º. Riesgos Excluidos. 17

TÍTULO III: Reglamento del Subsidio Económico por Gastos de Defunción.....18

Artículo 1º. Naturaleza del Subsidio..... 18

Artículo 2º. Requisitos para acreditar el derecho a la prestación..... 18

Artículo 3º. Cuantía del Subsidio. 18

Artículo 4º. Beneficiarios del Subsidio..... 18

TÍTULO IV: Reglamento del Subsidio Económico de Incapacidad Profesional Parcial.18

Artículo 1º. Naturaleza del Subsidio..... 18

Artículo 2º. Definiciones 18

Artículo 3º. Asegurados..... 19

Artículo 4º. Cuantía y cuotas del Subsidio..... 19

Artículo 5º. Beneficiarios del Subsidio..... 19

Artículo 6º. Requisitos para tener derecho a la prestación 19

Artículo 7º. Duración del derecho al Subsidio..... 20

Artículo 8º. Cese del derecho al Subsidio..... 20

Artículo 9º. Riesgos Excluidos. 20

TÍTULO V: Reglamento del Subsidio Económico de Intervenciones Quirúrgicas.21

Artículo 1º. Naturaleza del Subsidio..... 21

Artículo 2º Definiciones 21

Artículo 3º Asegurados..... 21

Artículo 4º. Cuantía y cuotas del Subsidio..... 21

Artículo 5º. Requisitos para tener derecho a la prestación 22

TÍTULO VI: Reglamento del Subsidio Económico para Gastos de Hospitalización.....23

Artículo 1º. Naturaleza del Subsidio..... 23

Artículo 2º. Definiciones 23

Artículo 3º. Asegurados..... 23

Artículo 4º. Cuantía y cuotas del Subsidio..... 23

Artículo 5º. Requisitos para tener derecho a la prestación 24

Artículo 6º. Duración del derecho al Subsidio..... 24

Artículo 7º. Riesgos Excluidos 24

TÍTULO VII: Reglamento del Subsidio Económico por Gastos Médicos.....	25
Artículo 1º. Naturaleza del Subsidio.....	25
Artículo 2º. Definiciones.....	25
Artículo 3º. Asegurados.....	25
Artículo 4º. Cuantía y cuotas del Subsidio.....	25
Artículo 5º. Requisitos para tener derecho a la prestación.....	26
TÍTULO VIII: Reglamento de la Prestación "Ahorro Futuro".....	27
Artículo 1º. Objeto de la prestación.....	27
Artículo 2º. Definiciones.....	27
Artículo 3º. Duración de la cobertura, vencimiento.....	27
Artículo 4º. Asegurados.....	27
Artículo 5º. Error en la edad del asegurado.....	28
Artículo 6º. Cuotas.....	28
Artículo 7º. Beneficiarios.....	28
Artículo 8º. Valores garantizados.....	28
Artículo 9º. Incrementos de las prestaciones garantizadas por excedentes de rentabilidad.....	29
Artículo 10º. Ampliación de coberturas.....	30
Artículo 11º. Requisitos para el cobro de la prestación.....	30
Artículo 12º Prescripción.....	31
TÍTULO IX: Reglamento de la prestación de Muerte por Accidente.....	31
Artículo 1º. Naturaleza de la prestación.....	31
Artículo 2º. Cuantía y cuotas de la prestación.....	31
Artículo 3º. Accidente.....	32
Artículo 4º. Asegurados.....	32
Artículo 5º. Beneficiarios.....	32
Artículo 6º. Riesgos excluidos.....	32
Artículo 7º. Requisitos para causar derecho a las prestaciones.....	33
TÍTULO X: Reglamento de las Prestaciones Sociales.....	33
Artículo 1º. Naturaleza y denominación.....	33
Artículo 2º. Objeto.....	33
Artículo 3º. Beneficiarios.....	33
Artículo 4º. Requisitos y modalidades de las prestaciones sociales.....	34
Artículo 5º. Solicitud de las prestaciones.....	34
Artículo 6º. Estudio de la solicitud y propuesta de resolución.....	34
Artículo 7º. Resolución de las solicitudes.....	34
Artículo 8º. Recursos de la Sección.....	35
Artículo 9º. Prestaciones otorgadas.....	35
Artículo 10º. Contabilidad.....	35
Artículo 11º. Extinción.....	35
TÍTULO XII: Reglamento de la Prestación de Invalidez Permanente Total.....	35
Artículo 1º. Naturaleza del subsidio.....	35
Artículo 2º. Invalidez permanente total.....	35
Artículo 3º. Cuantía y cuotas del subsidio.....	36
Artículo 4º. Requisitos para tener derecho a la prestación.....	36
Artículo 5º. Asegurados.....	37
Artículo 6º. Aprobación, denegación y suspensión del subsidio.....	37
TÍTULO XIII: Reglamento del Seguro de Dependencia.....	37
Artículo 1º. Objeto de la prestación.....	37
Artículo 2º. Definiciones.....	37
Artículo 3º. Cuantía y cuotas de la prestación.....	37
Artículo 4º. Asegurados.....	38
Artículo 5º. Duración de la cobertura. Vencimiento.....	38
Artículo 6º. Pago de las cuotas.....	38
Artículo 7º. Prestación económica. Efecto y duración de la prestación. Extinción.....	38
Artículo 8º. Requisitos para tener derecho a la prestación.....	39

Artículo 9º. Período de carencia.....	39
Artículo 10º. Riesgos excluidos.....	39
Disposición Transitoria	39
Disposición Transitoria Segunda	40
TÍTULO XIV: Reglamento de la prestación Seguro de Salud.....	40
Sección 1ª Asistencia sanitaria.....	40
Artículo 1º. Preliminar.....	40
Artículo 2º. Definiciones.....	40
Artículo 3º. Objeto.....	41
Artículo 4º. Nacimiento de la relación de protegido.....	42
Artículo 5º. Prestaciones garantizadas.....	42
Artículo 6º. Acceso a las prestaciones.....	45
Artículo 7º. Asistencia practicada por servicios autorizados.....	46
Artículo 8º. Asistencia practicada por servicios no autorizados.....	47
Artículo 9º. Periodos de carencia.....	48
Artículo 10º. Franquicias.....	48
Artículo 11º. Riesgos excluidos.....	48
Artículo 12º. Extinción de la relación de protección.....	51
Artículo 13º. Cuotas.....	52
Artículo 14º. Modalidades de suscripción.....	52
Sección 2ª. Cobertura por prótesis.....	52
Artículo 1º. Regulación.....	52
Artículo 2º. Definiciones.....	52
Artículo 3º. Objeto.....	52
Artículo 4º. Nacimiento de la relación de protección.....	53
Artículo 5º. Acceso a las indemnizaciones garantizadas.....	53
Artículo 6º. Periodos de carencia.....	53
Artículo 7º. Exclusiones.....	53
Artículo 8º. Cuotas.....	55
Sección 3ª. Asistencia en Viaje:.....	55
Artículo 1º. Preliminar.....	55
Artículo 2º. Definiciones.....	55
Artículo 3º. Objeto.....	56
Artículo 4º. Descripción de la cobertura.....	56
Artículo 5º. Riesgos excluidos.....	58
Artículo 6º. Acceso a la cobertura.....	59
Artículo 7º. Reembolso económico por imposibilidad de prestación.....	59
Artículo 8º. Compatibilidad con otros seguros.....	60
Artículo 9º. Devolución de los billetes de transporte no utilizados.....	60
Artículo 10º. Cuotas.....	60
Artículo 11º. Deberes del asegurado.....	60
Artículo 12º. Periodo de cobertura.....	60
Artículo 14º. Comunicaciones.....	60
Sección 4ª. Asistencia Sanitaria Digital.....	61
Artículo 1º. Preliminar.....	61
Artículo 2º. Definiciones.....	61
Artículo 3º. Objeto.....	62
Artículo 4º. Nacimiento de la relación de protección.....	62
Artículo 5º. Descripción de la cobertura.....	62
Artículo 7º. Franquicias.....	63
Artículo 8º. Riesgos excluidos.....	63
Artículo 9º. Cuotas.....	64
Artículo 10º. Deberes del asegurado.....	64
Artículo 11º. Periodo de cobertura.....	64

Disposiciones comunes a todas las secciones.	64
Artículo 1º. Subrogación.	64
Artículo 2º. Comunicaciones.	64
Artículo 3º. Discrepancias.	65
Anexo:	65
Límites a la asistencia practicada por servicios autorizados.	65
Importes máximos de cobertura económica por contingencia proporcionada por un proveedor de la Mutua:	65
Importes máximos por asistencia de urgencia y asistencias no practicadas por servicios autorizados:	65
Periodos de carencia:	66
Periodos de carencia de la Sección 2ª Cobertura por Prótesis.	66
Disposición Transitoria:	66
Límites Máximos de indemnización por las prestaciones de pediatría y ginecología efectuadas por profesionales ajenos al Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados	66
TÍTULO XV: Reglamento del Plan de Previsión Asegurado "Ahorro"	69
Artículo 1º. Objeto de la prestación.	69
Artículo 2º. Definiciones.	69
Artículo 3º. Duración de la cobertura, vencimiento.	70
Artículo 4º. Asegurados.	70
Artículo 5º. Error en la edad del asegurado.	70
Artículo 6º. Aportaciones.	70
Artículo 7º. Beneficiarios.	71
Artículo 8º. Valores garantizados.	71
Artículo 9º. Supuestos excepcionales de liquidez y disposición anticipada	71
Artículo 10º. Incremento de las prestaciones garantizadas por excedentes de rentabilidad.	72
Artículo 11º. Movilización del ahorro acumulado	73
Artículo 12º. Ampliación de la cobertura.	73
Artículo 13º. Requisitos para el cobro de la prestación.	73
Artículo 14º. Prescripción	74
TÍTULO XVI: Reglamento del Seguro Temporal Renovable.....	75
Artículo 1º. Naturaleza de la prestación.	75
Artículo 2º. Cuantía y cuotas de la prestación.	75
Artículo 3º. Exclusiones.	75
Artículo 4º. Asegurados.	75
Artículo 5º. Beneficiarios.	75
Artículo 6º. Derecho de cancelación	76
Artículo 7º. Pago de cuotas.	76
Artículo 8º. Requisitos para causar derecho a la prestación.	76
Artículo 9º. Prescripción.	76
TÍTULO XVIII: Reglamento de la Prestación por Orfandad	77
Artículo 1º. Naturaleza de la prestación.	77
Artículo 2º. Cuantía y cuotas de la prestación.	77
Artículo 3º. Exclusiones	77
Artículo 4º. Asegurados.	77
Artículo 5º. Deber de información.	78
Artículo 6º. Requisitos para tener derecho a la prestación.	78
Artículo 7º. Valores garantizados.	78
Artículo 8º. Prescripción.	78
TÍTULO XIX. Reglamento del servicio de entierro.....	78
Artículo 1º. Definiciones	78
Artículo 2º. Personas que intervienen.	79
Artículo 3º. Objeto.	79
Artículo 4º. Garantía de Decesos.	79
Artículo 5º. Garantía de Asistencia Familiar.	81
Artículo 6º. Riesgos excluidos.	82
Artículo 7º. Perfección.	82

Artículo 8º. Duración.....	82
Artículo 9º. Cuotas.....	82
Artículo 10º. Bases.....	82
Artículo 11º. Obligaciones, Deberes y Facultades.....	83
Artículo 12º. Personas aseguradas.....	83
Artículo 13º. Períodos de carencia.....	83
Artículo 14º. Designación y cambio de beneficiarios.....	83
Artículo 15º. Ámbito territorial.....	83
Artículo 16º. Legislación y Jurisdicción competente.....	84
Artículo 17º. Prescripción de las acciones.....	84

TÍTULO XX: Reglamento del Subsidio Económico de Incapacidad Profesional y Hospitalaria 84

Artículo 1º. Naturaleza y concepto.....	84
Artículo 2º. Definiciones.....	84
Artículo 3º. Asegurados.....	85
Artículo 4º. Cuantía y cuotas del Subsidio.....	85
Artículo 5º. Requisitos para tener derecho a la prestación.....	85
Artículo 6º. Duración del derecho a la Prestación.....	86
Artículo 7º. Aprobación, denegación y suspensión.....	87
Artículo 8º. Cese del derecho.....	87
Artículo 9º. Periodos de Carencia.....	87
Artículo 10º. Riesgos Excluidos.....	88

TÍTULO XXI Reglamento de la prestación de Incapacidad Permanente Absoluta 88

Artículo 1º. Naturaleza de la prestación.....	88
Artículo 2º. Cuantía y cuotas de la Prestación.....	88
Artículo 3º. Duración de la Prestación.....	89
Artículo 4º. Asegurados.....	89
Artículo 5º. Requisitos para tener derecho a la prestación.....	89
Artículo 6º. Exclusiones.....	89
Artículo 7º. Valores garantizados.....	90
Artículo 8º. Prescripción.....	90

TÍTULO XXII: Reglamento de Renta de Viudedad..... 90

Artículo 1º. Preliminar.....	90
Artículo 2º. Definiciones.....	90
Artículo 3º. Naturaleza de la prestación.....	90
Artículo 4º. Cuantía de la prestación.....	90
Artículo 5º. Cuotas.....	91
Artículo 6º. Asegurados.....	91
Artículo 7º. Deber de información.....	91
Artículo 8º. Error en la edad.....	92
Artículo 9º. Requisitos para tener derecho a la prestación.....	92
Artículo 10º. Exclusiones.....	92
Artículo 11º. Valores garantizados.....	93
Artículo 12º. Prescripción.....	93

TÍTULO XXIII: Reglamento de Rentas Vitalicias..... 93

Artículo 1º. Preliminar.....	93
Artículo 2º. Definiciones.....	93
Artículo 3º. Naturaleza de la prestación.....	93
Artículo 4º. Cuantía de la prestación.....	94
Artículo 5º. Duración de la cobertura, vencimiento.....	94
Artículo 6º. Asegurados.....	95
Artículo 7º. Cuotas.....	95
Artículo 8º. Beneficiarios.....	95
Artículo 9º. Requisitos para el cobro de la prestación.....	95
Artículo 10º. Prescripción.....	96

TÍTULO XXIV: Reglamento de la prestación complementaria de Exoneración por Incapacidad Permanente Absoluta 96

Artículo 1º. Naturaleza de la prestación	96
Artículo 2º. Cuantía de la prestación	96
Artículo 3º. Importe de las cuotas	97
Artículo 4º. Duración de la Prestación	97
Artículo 5º. Asegurados.....	97
Artículo 6º. Requisitos para tener derecho a la prestación	97
Artículo 7º. Exclusiones	98
Artículo 8º. Valores garantizados.....	98
Artículo 9º. Prescripción	98

TÍTULO XXV: Reglamento de la Prestación Jubilación Autónomo..... 98

Artículo 1º. Objeto de la prestación.....	98
Artículo 2º. Definiciones	99
Artículo 3º. Duración de la cobertura, vencimiento.....	99
Artículo 4º. Asegurados.....	99
Artículo 5º. Actualización de la situación profesional del asegurado.....	99
Artículo 6º. Aportaciones	99
Artículo 7º. Beneficiarios	100
Artículo 8º. Valores garantizados	100
Artículo 9º. Derecho de disposición anticipada	101
Artículo 10º. Incrementos de las prestaciones garantizadas por excedentes de rentabilidad.....	102
Artículo 11º. Ampliación de coberturas.....	103
Artículo 12º. Requisitos para el cobro de la prestación.....	103
Artículo 13º. Prescripción	104

TÍTULO I: Objeto. Condiciones Generales para tener derecho a las Prestaciones

Artículo 1º Objeto.

El objeto de este Reglamento es regular las normas, los requisitos y las condiciones que regirán para la concesión, la denegación y la suspensión de las prestaciones mutuales que constituyen el ámbito asistencial y la acción protectora de ALTER MUTUA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LOS ABOGADOS DE CATALUÑA.

Artículo 2º Extensión y definiciones.

2.1 Las prestaciones que constituyen el cuadro de la Acción Protectora de la Mutua son:

- Subsidio económico de Incapacidad Transitoria
- Subsidio económico por Gastos de Defunción
- Subsidio económico de Incapacidad Profesional Parcial
- Subsidio económico por Intervenciones Quirúrgicas
- Subsidio económico por Gastos de Hospitalización
- Subsidio económico por Gastos Médicos
- Prestación "Ahorro Futuro"
- Prestación "Muerte por Accidente"
- Prestación de Invalidez Permanente Total
- Prestación de Dependencia
- Prestación de Seguro de Salud
- Plan de Previsión Asegurado Ahorro
- Seguro Temporal Renovable
- Prestación por Orfandad
- Servicio de Entierro
- Subsidio Económico de Incapacidad Profesional y Hospitalaria
- Prestación de Incapacidad Permanente Absoluta
- Prestación de Renta de Viudedad
- Prestación de Rentas Vitalicias
- Prestación complementaria de Exoneración por Incapacidad Permanente Absoluta

Asimismo, la Mutua podrá establecer cualquier otra prestación o servicio, de acuerdo con la normativa vigente, bien por sí misma, o mediante la concertación de convenios con otras aseguradoras públicas y privadas.

2.2 Definiciones:

2.2.1 Mutualista: Persona física o jurídica tomadora del seguro.

2.2.2 Asegurado: Persona física sobre quien recae el riesgo asegurador.

2.2.3 Beneficiario: Persona física que, legalmente determinada, tenga derecho a percibir la correspondiente prestación de la Mutua.

Artículo 3º Condiciones generales para tener derecho a las prestaciones.

- 1) Que el causante de la prestación tenga la condición de mutualista o asegurado debidamente inscrito y no haya causado baja de acuerdo con el artículo 14 de los Estatutos.
- 2) Que el mutualista, en el momento de causar la prestación, esté al corriente de todas las aportaciones y no haya sido suspendido de cobertura de acuerdo con el artículo 13 de los Estatutos.
- 3) Que el mutualista y el asegurado tengan cubiertos los períodos de carencia mínimos, a los que se condiciona el derecho a la prestación en cada uno de los Reglamentos de las mismas.
- 4) Que, por el mutualista, y si procede, por los asegurados, se cumplan todos los otros requisitos y condiciones que se establecen en los Reglamentos específicos de cada una de las prestaciones.
- 5) Que el mutualista y, si procede, los asegurados, hayan formalizado, firmado y presentado a la entidad todos los documentos de suscripción necesarios para tener derecho a las prestaciones.

- 6) Que el mutualista y, en su caso, los asegurados, hayan aportado todos los documentos que la Mutua considere necesarios, en cada caso, para acreditar el derecho a percibir las prestaciones. Se deberá ofrecer todo tipo de información en relación a las circunstancias del hecho causante de la prestación solicitada, con exactitud y veracidad en los hechos, comunicados y declaraciones que presente a la Mutua. En caso de incumplir esta obligación, la Mutua podrá desestimar el pago de las prestaciones correspondientes, de acuerdo con lo que se establezca en la normativa vigente.

Asimismo, si a lo largo del período de percepción de las prestaciones el mutualista o en su caso el asegurado se negara a realizar los reconocimientos o comprobaciones requeridos por la Mutua, se entenderá que renuncian expresamente al cobro de la prestación, quedando la Mutua liberada de su obligación.

Artículo 4º Cuotas de las prestaciones.

- 1) Para causar derecho a las diferentes prestaciones, los mutualistas deberán satisfacer las cuotas correspondientes establecidas para cada cobertura. La Mutua no podrá exigir ninguna cuota más que las que resulten de aplicar los Estatutos y los Reglamentos.
- 2) Si la primera cuota o derrama, no ha sido pagada por causa atribuible al mutualista, la Mutua tiene derecho a darle de baja de la prestación o a exigir el pago de la cuota no pagada por vía ejecutiva en base al documento de inscripción. La Mutua en caso de producirse un siniestro y aún no haya sido pagada la cuota, queda liberada de sus obligaciones.

En caso de falta de pago de las cuotas siguientes a la primera, la cobertura queda en suspenso un mes después del día de su vencimiento. Si la Mutua no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la cuota, se entiende que el seguro queda extinguido.

En cualquier caso, la Mutua, cuando la cobertura queda en suspenso, únicamente puede exigir el pago de la cuota del período de riesgo en curso.

- 3) Se establece la exención del pago de las cuotas del subsidio económico de Incapacidad Transitoria, subsidio económico de Incapacidad Profesional Parcial y subsidio económico por Gastos de Defunción, o en su caso, Servicio de Entierro para todos aquellos mutualistas que hayan cumplido los 78 años, que a la edad de 50 años ya ostentasen la condición de mutualista y con permanencia ininterrumpida durante los últimos 28 años como asegurados de estas prestaciones
- 4) En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del asegurado, la Mutua sólo podrá dejar sin efecto la cobertura si su verdadera edad, en el momento de la suscripción, excede los límites de edad previstos.

En caso de que, como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la cuota pagada sea inferior a la que correspondería satisfacer, la prestación se reducirá en proporción a la cuota pagada. Si, por el contrario, la cuota abonada es superior a la que se habría tenido que abonar, la Mutua restituirá el exceso de las cuotas percibidas, sin intereses.

Y si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prestación concertada fuera inferior a la que le correspondería satisfacer, la prestación se reduciría en proporción. En caso contrario, si la prestación concertada fuera superior, la prestación también aumentaría en proporción.

Artículo 5º. Pago de las prestaciones

Una vez aprobadas por la Junta Directiva, las prestaciones serán abonadas a los mutualistas, y en el caso que corresponda, al beneficiario designado en el Título de suscripción, dentro del mes natural siguiente a aquél en que se hayan devengado.

Artículo 6º Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas

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

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

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

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

Resumen de las normas legales

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

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

2. Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

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

2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (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.

Artículo 7º. Deber de información

Previamente a la inscripción, el asegurado deberá rellenar un cuestionario de salud y declarar todas las circunstancias personales conocidas que pudieran influir en la valoración o aceptación del riesgo. La Mutua podrá fijar las exclusiones que considere oportunas.

En cualquier caso el asegurado deberá cumplir con las condiciones de valoración de riesgo y el mutualista deberá encontrarse al corriente de sus obligaciones estatutarias.

Asimismo, el asegurado deberá informar durante la vigencia del seguro y tan pronto como sea posible a la Mutua, de la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas previamente por la Mutua en el momento del inicio de la cobertura, se hubieran establecido con condiciones especiales o el seguro no hubiera sido realizada.

No habrá obligación de informar de las variaciones de circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerará agravante del riesgo.

El Mutualista deberá comunicar de forma fehaciente a la Mutua los cambios de domicilio personal y los de domiciliación del pago de recibos.

Artículo 8º. Adaptación a la Disposición Adicional 19ª del Real Decreto 8/2015.

8.1. Todos los abogados colegiados que causen alta en Alter Mutua de los Abogados de Cataluña a partir del día 1 de enero de 2013 como opción alternativa al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA) deberán suscribir obligatoriamente, aquellas contingencias a cuyo riesgo estén expuestos de entre las prestaciones del cuadro de acción protectora de la Mutua que son: el subsidio económico por Incapacidad Profesional Hospitalaria, cobertura de Jubilación, la prestación de Incapacidad Permanente Absoluta, la prestación de orfandad y la prestación de Renta de Viudedad, todo ello de conformidad con lo requerido por la Disposición Adicional 19ª 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.

Las referidas prestaciones deberán suscribirse por cuantía no inferior a las cuantías mínimas fijadas a tal efecto en la Disposición Adicional 19ª del Real Decreto Legislativo 8/2015, de acuerdo con el artículo 33 de los Estatutos Sociales por el que se establece que el ámbito de la acción protectora lo definirá en cada momento la Junta Directiva.

No obstante, y con arreglo a lo dispuesto por la Disposición Adicional 19ª del Real Decreto Legislativo 8/2015, en el supuesto de que por la aplicación de la técnica aseguradora y por las condiciones de suscripción vigentes en aquel momento, la cuota a satisfacer a la Mutua por el solicitante fuera superior al límite establecido por la Disposición Adicional mencionada del 80 por ciento de la cuota que le correspondería del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, podrá libremente adaptar su suscripción de entre las prestaciones obligatorias al límite citado, sin que, en ningún caso, le suponga la pérdida de la condición alternativa.

El solicitante, de acuerdo con lo establecido en el artículo 12 de los Estatutos Sociales deberá cumplir las condiciones y requisitos que por afectar a la valoración del riesgo, se establezcan para las distintas prestaciones y tiene la obligación de ser veraz en las respuestas en los documentos de suscripción. El solicitante deberá comunicar sus circunstancias personales y familiares que incidan en la determinación de los riesgos a los que se halle expuesto y, por tanto, en la suscripción de las prestaciones definidas como opción alternativa al Régimen de Autónomos (RETA).

8.2. Para todos aquellos mutualistas que, a la fecha de 1 de enero de 2013 permanezcan en opción alternativa al Régimen de Autónomos (RETA) con Alter Mutua de los Abogados de Cataluña deberán adaptar su previsión personal a lo dispuesto en la Disposición Adicional 19ª del Real Decreto Legislativo 8/2015 y suscribir las prestaciones que no tengan contratadas de las detalladas en el punto primero de esta disposición.

A tal efecto, la Mutua, y antes de la fecha indicada, solicitará al mutualista que cumplimente una declaración donde conste el mantenimiento de la opción alternativa al RETA con Alter Mutua de los Abogados y las circunstancias personales y familiares que incidan en la necesaria suscripción de prestaciones.

En caso de que, por las condiciones de nueva suscripción de prestaciones, la cuota a satisfacer por el mutualista fuera superior al 80 por ciento de la cuota que le correspondería del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos, se adaptará su suscripción de prestaciones al límite citado, sin que, en ningún caso, le suponga la pérdida de la condición alternativa.

El incumplimiento de lo dispuesto en este precepto supondría la pérdida de la condición de mutualista en opción alternativa al Régimen de Autónomos (RETA).

8.3. Adaptación de los mutualistas en opción alternativa por la vía del 80 por ciento de la cuota mínima del RETA (vía importe de cuota) a los requerimientos derivados del Sistema de cotización al RETA definido por el Real Decreto-Ley 13/2022, de 26 de julio, por el cual se establece un nuevo sistema de cotización para los trabajadores por cuenta propia o autónomos y se mejora la protección por cese de actividad.

8.3.1 Todos los mutualistas que, en la fecha de 1 de enero de 2023 permanezcan alternativos al RETA por la vía importe de cuota se deberán encuadrar en uno de los tramos establecidos en las tablas generales o reducidas definidas en la Disposición transitoria primera del Real Decreto-Ley 13/2022, para determinar la cuota mínima del RETA que les correspondería en función de sus rendimientos netos y que constituirá la base de cálculo de la cuota alternativa que deberán aportar a la Mutua para cumplir con los requerimientos de alternatividad al RETA. El encuadramiento del mutualista en uno de los tramos establecidos en las tablas generales o reducidas definidas en la Disposición transitoria primera del Real Decreto-Ley 13/2022, se realizará en base a la declaración responsable formulada por el propio mutualista, siendo responsabilidad exclusiva del mutualista la pérdida de la condición de alternatividad derivada de la declaración de un encuadramiento no conforme a sus rendimientos netos reales.

8.3.2 Los mutualistas que causen alta en la Mutua como alternativa al RETA con la vía importe de cuota tendrán que comunicar, en el momento de la suscripción, el tramo de las tablas generales o reducidas vigentes, en el que se encuentran encuadrados en función de sus rendimientos netos.

En el momento de causar alta como mutualista alternativo al RETA, la cuota de las prestaciones contratadas de entre las obligatorias deberá ser igual o superior al 80 por ciento de la cuota mínima del RETA que corresponda al tramo de rendimientos netos comunicado por el sol solicitante del alta. No obstante, podrán ser de aplicación las reducciones de la cuota por inicio de actividad que pueda establecer el RETA.

8.3.3 Los mutualistas alternativos al RETA con la vía importe de cuota tendrán que comunicar a la Mutua cada año y antes de finalizar el primer semestre, el tramo de las tablas generales o reducidas vigentes, en el que estén encuadrados en función de sus rendimientos netos del ejercicio anterior, y que servirán de base para el cálculo de su cuota para el ejercicio en curso.

8.3.4 Una vez el mutualista haya comunicado el tramo de rendimientos netos de las tablas generales o reducidas vigentes en el que se encuentra encuadrado, la Mutua comprobará si la cuota que aporta como alternativa al RETA se ajusta al 80 por ciento de la cuota mínima del RETA establecida para este tramo.

Si la cuota alternativa al RETA que aporta a la Mutua es superior o igual al 80 por ciento de la cuota mínima del RETA que correspondería a su tramo de rendimientos netos, no se realizará ninguna adaptación.

Si la cuota alternativa al RETA que está aportando a la Mutua es inferior al 80 por ciento de la cuota mínima del RETA que correspondería a su tramo de rendimientos netos, se procederá a incrementar la cuota hasta alcanzar

el 80 por ciento de la cuota mínima. La adaptación de la cuota se realizará, en los siguientes meses a la comunicación, mediante el incremento de las aportaciones a la cobertura de jubilación.

En caso de que el mutualista no comunique el tramo de las tablas generales o reducidas en las que se encuentre encuadrado, se mantendrá el mismo tramo del año anterior y se le informará de las consecuencias en el supuesto de estar indebidamente encuadrado.

8.4. El mutualista, durante la vigencia de la opción alternativa, tiene el deber de informar cualquier circunstancia personal y familiar que pueda afectar a la contratación del conjunto de prestaciones, de obligada suscripción, para optar por Alter Mutua de los Abogados como alternativa al Régimen de Autónomos (RETA).

El no cumplimiento del deber de información por parte del mutualista exonera a la entidad frente a terceros y la inhabilita a él o a sus posibles beneficiarios a reclamar por la prestación no suscrita.

Alter Mutua revisará periódicamente el cumplimiento de los niveles de cobertura previstos en la Disposición Adicional 19ª y, si procede, realizará las adaptaciones necesarias que permitan mantener las previsiones establecidas en la Disposición citada.

8.5 La no suscripción o baja de cualquiera de las coberturas descritas y que conforman la acción protectora para los mutualistas con opción alternativa al Régimen de Autónomos (RETA) conlleva la pérdida de la condición alternativa.

El ejercicio por el mutualista de los derechos establecidos reglamentariamente de reducción, rescate, anticipo y movilización respecto de aquellas pólizas que configuren o hayan configurado la cobertura de jubilación en opción alternativa con carácter previo a su jubilación quedará condicionado a que, el nuevo capital constituido resultante una vez practicada la reducción, rescate, anticipo o movilización de cumplimiento a los mínimos fijados para la cobertura de jubilación según lo dispuesto en la Disposición Adicional 19ª del Real Decreto 8/2015.

8.6. Todos aquellos mutualistas que, además de la opción alternativa con Alter Mutua, tengan concertadas con otra mutualidad de previsión social alternativa al RETA las coberturas previstas en la Disposición Adicional 19ª, podrán mantener las coberturas suscritas siempre y cuando cumplan conjuntamente con los mínimos previstos en la Disposición Adicional citada. A tal efecto, el mutualista deberá cumplimentar una declaración donde conste el mantenimiento de esta situación.

8.7 Para suscribir la contingencia de jubilación el mutualista deberá contratar la prestación "Ahorro Futuro", según lo previsto en sus respectivos reglamentos. Así mismo, y en el supuesto de que el mutualista tenga contratada la prestación "Plan de Previsión Asegurado" sujeta a la jubilación alternativa, también le será de aplicación lo establecido en el presente artículo.

La edad inicial prevista de jubilación será los 67 años, salvo que el mutualista no manifieste en la declaración de suscripción correspondiente una de distinta y que, como mínimo, sea la edad de jubilación prevista legalmente.

En cualquier caso, la edad efectiva y real de jubilación será aquella en que el mutualista acceda efectivamente a esta situación y aporte a Alter Mutua la documentación pertinente.

Una vez alcanzada la edad de jubilación y producido el vencimiento de la prestación, el mutualista podrá optar libremente por percibir el capital constituido, o bien convertirlo en cualquiera de las modalidades de renta de jubilación que tenga en ese momento aprobada la entidad.

Si el mutualista, una vez alcanzada la edad de jubilación, manifestara su voluntad de percibir la prestación de jubilación sin haber transcurrido el mínimo de dos años para poder ejercer el correspondiente derecho a rescate, podrá percibir la provisión matemática constituida en aquella fecha siempre y cuando acredite el cese de su actividad profesional.

No podrán optar por percibir la prestación en forma de capital, aquellos mutualistas que, antes de llegar a la edad de jubilación prevista, tuvieran concertada la prestación de Renta de Viudedad y fuera vigente en el momento de producirse la misma.

8.8. Para todos aquellos mutualistas con opción alternativa al Régimen de Autónomos (RETA) que deban suscribir prestaciones, hasta ahora no contratadas, con carácter obligatorio, para cumplir expresamente los preceptos de la Disposición Adicional 19ª podrán no serle de aplicación las condiciones de selección de riesgos previstas estatutariamente y lo dispuesto en los reglamentos por lo que se refiere a la edad máxima de suscripción y períodos de carencia.

Artículo 9º. Responsabilidad de los mutualistas.

Con el fin de dar cumplimiento al Artículo 43.2 d) de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR), se incorpora a los presentes reglamentos de prestaciones la transcripción del artículo 17 de los Estatutos que textualmente establece:

“La responsabilidad de los mutualistas por razón de las deudas sociales no podrá superar en ningún caso la tercera parte de la suma de las cuotas que hayan satisfecho en los tres últimos ejercicios, independientemente de la cuota del ejercicio en curso”.

TÍTULO II: Reglamento del Subsidio Económico de Incapacidad Transitoria.

Artículo 1º Naturaleza del Subsidio.

Consistirá en una indemnización que se abonará al mutualista durante el período en el que permanezca en la situación de incapacidad transitoria, derivada de enfermedad, accidente o nacimiento de hijo o hija, que le imposibilite totalmente el ejercicio profesional de la abogacía o de la profesión o trabajo habitual.

También será indemnizable:

-La adopción de menor entendido como aquel proceso legal, psicológico y social que permite a la persona adoptada integrarse plenamente en el seno de una familia en la cual no ha nacido. La adopción siempre la constituirá un juez. Se asimila a la adopción, la medida de acogimiento preadoptivo como paso previo a la adopción que se constituirá más adelante por resolución judicial.

Será incompatible la indemnización por acogimiento preadoptivo con la percepción de la misma una vez producida la adopción definitiva.

-El cuidado de los menores de 18 años afectados por cáncer u otras enfermedades graves, que impliquen un ingreso hospitalario de larga duración que requieran, por parte del asegurado progenitor, adoptante o tutor, un cuidado directo, continuo y permanente durante la hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad. Se considerará así mismo como ingreso hospitalario de larga duración la continuación del tratamiento médico o el cuidado del menor en el domicilio después del diagnóstico y hospitalización por la enfermedad grave.

Serán beneficiarios del subsidio los mutualistas progenitores, adoptantes o tutores, que como consecuencia del cuidado del menor le prive totalmente del ejercicio de su trabajo habitual de manera directa, continua y permanente. En el caso de que ambas personas progenitores, adoptantes o tutores tuvieran derecho al subsidio, sólo se les podrá reconocer a una de ellas, con independencia del número de menores que estén afectados por cáncer u otra enfermedad grave y que requieran un cuidado directo continuo y permanente.

Artículo 2º. Definiciones

A efectos de este reglamento, se entiende por:

Fecha de efecto: Fecha de inicio de la cobertura de este subsidio

Data de vencimiento: Final del periodo de cobertura

Duración de la cobertura: Esta prestación se establece con una duración anual prorrogable

Anualidad de seguro: Periodo que va desde la fecha de efecto a la fecha de vencimiento. Siempre será inferior o igual al año. En caso de prórroga, periodo que va desde el inicio de la prórroga hasta el nuevo vencimiento.

Artículo 3º Asegurados

Podrán ser asegurados de esta prestación únicamente los mutualistas.

En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, serán asegurados las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, profesional o mercantil. En este supuesto, quien percibirá el subsidio será el asegurado.

Se establece como edad máxima para suscribir esta prestación que en el momento de efectuar la solicitud de la inscripción el asegurado no haya sobrepasado la edad de 50 años.

Artículo 4º. Cuantía y cuotas del Subsidio

4.1. La cuantía del subsidio se determinará añalmente a la Asamblea General del primer semestre del año.

Para los mutualistas menores de 65 años, a partir del día noventa y un de la acreditación del subsidio por una misma enfermedad o accidente, la Asamblea General determinará una cantidad complementaria a la indicada en el párrafo anterior. Esta cobertura complementaria es de suscripción voluntaria.

La Asamblea podrá fijar diferentes módulos de cuantía del subsidio, pudiendo suscribir uno o más de los módulos establecidos y solicitar la ampliación.

Las ampliaciones contratadas serán tratadas como una nueva suscripción, emitiéndose por parte de la Mutua los correspondientes suplementos del título de suscripción. La no aceptación de las condiciones particulares que se establezcan impedirá la ampliación de la prestación.

Las cuantías aprobadas por la Asamblea General serán de aplicación, mutualista a mutualista, a partir del vencimiento anual inmediatamente posterior a la fecha de aprobación y la cuota se adaptará a la nueva cantidad suscrita.

4.2. Las cuotas de esta prestación se han calculado en base a cuota anual con posibilidad de fraccionamiento mensual, sin que sea de aplicación ningún recargo por este concepto.

4.3. Los mutualistas incorporados por primera vez o reincorporados a la Mutua que tengan más de 35 años de edad al producirse la incorporación o reincorporación, tendrán derecho a la cuantía total del subsidio, si bien deberán cumplir la exigencia de homogeneidad de riesgos y aportaciones que se establece en el artículo 28.4 de los Estatutos, efectuando aportaciones adicionales de acuerdo con la edad que tengan en el momento de la incorporación, o reincorporación, de las características siguientes:

Un recargo sobre la cuota periódica vigente en cada momento, de la siguiente cuantía:

De los 36 a los 40 años de edad 20%

De los 41 a los 45 años de edad 40%

De los 46 a los 50 años de edad 60%

Artículo 5º. Beneficiarios del Subsidio

Serán beneficiarios del subsidio aquellos mutualistas que reúnan las condiciones generales que se regulan al artículo 3º. del Título I de estos Reglamentos para tener derecho a las prestaciones, y también las siguientes:

5.1. Que hayan sido incapacitados transitoriamente para el ejercicio de la abogacía, o bien de la profesión o trabajo habitual durante un periodo superior a los siete días, a causa de enfermedad, accidente o nacimiento de hijo o hija.

5.2. Que tengan una antigüedad mínima de seis meses en este subsidio cuando se produzca el hecho causante de la prestación, excepto si el hecho causante es el nacimiento de hijo o hija o la adopción, en el cual la antigüedad será de ocho meses.

5.3. En el caso del cuidado de menores de 18 años serán beneficiarios del subsidio los mutualistas progenitores, adoptantes o tutores, que como consecuencia del cuidado del menor le prive totalmente del ejercicio de su trabajo habitual.

En el caso de que ambas personas progenitoras, adoptantes o tutoras tuvieran derecho al subsidio, únicamente se podrá reconocer a una de ellas, con independencia del número de menores que estén afectados de cáncer u otra enfermedad grave y que requieran un cuidado directo continuo y permanente.

5.4. Que cumplan los requisitos que se establecen al artículo siguiente.

Artículo 6º. Requisitos para tener derecho a la prestación

6.1. Para tener derecho a la prestación, el asegurado hará falta:

6.1.1. Que esté ejerciendo, por cuenta propia o ajena, la abogacía o su profesión o trabajo habitual. A los efectos de acreditar esta situación, el mutualista deberá presentar la documentación de su alta censal vigente, certificado de alta en la Seguridad Social o documento equivalente.

6.1.2. Que presenten a las oficinas de la Mutua, dentro de los plazos establecidos al artículo siguiente, informe médico rellenado y firmado por el facultativo que lo asista, en el cual se detalle la afección que sufre.

Para el supuesto de adopción tendrá que presentar a las oficinas de la Mutua el justificante de la solicitud de adopción y acreditar mediante resolución administrativa o acto judicial la efectividad del inicio de la adopción.

Para los supuestos de nacimiento de hijo o hija y adopción se deberá presentar documentación acreditativa del cese temporal de la actividad profesional o laboral mientras permanezca la situación de incapacidad temporal

Para el supuesto del cuidado de menores, se tendrá que presentar la solicitud del progenitor, adoptante o tutor, donde tendrá que quedar acreditado por un facultativo de los servicios médicos responsable de la asistencia del menor, en el que se exprese la necesidad del cuidado del menor por encontrarse afectado de cáncer u otra enfermedad grave, que requiera ingreso hospitalario de larga duración y tratamiento continuado de la enfermedad, así como una declaración en la cual el solicitante haga constar que este cuidado le priva totalmente del ejercicio de su trabajo habitual.

6.1.3. Que presenten cada 30 días y mientras dure la situación de incapacitado comunicado médico de confirmación de incapacidad firmado por el médico que lo asista.

En el caso del cuidado de menores, tendrá que presentarse un comunicado de la confirmación de la enfermedad del menor cada 30 días.

6.1.4. Que se sometan a las visitas, revisiones y exámenes médicos que decida la Mutua.

6.1.5. En el caso del cuidado de menores, que el mutualista beneficiario del subsidio esté inscrito en la Mutua como opción alternativa al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social.

6.2. No se contará antigüedad en caso de accidente sufrido después de la incorporación, o de la reincorporación del mutualista

Artículo 7º. Duración del derecho al Subsidio

7.1. A cada uno de los procesos de incapacidad ocasionados por una misma enfermedad o accidente, el mutualista afectado tendrá derecho al Subsidio Económico de Incapacidad Transitoria durante el plazo máximo de trescientos cincuenta y ocho días.

7.2. Cuando una misma enfermedad o accidente sea causa de periodos discontinuos de incapacidad, el cómputo del plazo máximo que prevé el apartado 1) se hará sumando los diferentes periodos de incapacidad que se hayan sufrido. Sin embargo, el total de días computables por un mismo accidente o enfermedad, y de todos aquellos procesos que se deriven directamente, no excederá los 358 días.

Excepcionalmente, se podrá iniciar un nuevo periodo de duración máxima del subsidio (358 días) si el beneficiario ha permanecido en situación de alta médica o laboral, emitida por el facultativo correspondiente, durante un periodo ininterrumpido superior a 3 años.

7.3. El Subsidio se acredita desde el día octavo natural siguiente al del inicio de la incapacidad, si la solicitud de la prestación y el comunicado médico de baja se han registrado a las oficinas de la Mutua dentro del plazo de los siete días primeros de la incapacidad.

7.4. Si entre la fecha de inicio de la incapacidad y la del registro de la solicitud y comunicación médica a las oficinas de la Mutua hay más de 7 días naturales, el subsidio se acreditará desde el día del registro y nunca tendrá carácter retroactivo.

7.5. No se admitirá a trámite, ni será causa de derecho a subsidio, la situación de incapacidad que, a la presentación de la solicitud al registro de la Mutua, ya haya finalizado.

Si en un mismo período de baja médica, el asegurado presentara más de un motivo de incapacidad, se satisfará el subsidio contratado, únicamente por día de incapacidad, computando los diferentes motivos en el período que el asegurado se encontrara en esta situación.

7.6. Las anteriores disposiciones no serán aplicables en los supuestos de nacimiento de hijo o hija y adopción, los cuales darán derecho en cualquier caso a un subsidio único equivalente a cien días de incapacidad. Para tener derecho a este subsidio será requisito necesario solicitar la prestación dentro de los sesenta días naturales siguientes al parto o a la efectividad de la adopción.

En estos supuestos, no será de aplicación lo dispuesto en el art. 4.1 en relación a la cantidad complementaria para mutualistas menores de 65 años.

La percepción de la indemnización por nacimiento de hijo o hija, adopción, en su caso, lactancia, será incompatible con la percepción del subsidio diario a causa de enfermedad o accidente o por el supuesto del cuidado del menor.

7.7. En el caso del cuidado de menores de 18 años serán aplicables las anteriores disposiciones 7.1., 7.3., 7.4. 7.5 y 7.6.

Artículo 8º. Aprobación, denegación y suspensión del Subsidio

La Junta Directiva aprobará o denegará la solicitud y notificará su decisión al interesado, e indicará, en el supuesto de ser aprobatoria, la fecha de inicio de la acreditación y la cuantía. Si es denegatoria, se indicará la causa y los recursos que sean procedentes.

La Junta tiene la facultad de suspender el pago del subsidio cuando el mutualista incumpla sus obligaciones o se aprecie la transgresión de los preceptos que regulan la concesión de este derecho. La Junta Directiva acordará la reanudación del pago cuando se hayan compensado las anomalías y las omisiones motivadoras de la suspensión. El periodo de la suspensión y el de la interrupción nunca será deducible del plazo que se ha previsto al artículo anterior.

Artículo 9º. Cese del derecho al Subsidio

El cese del derecho al subsidio se producirá:

9.1. Por la finalización del proceso de incapacidad, por el alta médica presentada por el interesado o acordada por la Junta Directiva.

9.2. Por el agotamiento del plazo máximo de 358 días previsto al artículo 7º.

9.3. Por el reconocimiento al mutualista de la invalidez permanente.

9.4. En el caso del cuidado de menores el subsidio se extinguirá por:

- a) La reincorporación al trabajo de la persona beneficiaria.
- b) No existir la necesidad del cuidado directo continuo y permanente del menor debido a la mejora de su estado o alta médica por curación.
- c) Cumplir el menor 18 años.
- d) Muerte del menor.
- e) Muerte de la persona beneficiaria de la prestación.

9.5. Por la no concurrencia, durante el proceso, de cualquier de las condiciones generales, a las cuales se supedita la concesión de las prestaciones, de acuerdo con el artículo 3º del Título I y con aquello que este Título II dispone.

9.6. Por cese definitivo del ejercicio profesional de la abogacía o de la profesión o trabajo habitual por jubilación.

Artículo 10º. Riesgos Excluidos.

No tendrán derecho a cualquiera de las indemnizaciones descritas anteriormente las enfermedades originadas por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Reconocimientos sistemáticos y tratamientos estéticos o derivados de los mismos, siempre que no sean, en este último caso, por causa derivada de accidente o defecto congénito o reconstrucción mamaria por mastectomía.

-Patologías previas a la fecha de inscripción o derivadas de la valoración técnica de la declaración de salud.

-Patologías derivadas de autolesiones provocadas por el mismo asegurado.

-Patologías derivadas de causas no patológicas o de tratamientos producidos por estas mismas causas.

-Patologías ocasionadas por conductas o actos realizados con ánimo fraudulento en cuanto a la obtención de la prestación.

Disposición transitoria primera

Los asegurados inscritos en fecha 28 de abril de 2005 en la extinguida prestación de Baja Temporal para Beneficiarios permanecerán incluidos, con carácter personal, en el presente subsidio económico de Incapacidad Transitoria con las condiciones reguladoras que establece este reglamento.

TÍTULO III: Reglamento del Subsidio Económico por Gastos de Defunción.

Artículo 1º. Naturaleza del Subsidio.

Consistirá en el pago de una indemnización económica, por una sola vez y por una cantidad fija con motivo de la muerte del mutualista.

Artículo 2º. Requisitos para acreditar el derecho a la prestación.

Esta prestación la causarán, aquellos mutualistas en quienes concurren las condiciones generales para tener derecho a las prestaciones, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 3º del Título I de estos Reglamentos, y que tengan cubierto un período de carencia de seis meses cuando se produzca el hecho causante. En el supuesto de accidente no será necesario período de carencia.

No podrán suscribir esta prestación los solicitantes que en el momento de efectuar la inscripción sobrepasen los 50 años de edad.

El plazo para solicitar esta prestación es de seis meses desde la fecha de defunción.

Artículo 3º. Cuantía del Subsidio.

3.1 La cuantía del subsidio, la determinará anualmente la Asamblea General del primer semestre.

3.2 Los mutualistas incorporados por primera vez o reincorporados a la Mutua que tengan más de 35 años de edad al producirse la incorporación o reincorporación, tendrán derecho a la cuantía total del subsidio, si bien les será necesario el cumplimiento de la exigencia de homogeneidad de riesgos y aportaciones que se establece en el artículo 28.4 de los Estatutos, haciendo aportaciones adicionales de acuerdo con la edad que tengan en el momento de la incorporación, o reincorporación, de las características siguientes:

- Una cuota de entrada adicional que se calculará multiplicando el número de años del mutualista que exceda de 35 años, por un módulo en euros que fijará anualmente la Asamblea General.

- Un recargo sobre la cuota periódica vigente en cada momento, de la cuantía siguiente:

De los 36 a los 40 años de edad 20%
De los 41 a los 45 años de edad 40%
De los 46 a los 50 años de edad 60%

Artículo 4º. Beneficiarios del Subsidio.

Serán beneficiarios del subsidio aquellas personas, físicas o jurídicas, que acrediten el pago de los gastos de entierro o incineración.

En el caso que no se acrediten estos gastos tendrá derecho al cobro de la prestación la persona designada expresamente por el causante o en su defecto los que acrediten ser sus herederos.

Disposición transitoria:

Esta prestación queda a extinguir desde el uno de febrero del 2.003, manteniendo las condiciones establecidas en este reglamento hasta la plena extinción del censo de asegurados de este subsidio.

TÍTULO IV: Reglamento del Subsidio Económico de Incapacidad Profesional Parcial.

Artículo 1º. Naturaleza del Subsidio.

Consistirá en una indemnización económica que percibirá el mutualista durante el período en que se encuentre incapacitado a causa de enfermedad o accidente, que, sin constituir una incapacidad transitoria absoluta, le impida de forma sustancial el ejercicio profesional o trabajo habitual. También será indemnizable el período de lactancia derivado de nacimiento de hijo o hija o adopción.

Artículo 2º. Definiciones

A efectos de este reglamento, se entiende por:

Fecha de efecto: Fecha de inicio de la cobertura de este subsidio

Fecha de vencimiento: Final del periodo de cobertura

Duración de la cobertura: Esta prestación se establece con una duración anual prorrogable

Anualidad de seguro: Periodo que va desde la fecha de efecto a la fecha de vencimiento. Siempre será inferior o igual al año. En caso de prórroga, periodo que va desde el inicio de la prórroga hasta el nuevo vencimiento.

Artículo 3º. Asegurados

Podrán ser asegurados de esta prestación los mutualistas.

La suscripción a este subsidio se hará de forma conjunta con el subsidio económico de incapacidad transitoria.

En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, serán asegurados las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, profesional o mercantil. En este supuesto, quien percibirá el subsidio será el asegurado.

Se establece como edad máxima para suscribir esta prestación que en el momento de efectuar la solicitud de la inscripción el asegurado no haya sobrepasado la edad de 50 años.

Artículo 4º. Cuantía y cuotas del Subsidio

4.1. La cuantía de este subsidio se determinará anualmente por la Asamblea General del primer semestre del año.

La Asamblea podrá fijar diferentes módulos de cuantía del subsidio, pudiendo suscribir uno o más de los módulos establecidos y solicitar la ampliación.

Las ampliaciones contratadas serán tratadas como una nueva suscripción, emitiéndose por parte de la Mutua los correspondientes suplementos del título de suscripción. La no aceptación de las condiciones particulares que se establezcan impedirá la ampliación de la prestación.

La cuantía aprobada por la Asamblea General será de aplicación, mutualista a mutualista, a partir del vencimiento anual inmediatamente posterior a la fecha de aprobación y la cuota se adaptará a la nueva cantidad suscrita.

La cuantía del subsidio no podrá superar el 50% de la cuantía suscrita en el Subsidio económico de incapacidad transitoria.

4.2. Las cuotas de esta prestación se han calculado en base a cuota anual con posibilidad de fraccionamiento mensual, sin que sea de aplicación ningún recargo por este concepto.

4.3. Los mutualistas incorporados por primera vez o reincorporados a la Mutua que tengan más de 35 años al producirse la incorporación o reincorporación tendrán derecho a la cuantía total del subsidio, si bien les hará falta el desempeño de la exigencia de homogeneidad de riesgos y aportaciones que se establece al artículo 28.4. de los Estatutos, haciendo aportaciones adicionales de acuerdo con la edad que tengan en el momento de la incorporación o reincorporación, mediante un recargo sobre la cuota periódica vigente en cada momento de la cuantía siguiente:

De los 36 a los 40 años de edad 20%
De los 41 a los 45 años de edad 40%
De los 46 a los 50 años de edad 60%

Artículo 5º. Beneficiarios del Subsidio

Serán beneficiarios del subsidio los mutualistas que reúnan las condiciones generales que se regulan al artículo 3º del Título I de los Reglamentos para tener derecho a las prestaciones, y también aquellos:

5.1. Que hayan sido incapacitados, en la forma que se determina al artículo 1º, para ejercer la profesión o trabajo habitual durante un periodo superior a siete días por causa de una misma enfermedad o accidente.

5.2. Que estén inscritos al subsidio, como mínimo seis meses antes del hecho causante de la prestación, excepto si es derivado de la lactancia materna, que como mínimo será de ocho meses.

No se contará antigüedad en caso de accidente sufrido después de la incorporación o la reincorporación del mutualista.

5.3. Que cumplan los requisitos establecidos al artículo siguiente.

Artículo 6º. Requisitos para tener derecho a la prestación

Para tener derecho a la prestación, el asegurado hará falta:

6.1. Que esté ejerciendo, por cuenta propia o ajena, la abogacía o su profesión o trabajo habitual. A los efectos de acreditar esta situación, el mutualista tendrá que presentar la documentación de su alta censal vigente, certificado de alta en la Seguridad Social o documento equivalente.

6.2. Que presente en las oficinas de la Mutua, dentro de los plazos establecidos al artículo siguiente, un informe médico rellenado y firmado por el facultativo que lo asista, en el cual se detalle la afección que sufre.

6.3. Someterse a las visitas, revisiones y exámenes médicos que acuerde la Mutua.

Artículo 7º. Duración del derecho al Subsidio

7.1. En cualquiera de los procesos de incapacidad ocasionada por una misma enfermedad o accidente, el mutualista afectado tendrá derecho al subsidio durante un plazo máximo de ciento ochenta días, excepto en el caso del periodo de lactancia que será de setenta y cinco días.

La percepción de la indemnización por nacimiento de hijo o hija, adopción o, en su caso, lactancia, será incompatible con la percepción del subsidio diario a causa de enfermedad o accidente.

7.2. En el caso de haberse pagado alguna cantidad por aplicación de este subsidio, si el mutualista se viera nuevamente afectado por Incapacitado Profesional Parcial ocasionada por la misma causa u otros directamente relacionadas con la inicial, esta incapacidad se considerará a todos los efectos continuación del anterior. El cómputo total de días subsidiables por un mismo accidente o enfermedad, y de todos aquellos procesos que se deriven directamente, no excederá en ningún caso los ciento ochenta días. Excepcionalmente se podrá iniciar un nuevo periodo de duración máxima del subsidio (ciento ochenta días) si el beneficiario ha permanecido en situación de alta médica, emitida por el facultativo correspondiente, durante un periodo ininterrumpido superior a tres años.

7.3. El subsidio se acredita desde el día octavo natural siguiente al del inicio de la situación de incapacidad, si el informe médico de la baja se hubiera registrado a las oficinas de la Mutua dentro del plazo de los primeros siete días de la incapacidad.

Si el mutualista estuviera beneficiándose del subsidio económico de Incapacidad Transitoria, pero esta incapacidad dejará de ser total, la Junta Directiva podrá acordar el cese del derecho a percibir aquel subsidio y la percepción del subsidio definido a este Reglamento, el cual se devengará desde el día siguiente.

7.4. Si entre la fecha del inicio de la incapacidad y la del registro hubieran transcurrido más de siete días, el subsidio se acreditará, a los efectos de percepción, desde el día del registro y no tendrá carácter retroactivo.

7.5. No se admitirá a trámite ni causará derecho a subsidio la situación de incapacidad que, a la presentación de la solicitud para el Registro de la Mutua, ya hubiera finalizado.

7.6. Si en un mismo periodo de baja médica, el asegurado presentara más de una patología, se satisfará el subsidio contratado, únicamente por día de incapacidad, computando los diferentes diagnósticos en el periodo que el asegurado se encontrara en esta situación.

Artículo 8º. Cese del derecho al Subsidio

El cese del derecho al subsidio se producirá:

8.1. Por la finalización del proceso de incapacidad, por el alta médica presentada por el interesado o acordada por la Junta Directiva.

8.2. Por la percepción del subsidio económico de Incapacidad Transitoria.

8.3. Por el agotamiento del plazo máximo de 180 días previsto al artículo 7º

8.4. Por el reconocimiento al mutualista de la situación de invalidez permanente.

8.5. Por cese definitivo del ejercicio profesional de la abogacía o de la profesión o trabajo habitual por jubilación.

Artículo 9º. Riesgos Excluidos.

No tendrán derecho a cualquiera de las indemnizaciones descritas anteriormente las enfermedades originadas por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Reconocimientos sistemáticos y tratamientos estéticos o derivados de los mismos, siempre que no sean, en este último caso, por causa derivada de accidente o defecto congénito o reconstrucción mamaria por mastectomía.

-Patologías previas a la fecha de inscripción o derivadas de la valoración técnica de la declaración de salud.

-Patologías derivadas de autolesiones provocadas por el mismo asegurado.

-Patologías derivadas de causas no patológicas o de tratamientos producidos por estas mismas causas.

-Patologías ocasionadas por conductas o actos realizados con ánimo fraudulento en cuanto a la obtención de la prestación.

TÍTULO V: Reglamento del Subsidio Económico de Intervenciones Quirúrgicas.

Artículo 1º. Naturaleza del Subsidio.

Consistirá en una indemnización económica global, que el mutualista cobrará por las intervenciones quirúrgicas que le sean hechas a él o a cualquiera de sus asegurados.

Artículo 2º Definiciones

A efectos de este reglamento, se entiende por:

Fecha de efecto: Fecha de inicio de la cobertura de este subsidio

Fecha de vencimiento: Final del periodo de cobertura

Duración de la cobertura: Esta prestación se establece con una duración anual prorrogable

Anualidad de seguro: Periodo que va desde la fecha de efecto a la fecha de vencimiento. Siempre será inferior o igual al año. En caso de prórroga, periodo que va desde el inicio de la prórroga hasta el nuevo vencimiento.

Artículo 3º Asegurados

Podrán ser asegurados del subsidio de Intervenciones Quirúrgicas:

- El propio mutualista
- Los hijos del mutualista.
- El cónyuge del mutualista.
- Los padres del mutualista, si están a su cargo y conviven con el mutualista en el mismo domicilio. Si los padres están a su cargo pero no se da el requisito de convivencia, su inclusión como asegurados la decidirá, caso por caso, la Junta Directiva, a solicitud del mutualista.
- Cualquier otra persona que conviva con el mutualista y que se encuentre unida a él por vínculos familiares, de convivencia o laborales. En todos estos casos la inclusión como asegurados la decidirá la Junta Directiva, a solicitud del mutualista.
- En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, mercantil o profesional.

Se establece como edad máxima para suscribir o para ser asegurado de esta prestación que en el momento de efectuar la solicitud de la inscripción no se haya sobrepasado la edad de 50 años.

Se admitirán sin exclusiones todos los bebés si son inscritos como asegurados dentro de los 60 días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento, siempre que el mutualista tenga debidamente inscritos en esta prestación desde su nacimiento o desde el momento de la adscripción a la Mutua del mutualista todos los hijos nacidos con anterioridad, excepto cuando se trate del primer hijo.

Artículo 4º. Cuantía y cuotas del Subsidio

4.1. La cuantía del subsidio se fijará de acuerdo con la puntuación asignada a la intervención, según el baremo que se une como anexo a este Reglamento. La Junta Directiva podrá actualizar provisionalmente el baremo de acuerdo con la evolución de las técnicas médicas, con posterior ratificación por parte de la Asamblea General de mutualistas.

Los diagnósticos confirmados por un facultativo en una misma exploración o informe, y que se contemplen en el baremo con el mismo código, se pagarán una sola vez independientemente de su localización.

Cuando en un mismo acto y por una misma operación quirúrgica se realicen varias intervenciones, la indemnización se determinará valorando en su totalidad la intervención que tenga una puntuación más alta en el baremo de puntos, y las otras, en un 50% de su respectivo valor según la puntuación que los corresponda.

La Asamblea General de la Mutua fijará añalmente el importe unitario del "punto".

La Junta Directiva podrá desarrollar fórmulas encaminadas a ofrecer, como sustitución o como complemento de la indemnización, la prestación equivalente global del servicio necesario para atender médicamente el acto a realizar.

El importe unitario del "punto" aprobado por la Asamblea General será de aplicación, mutualista a mutualista, a partir del vencimiento anual inmediatamente posterior a la fecha de aprobación y la cuota se adaptará a la nueva cantidad suscrita.

4.2. Las cuotas de esta prestación se han calculado en base a cuota anual con posibilidad de fraccionamiento mensual, sin que sea de aplicación ningún recargo por este concepto.

4.3. Los mutualistas incorporados por primera vez o reincorporados a la Mutua que tengan más de 35 años al producirse la incorporación o reincorporación tendrán derecho a la cuantía total del subsidio, si bien les hará falta el desempeño de la exigencia de homogeneidad de riesgos y aportaciones que se establece al artículo 28.4. de los Estatutos, haciendo aportaciones adicionales de acuerdo con la edad que tengan en el momento de la incorporación o reincorporación, mediante un recargo sobre la cuota periódica vigente en cada momento de la cuantía siguiente:

De los 36 a los 40 años de edad 20%

De los 41 a los 45 años de edad 40%

De los 46 a los 50 años de edad 60%

Artículo 5º. Requisitos para tener derecho a la prestación

Para tener derecho a la prestación será necesario que concurren en el mutualista las condiciones generales de acuerdo con aquello que regula el artículo 3º del Título I de estos Reglamentos, y también las siguientes:

5.1. Que, en el momento de producirse la intervención quirúrgica, el mutualista tenga una antigüedad mínima de seis meses en este Subsidio, y si la intervención afecta a un asegurado, este figure inscrito en este Subsidio y con esta condición, como mínimo, seis meses antes de la intervención, excepto si la intervención es consecuencia de un accidente sufrido posteriormente a su inscripción.

En el caso de los bebés no será necesario que tengan la antigüedad mínima de seis meses si son inscritos como asegurados, dentro de los 60 días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento.

5.2. Que, en el momento de producirse la intervención quirúrgica, practicada como consecuencia de embarazo o de parto, la interesada tenga una antigüedad en este Subsidio como mutualista o como asegurada de ocho meses.

5.3. Que solicite el subsidio dentro del plazo de 60 días naturales siguientes a la fecha en la cual le fue practicada la intervención quirúrgica.

5.4. Que se adjunte documentación acreditativa de la certeza y de las circunstancias de la intervención quirúrgica.

5.5. Los periodos de carencia no tendrán efecto si la intervención es consecuencia de un accidente sufrido con posterioridad a la inscripción, o reincorporación del mutualista o de sus asegurados.

5.6. No podrán disfrutar de esta indemnización las intervenciones quirúrgicas producidas por tratamientos estéticos o derivados de los mismos, siempre que no sean por causa de accidente o defecto congénito, a excepción de la remodelación mamaria por mastectomía previa y reconstrucción bilateral. Tampoco podrán disfrutar de esta indemnización los actos derivados de patologías previas a la fecha de inscripción de la prestación.

TÍTULO VI: Reglamento del Subsidio Económico para Gastos de Hospitalización.

Artículo 1º. Naturaleza del Subsidio.

Consistirá en una cantidad económica fija que el mutualista percibirá por una sola vez, por el período de permanencia en clínica u hospital, de él mismo o de cualquiera de sus asegurados, que esté motivada por una intervención quirúrgica, procesos de enfermedad, tratamiento psiquiátrico o accidente.

Artículo 2º. Definiciones

A efectos de este reglamento, se entiende por:

Fecha de efecto: Fecha de inicio de la cobertura de este subsidio

Fecha de vencimiento: Final del periodo de cobertura

Duración de la cobertura: Esta prestación se establece con una duración anual prorrogable

Anualidad de seguro: Periodo que va desde la fecha de efecto a la fecha de vencimiento. Siempre será inferior o igual al año. En caso de prórroga, periodo que va desde el inicio de la prórroga hasta el nuevo vencimiento.

Artículo 3º. Asegurados

Podrán ser asegurados del subsidio de Gastos de Hospitalización:

- El propio mutualista
- Los hijos del mutualista.
- El cónyuge del mutualista.
- Los padres del mutualista, si están a su cargo y conviven con el mutualista al mismo domicilio. Si los padres están a su cargo, pero no se da el requisito de convivencia, su inclusión como asegurados la decidirá, caso por caso, la Junta Directiva, a solicitud del mutualista.
- Cualquier otra persona que conviva con el mutualista y que se encuentre unida a él por vínculos familiares, de convivencia o laborales. En todos estos casos la inclusión como asegurados la decidirá la Junta Directiva, a solicitud del mutualista.
- En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, mercantil o profesional.

Se establece como edad máxima para suscribir o para ser asegurado de esta prestación que en el momento de efectuar la solicitud de la inscripción no se haya sobrepasado la edad de 50 años.

Se admitirán sin exclusiones todos los bebés si son inscritos como asegurados dentro de los 60 días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento, siempre que el mutualista tenga debidamente inscritos en esta prestación desde su nacimiento o desde el momento de la adscripción a la Mutua del mutualista todos los hijos nacidos con anterioridad, excepto cuando se trate del primer hijo.

Artículo 4º. Cuantía y cuotas del Subsidio

4.1 La cuantía diaria del subsidio por cada 24 horas de internamiento se determinará anualmente en la Asamblea General del primer semestre del año.

El importe del subsidio se duplicará durante la estancia en unidades de "semi-críticos" y se triplicará durante la estancia en la "Unidad de Cuidados Intensivos".

El importe diario aprobado por la Asamblea General será de aplicación, mutualista a mutualista, a partir del vencimiento anual inmediatamente posterior a la fecha de aprobación y la cuota se adaptará a la nueva cantidad suscrita.

4.2. Las cuotas de esta prestación se han calculado en base a cuota anual con posibilidad de fraccionamiento mensual, sin que sea de aplicación ningún recargo por este concepto.

4.3. Los mutualistas incorporados por primera vez o reincorporados a la Mutua que tengan más de 35 años al producirse la incorporación o reincorporación tendrán derecho a la cuantía total del subsidio, si bien les hará falta el desempeño de la exigencia de homogeneidad de riesgos y aportaciones que se establece al artículo 28.4. de

los Estatutos, haciendo aportaciones adicionales de acuerdo con la edad que tengan en el momento de la incorporación o reincorporación, mediante un recargo sobre la cuota periódica vigente en cada momento de la cuantía siguiente:

De los 36 a los 40 años de edad 20%
De los 41 a los 45 años de edad 40%
De los 46 a los 50 años de edad 60%

Artículo 5º. Requisitos para tener derecho a la prestación

Para tener derecho a la prestación será necesario que concurran en el mutualista las condiciones generales de acuerdo con aquello que regula el artículo 3º del Título I de estos Reglamentos, y también las siguientes:

5.1. Que, en el momento de producirse el internamiento en clínica o hospital, el mutualista tenga una antigüedad mínima de seis meses en este Subsidio, y si la intervención afecta a un asegurado, este figure inscrito en este Subsidio y con esta condición, como mínimo, seis meses antes de la intervención, excepto si la intervención es consecuencia de un accidente sufrido posteriormente a su inscripción.

En el caso de los bebés no será necesario que tengan la antigüedad mínima de seis meses si son inscritos como asegurados, dentro de los 60 días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento.

5.2. Si el internamiento se produce como consecuencia de embarazo o parto, la interesada tenga una antigüedad en este Subsidio de ocho meses.

5.3. Que solicite el subsidio dentro del plazo de 60 días naturales siguientes a la fecha del alta hospitalaria, siempre que no hayan pasado más de 120 días des del inicio.

Artículo 6º. Duración del derecho al Subsidio

En cada uno de los periodos de permanencia en clínica u hospital, los asegurados afectados tendrán derecho al subsidio por un periodo máximo de noventa días de estancia por año.

En cualquier caso, ya sea de una forma consecutiva o en periodos diferentes, no se podrá percibir el subsidio por un periodo superior al indicado en el párrafo anterior.

Artículo 7º. Riesgos Excluidos

No podrán disfrutar de cualquiera de las indemnizaciones descritas anteriormente los ingresos hospitalarios originados por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Internamientos producidos por patologías orgánicas, psíquicas o toxicomanías adquiridas con anterioridad a la suscripción.

- Patologías previas a la fecha de inscripción a la prestación o derivadas de la valoración técnica de la declaración de salud.

- Patologías derivadas de autolesiones provocadas por el propio asegurado.

- Las enfermedades derivadas de causas no patológicas o de tratamientos producidos por estas mismas causas.

- Las patologías ocasionadas por conductas o actos realizados con ánimo fraudulento en cuanto a la obtención de la prestación.

Tampoco dispondrán de cobertura:

- Internamientos para diagnósticos y reconocimientos sistemáticos, curas de reposo, periodos de aislamiento, y para tratamientos estéticos o derivados de los mismos, siempre que no sean, en este último caso, por causa derivada de accidente o defecto congénito a excepción de la reconstrucción mamaria por mastectomía previa y reconstrucción bilateral.

- Estancias en residencias geriátricas, centros en régimen sociosanitario o ingresos domiciliarios.

TÍTULO VII: Reglamento del Subsidio Económico por Gastos Médicos.

Artículo 1º. Naturaleza del Subsidio

Consistirá en una cantidad económica global y única que se abonará al mutualista, por una sola vez y conforme a un baremo preestablecido, para contribuir a los gastos económicos estimados que se le origine a él mismo o a cualquiera de sus asegurados.

Artículo 2º. Definiciones

A efectos de este reglamento, se entiende por:

Fecha de efecto: Fecha de inicio de la cobertura de este subsidio

Fecha de vencimiento: Final del periodo de cobertura

Duración de la cobertura: Esta prestación se establece con una duración anual prorrogable

Anualidad de seguro: Periodo que va desde la fecha de efecto a la fecha de vencimiento. Siempre será inferior o igual al año. En caso de prórroga, periodo que va desde el inicio de la prórroga hasta el nuevo vencimiento.

Artículo 3º. Asegurados

Podrán ser asegurados del subsidio de Gastos Médicos:

- El propio mutualista
- Los hijos del mutualista.
- El cónyuge del mutualista.
- Los padres del mutualista, si están a cargo suyo y conviven con el mutualista al mismo domicilio. Si los padres están a cargo suyo, pero no se da el requisito de convivencia, su inclusión como asegurados la decidirá, caso por caso, la Junta Directiva, a solicitud del mutualista.
- Cualquier otra persona que conviva con el mutualista y que se encuentre unida a él por vínculos familiares, de convivencia o laborales. En todos estos casos la inclusión como asegurados la decidirá la Junta Directiva, a solicitud del mutualista.
- En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, mercantil o profesional.

Se establece como edad máxima para suscribir o para ser asegurado de esta prestación que en el momento de efectuar la solicitud de la inscripción no se haya sobrepasado la edad de 50 años.

Se admitirán sin exclusiones todos los bebés si son inscritos como asegurados dentro de los 60 días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento, siempre que el mutualista tenga debidamente inscritos en esta prestación desde su nacimiento o desde el momento de la adscripción a la Mutua del mutualista todos los hijos nacidos con anterioridad, excepto cuando se trate del primer hijo.

Artículo 4º. Cuantía y cuotas del Subsidio

4.1. La cuantía del Subsidio por Gastos Médicos se fijará de acuerdo con la puntuación asignada a la enfermedad, según el baremo que se une como anexo a este Reglamento.

Cuando la enfermedad sufrida por el mutualista o cualquiera de sus asegurados sea de carácter crónico, el derecho al Subsidio será por una sola vez, sin perjuicio de las patologías diferentes que se deriven de la misma.

Los diagnósticos confirmados por un facultativo en una misma exploración o informe, y que se contemplen en el baremo con el mismo código, se pagarán una sola vez independientemente de su localización.

La Asamblea General del primer trimestre del año fijará anualmente el importe unitario del “punto”.

El importe aprobado por la Asamblea General será de aplicación, mutualista a mutualista, a partir del vencimiento anual inmediatamente posterior a la fecha de aprobación y la cuota se adaptará a la nueva cantidad suscrita.

4.2. Las cuotas de esta prestación se han calculado en base a cuota anual con posibilidad de fraccionamiento mensual, sin que sea de aplicación ningún recargo por este concepto.

4.3. Los mutualistas incorporados por primera vez o reincorporados a la Mutua que tengan más de 35 años al producirse la incorporación o reincorporación tendrán derecho a la cuantía total del subsidio, si bien les hará falta el desempeño de la exigencia de homogeneidad de riesgos y aportaciones que se establece al artículo 28.4. de los Estatutos, haciendo aportaciones adicionales de acuerdo con la edad que tengan en el momento de la incorporación o reincorporación, mediante un recargo sobre la cuota periódica vigente en cada momento de la cuantía siguiente:

De los 36 a los 40 años de edad 20%

De los 41 a los 45 años de edad 40%

De los 46 a los 50 años de edad 60%

Artículo 5º. Requisitos para tener derecho a la prestación

Para tener derecho a la prestación será necesario que concurran en el mutualista las condiciones generales de acuerdo con aquello que regula el artículo 3º del Título I de estos Reglamentos, y también las siguientes:

5.1. Que, en el momento de producirse la enfermedad, el mutualista tenga una antigüedad mínima de seis meses en este Subsidio, y si la enfermedad afecta a un asegurado, este figure inscrito en este Subsidio y con esta condición, como mínimo, seis meses antes del inicio de esta.

En el caso de los bebés no será necesario que tengan la antigüedad mínima de seis meses si son inscritos como asegurados, dentro de los 60 días naturales siguientes a la fecha de su nacimiento.

5.2. Que solicite el subsidio dentro del plazo de 60 días naturales siguientes a la fecha del diagnóstico de la enfermedad.

5.3. Presentar en las oficinas de la Mutua un informe médico cumplimentado y firmado por el facultativo que le asista, en el cual se detalle la afectación que padece.

5.4. Los períodos de carencia no serán necesarios si la enfermedad es consecuencia de un accidente sufrido con posterioridad a la inscripción o reincorporación del mutualista o de sus asegurados.

No podrán disfrutar de esta indemnización las enfermedades originadas por cualquiera de las circunstancias siguientes:

5.4.1 Diagnósticos y reconocimientos sistemáticos, tratamientos estéticos o derivados de los mismos, siempre que estos últimos no sean por causas derivadas de accidente o defectos congénitos.

5.4.2 Patologías orgánicas, psíquicas o toxicomanías adquiridas con anterioridad a la suscripción de este subsidio.

Disposición Transitoria:

Para todo el censo de asegurados vigentes a 17 de junio de 2010, se le mantendrá las coberturas referentes a la adopción en el redactado vigente en aquella fecha del subsidio económico por Gastos Médicos y Adopciones y que ha sido objeto de modificación. Las condiciones reguladoras serán:

a) Naturaleza del subsidio: Consistirá en una cantidad económica global y única que se satisfará al mutualista de una sola vez y conforme al baremo preestablecido para contribuir al hecho de la adopción de un menor.

b) Cuantía del subsidio: La cuantía del subsidio se otorgará por unidad familiar, según el baremo que se une como anexo de este Reglamento.

c) Requisitos para tener derecho a la prestación:

- La persona asegurada será necesario que tenga una antigüedad mínima de ocho meses en este subsidio anteriores a la fecha de solicitud de la adopción.

- Deberá presentar en las oficinas de la Mutua el justificante de la adopción y acreditar mediante resolución administrativa o acta judicial la efectividad del inicio de la adopción.

- No se podrá percibir esta prestación en el supuesto que se haya presentado la solicitud por el subsidio económico de Incapacidad Transitoria por la causa de adopción.

TÍTULO VIII: Reglamento de la Prestación "Ahorro Futuro"

Artículo 1º. Objeto de la prestación

Mediante esta prestación, el asegurado o beneficiario tendrá derecho a los capitales determinados en el Título correspondiente, con base en las siguientes especificaciones:

1.1 En caso de supervivencia:

Al alcanzar el asegurado la edad de jubilación, se le abonará el capital garantizado con los incrementos que, en su caso, se hayan producido hasta aquel momento.

La prestación se podrá percibir en forma de capital o mediante la transformación en cualquiera de las modalidades de renta aprobadas por la Entidad en cada momento.

1.2 En caso de muerte del asegurado antes del vencimiento:

Se abonará al beneficiario designado de acuerdo con el artículo 7º, una indemnización por defunción igual a la provisión matemática que correspondiera en el momento en que se produzca la muerte.

1.3 En el Título de Suscriptor se detallarán por periodos anuales los valores garantizados de ahorro u defunción, de acuerdo con las bases técnicas actuariales vigentes en cada momento.

Artículo 2º. Definiciones.

2.1 Edad: A los efectos de la determinación de la cuota, se computará como edad la que corresponda al aniversario más próximo del asegurado, tanto por defecto como por exceso.

2.2 Título de Suscriptor: Es el documento en que se expresan las especificaciones de la cobertura. Deberá contener la concreción de las prestaciones, sumas garantizadas y cuotas correspondientes, así como también la identificación del asegurado y, en caso necesario, de los beneficiarios.

La Mutua emitirá cada año, cuando haya reparto de beneficios, los correspondientes anexos al título con los valores garantizados por el citado incremento.

Artículo 3º. Duración de la cobertura, vencimiento.

La cobertura de esta prestación estará en vigor siempre que se satisfagan las cuotas correspondientes, si bien se tomará en consideración lo establecido en el artículo 6.2 de este Reglamento para la situación de capital reducido.

La extinción de la cobertura se producirá automáticamente en el momento de llegar al vencimiento. También se extinguirá por muerte del asegurado, y en caso de rescate.

Artículo 4º. Asegurados

Podrán ser asegurados de esta prestación:

4.1 El mutualista

4.2 Los hijos del mutualista.

4.3 El cónyuge del mutualista.

4.4 Los padres del mutualista si están a su cargo y conviven con el mutualista en el mismo domicilio.

Si los padres están a su cargo, pero no se cumple el requisito de convivencia, su inclusión como asegurados la decidirá, caso por caso, la Junta Directiva, a petición del mutualista.

4.5 Cualquier otra persona que conviva con el mutualista y que se encuentre unida a él por vínculos familiares, de convivencia o laborales. En todos estos casos la inclusión como asegurados la decidirá la Junta Directiva, a petición del mutualista.

4.6 En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, serán asegurados las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, profesional o mercantil. En este caso el asegurado será quien designará o modificará a la designación de beneficiarios.

Artículo 5º. Error en la edad del asegurado.

Si la edad resultara superior a la declarada, la prestación se ajustará automáticamente a la que correspondería con la cuota que se estuviera abonando.

Si la edad fuera inferior a la declarada, la Mutua devolverá el exceso de cuota cobrada sin intereses.

Artículo 6º. Cuotas.

6.1 Fijación, importe y frecuencia.

Las cuotas correspondientes a esta prestación se fijan de acuerdo con las técnicas actuariales de capitalización individual. Las cuotas se podrán fijar sobre la base de tres modalidades: única, constante y creciente.

Las cuotas han sido establecidas sobre la base anual y se abonan por anticipado en la fecha de efecto y sucesivos aniversarios. No obstante, la base de pago anual, las cuotas periódicas podrán fraccionarse, por meses, trimestres o semestres, siempre con pago anticipado dentro de cada período. En estos casos, la Mutua podrá fijar los correspondientes recargos.

En caso de defunción del asegurado, la Mutua procederá a liquidar contra la prestación correspondiente, las cuotas pendientes de pago para la anualidad en curso.

6.2 Impago de cuotas

Si la primera cuota no ha sido satisfecha por causa imputable al mutualista, la Mutua tiene derecho a resolver en cualquier momento la prestación, quedando liberada de sus obligaciones de acuerdo con el artículo 4.2 del Título I de los Reglamentos.

Es condición indispensable para causar derecho a las prestaciones establecidas, que el mutualista esté al corriente en el pago de las cuotas. En los casos de capital reducido o cuotas únicas se entiende que el mutualista está al corriente de pago respecto a las prestaciones garantizadas por reducción o por prestación inicial de cuota única, respectivamente.

En caso de falta de pago de la segunda cuota o sucesivas, las coberturas garantizadas quedarán suspendidas un mes después del día de su vencimiento.

Cuando la cobertura queda en suspenso, la Mutua únicamente puede exigir el pago de la cuota del período de riesgo en curso, excepto en el caso de muerte, que se deberá satisfacer la totalidad de la cuota pendiente de la anualidad en curso, de acuerdo con el punto 1 de este artículo.

Después del segundo año de vigencia de la suscripción, la falta de pago de cuotas sucesivas producirá la reducción del capital garantizado en la forma prevista en el artículo 8.1.

Artículo 7º. Beneficiarios.

En caso de vida, el beneficiario es siempre el propio asegurado.

En caso de muerte, serán beneficiarios de la indemnización que corresponda satisfacer, las personas designadas por el mutualista. De no existir designación expresa, la Mutua reconocerá como beneficiarios los herederos legales a partes iguales.

En el tiempo de vigencia de la cobertura, el mutualista podrá designar beneficiario o modificar la designación efectuada. La designación se podrá hacer constar en el Título, en una posterior declaración escrita y fehaciente a la Mutua o bien expresamente en testamento. La revocación deberá hacerse en cualquiera de las formas establecidas para la designación.

En caso de designación de más de un beneficiario, la prestación se distribuirá entre todos ellos a partes iguales, excepto cuando el mutualista hubiera fijado otro criterio de distribución.

En caso de que el mutualista y el asegurado sean personas distintas, el mutualista podrá designar o modificar la designación de beneficiarios con el consentimiento expreso del asegurado.

Artículo 8º. Valores garantizados.

Una vez transcurridos dos años desde el inicio de la cobertura, esta prestación da derecho a rescate, reducción y anticipo, en las condiciones que seguidamente se especifican. No se establecen valores de rescate ni de reducción en los dos primeros años de vigencia de la cobertura.

8.1 Valor reducido.

El mutualista tiene derecho a solicitar a la Mutua que su prestación quede en un valor reducido, salvo si ha renunciado a esta facultad expresamente y por escrito en favor del asegurado.

La prestación reducida se obtiene aplicando el valor de rescate en el momento de la reducción como cuota única para liberar al mutualista del pago de las cuotas de vencimientos posteriores a la fecha de reducción. La prestación adopta, desde el momento de la reducción, las características específicas de la prestación de cuota única.

El capital garantizado quedará automáticamente como valor reducido transcurrido el plazo de 60 días desde el momento en que el mutualista deje de satisfacer a su vencimiento la correspondiente cuota.

La suscripción mediante cuota única no tiene valor de reducción.

8.2 Valor de rescate.

El mutualista, transcurridos 2 años de vigencia, tiene derecho a solicitar a la Mutua el rescate de la prestación, salvo si ha renunciado a esta facultad expresamente y por escrito en favor del asegurado, si se cumplen alguna de las circunstancias siguientes:

- a) Baja como mutualista de la entidad.
- b) Cese de la actividad profesional.
- c) Baja del colegio de abogados correspondiente.
- d) Cualquier otra causa que, por la especial relevancia de la misma, así lo acordara la Junta Directiva, a petición del propio mutualista.

El valor de rescate corresponde al de la provisión matemática en el momento del ejercicio del derecho.

8.3 Anticipos.

A solicitud del mutualista, o del asegurado si éste tiene la facultad de solicitar el rescate, la Mutua podrá avanzar cantidades a título de préstamo a cuenta de la suma garantizada, hasta el importe del valor de rescate que correspondiera en el momento de la solicitud, de acuerdo con lo expresado en el punto 2 de este artículo. Los intereses que devengue el préstamo se calcularán a razón del interés legal del dinero incrementado en dos puntos. Las cuotas de amortización que se establezcan, que incluyen intereses devengados y una parte de amortización, deberán hacerse efectivas junto con los recibos de cuotas periódicas.

En el supuesto de que se suspendiera el pago de cuotas estando en vigor un anticipo, la Mutua podrá amortizar el importe pendiente con cargo al valor de rescate en aquel momento. En este caso, la diferencia entre el valor de rescate y el importe de la amortización quedará como valor reducido de la prestación, en la proporción que corresponda.

El anticipo se amortizará automáticamente en el momento de liquidarse la prestación, ya sea al vencimiento, rescate o muerte, deduciéndolo la Mutua del importe que corresponda satisfacer al mutualista o beneficiario. El mutualista podrá en cualquier momento reintegrar a la Mutua el importe pendiente del anticipo.

El mutualista tiene derecho a pedir anticipo salvo si ha renunciado a esta facultad expresamente y por escrito.

Artículo 9º. Incrementos de las prestaciones garantizadas por excedentes de rentabilidad.

La Asamblea General de Mutualista será quien determine si se distribuyen los posibles excedentes de rentabilidad, en función de las exigencias de Capital de Solvencia. Si así lo determina la Asamblea General, el asegurado participará, de acuerdo con las condiciones del presente artículo, en los resultados financieros excedentes que se produzcan por las inversiones afectas a la cobertura de las provisiones matemáticas.

Se entenderá por rendimientos financieros excedentes ("rfe") la diferencia positiva entre la rentabilidad real media obtenida por los activos afectos a la cobertura de la totalidad de las provisiones matemáticas ("rr"), en el porcentaje que se considere razonablemente distribuable por parte de la Asamblea General a propuesta de la Junta Directiva ("rrd") y el interés técnico utilizado en las bases actuariales de la prestación ("tig").

La rentabilidad real media obtenida por los activos afectos a la cobertura de la totalidad de las provisiones matemáticas ("rr"), se define como un cociente:

1. En el numerador, con signo positivo se incluyen los ingresos financieros, y con signo negativo los gastos financieros, que tengan su origen en las inversiones que se encuentren afectas a la cobertura de las provisiones matemáticas:
 - a. Los ingresos financieros son principalmente, pero no están limitados a, los ingresos por intereses de las inversiones de renta fija, dividendos, intereses de cuentas corrientes, ingresos por alquileres de inmuebles, plusvalías realizadas del ejercicio, aplicaciones de deterioro de las inversiones y los intereses de anticipos de pólizas.
 - b. Los gastos financieros incluyen principalmente, pero no se encuentran limitados a, los gastos de las inversiones de renta fija y variable, las minusvalías en la realización de inversiones, las dotaciones de deterioro de las inversiones, las dotaciones a la amortización directamente imputables, la participación en beneficios prevista en la póliza, así como el resto de los gastos imputables a las inversiones.
2. En el denominador, se incluye la provisión matemática media del periodo, considerando la que figure en el pasivo del balance a 31 de diciembre del ejercicio de cálculo y del inmediatamente anterior, y al final de cada uno de los periodos intermedios trimestrales.

Al cierre de cada ejercicio se determinarán los rendimientos medios obtenidos por todas las carteras de inversiones de la Mutua y en caso de que la rentabilidad real media obtenida por los activos afectos a la cobertura de la totalidad de las provisiones matemáticas ("rr"), en el porcentaje que la Asamblea General considere distribuible ("rrd"), supere el tipo de interés mínimo garantizado ("tig") recogido en el Título, el 100% de tal exceso se aplicará a cada póliza en proporción a su provisión matemática promedia del año.

$$PB(d) = (rrd - tig) \times PM \text{ media}(d) \times d/365$$

Siendo,

rrd = % distribuible en forma de PB x rr

rr = rentabilidad real media obtenida por los activos afectos a la cobertura

tig = tipo de interés mínimo garantizado recogido en el Título

La Asamblea General determinará anualmente y de manera discrecional el porcentaje de participación en beneficios que considera razonable distribuir en base a la rentabilidad media obtenida.

La participación se concederá en forma de incremento de las sumas garantizadas, según el procedimiento que se detalla seguidamente.

A cada título con derecho a participación le será asignada una parte del total de rendimientos financieros excedentes, de forma proporcional a las provisiones matemáticas mantenidas en la Mutua durante todo el ejercicio cerrado. A estos efectos se ponderarán adecuadamente las provisiones iniciales y las sucesivas cuotas pagadas durante el ejercicio.

La participación asignada se aplicará al aumento de la provisión matemática correspondiente a cada título con efecto desde el mismo momento del cierre. Este incremento de provisión matemática significará un incremento de las sumas garantizadas tanto para el supuesto de supervivencia como para el caso de defunción. El importe exacto del incremento se calculará como si en el momento del cálculo se aportara una cuota única, con el mismo vencimiento que el inicialmente suscrito y utilizando las bases actuariales de la prestación que la entidad tenga en vigor en ese momento.

Las participaciones asignadas y los incrementos de prestación producidos se incorporarán a los anexos del título, los cuáles contendrán los nuevos capitales garantizados con sus valores de recate.

Artículo 10º. Ampliación de coberturas.

En cualquier momento el mutualista podrá ampliar la prestación mediante el pago de las correspondientes cuotas.

En este caso, se aplicará a la ampliación todo lo que se dispone en este Reglamento, si bien esta ampliación y las sucesivas que puedan producirse tendrán un trato administrativo independiente con la formalización del correspondiente Título individualizado para cada una.

Artículo 11º. Requisitos para el cobro de la prestación.

En el momento que se produzca el hecho causante de la prestación, la Mutua hará efectivo el pago, una vez aportada la documentación exigida de acuerdo con los requisitos siguientes:

11.1 Estar al corriente de pago de las cuotas. Este requisito se entiende cumplido en los casos de prestaciones a capital reducido o prestaciones suscritas a cuota única.

11.2 Que el interesado haga la correspondiente solicitud a las oficinas de la Mutua.

11.3 Aportar la siguiente documentación:

11.3.1 En caso de supervivencia

- Copia del D.N.I. del asegurado.
- Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria de cobro de la prestación.
- Documento relativo al tratamiento fiscal otorgado a las aportaciones realizadas.

Y en todo caso, la documentación que razonadamente la Mutua considere conveniente para el reconocimiento del derecho a la prestación.

11.3.2 En caso de muerte, el beneficiario o beneficiarios deberán aportar la siguiente documentación:

- Copia del D.N.I. del beneficiario.
- Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria de cobro de la prestación.
- Certificado de defunción del asegurado.
- Si no hay designación expresa de beneficiarios, aportar documentación suficiente para el reconocimiento de la cualidad de herederos legales.
- Documento relativo al tratamiento fiscal otorgado a las aportaciones realizadas y, en su caso, carta de pago del Impuesto sobre Sucesiones o declaración de exención.

Y, en todo caso, la documentación que razonadamente la Mutua considere conveniente para el reconocimiento del derecho a la prestación.

11.4 Pago de las sumas garantizadas

11.4.1 Una vez completada la documentación y acreditada la identidad del beneficiario o beneficiarios, la Mutua procederá, en un plazo máximo de 40 días desde la solicitud, al pago de la correspondiente prestación o bien comunicará la denegación de la solicitud.

11.4.2 La prestación se calculará de acuerdo con las especificaciones del último título, teniendo en cuenta el momento del período de la cobertura anual en que se solicite.

11.4.3 En el caso que la prestación a percibir excediera los límites cuantitativos fijados en la legislación vigente sobre Mutualidades de Previsión Social, antes de efectuar el pago, el valor garantizado se reducirá automáticamente hasta el límite en vigor, entregándose como exceso de aportaciones la parte de provisión matemática que corresponda por diferencia.

11.4.4 La prestación se podrá percibir en forma de capital o mediante la transformación en cualquiera de las modalidades de renta aprobadas por la Entidad en cada momento.

Artículo 12º Prescripción

Las acciones que se deriven de este seguro prescribirán en el plazo de cinco años, a contar desde el día que habrían podido ejercitarse.

TÍTULO IX: Reglamento de la prestación de Muerte por Accidente.

Artículo 1º. Naturaleza de la prestación.

Consistirá en una indemnización económica en caso de muerte por causa de accidente de la persona asegurada.

Corresponderá satisfacer la prestación tanto si la muerte se produce inmediatamente en el accidente, o bien como consecuencia de éste dentro del plazo de un año después de haber sucedido.

Artículo 2º. Cuantía y cuotas de la prestación.

Se establecen grupos de suscripción, para cada uno de los cuáles se tendrá derecho a percibir un capital de 10.000 euros, hasta el capital máximo que establezcan los límites fijados por la legislación vigente sobre mutualidades.

Podrán suscribirse uno o más de los grupos establecidos, y en cualquier momento solicitar su ampliación.

Las ampliaciones del importe contratado dentro de los límites establecidos serán tratadas como una nueva suscripción, emitiéndose por parte de la Mutua los correspondientes suplementos del título de suscripción. La no aceptación de las condiciones particulares que se establezcan impedirá la ampliación de la prestación.

Para cada uno de los grupos de esta prestación, el mutualista deberá satisfacer la cuota anual que consta en las bases técnicas actuariales vigentes en cada momento.

Artículo 3º. Accidente.

Se entiende por accidente cualquier suceso ajeno a la voluntad del afectado que le produzca una lesión corporal, cuyo origen sea una causa momentánea, externa y violenta.

Están también cubiertos por esta prestación los accidentes expuestos en la Cláusula de Cobertura de Riesgos Extraordinarios, que se incluye en el Título I de estos Reglamentos, los cuáles serán indemnizables directamente por el "Consortio de Compensaciones de Seguros".

Artículo 4º. Asegurados.

Podrán ser asegurados de esta prestación:

- a) El mutualista.
- b) Los hijos del mutualista.
- c) El cónyuge del mutualista.
- d) Los padres del mutualista, si están a su cargo y conviven con el mutualista en el mismo domicilio. Si los padres viven a su cargo, pero no se da el requisito de convivencia, su inscripción la decidirá, caso por caso, la Junta Directiva a solicitud del mutualista.
- e) Cualquier otra persona que conviva con el mutualista y que se encuentre unida a él por vínculos familiares, de convivencia o laborales. En todos estos casos su inscripción la decidirá la Junta Directiva a solicitud del mutualista.
- f) En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, serán asegurados las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, profesional o mercantil. En este caso el asegurado será quien designará o modificará la designación de beneficiarios.

La edad mínima y máxima para suscribir esta prestación serán, respectivamente, 14 y 65 años. En caso de que el asegurado sea menor de edad, se requerirá la autorización del mutualista o de los representantes legales del menor.

La cobertura cesará al finalizar la anualidad del seguro en la que el asegurado cumpla los 70 años de edad.

Artículo 5º. Beneficiarios.

Serán beneficiarios de la indemnización que corresponda satisfacer las personas designadas por el mutualista.

De no existir designación expresa, la Mutua reconocerá como beneficiarios a sus herederos legales por partes iguales.

En el tiempo de vigencia de la cobertura, el mutualista podrá designar beneficiario o modificar la designación efectuada. La designación podrá hacerse constar en el momento de la inscripción, en una posterior declaración escrita y fehaciente a la Mutua o bien expresamente en testamento. La revocación deberá hacerse en cualquiera de las formas establecidas para la designación.

En caso de designación de más de un beneficiario, la prestación se distribuirá entre todos ellos por partes iguales, excepto cuando el mutualista hubiera fijado otro criterio de distribución.

En caso de que el mutualista y el asegurado sean personas distintas, el mutualista podrá designar o modificar la designación de beneficiarios.

Artículo 6º. Riesgos excluidos

Queda excluido del seguro, el fallecimiento producido por alguna de las causas siguientes:

- a) Por actividad dolosa del asegurado y / o beneficiario**

b) Por participación del asegurado en delitos dolosos.

c) Por la participación del asegurado en hechos de guerra.

d) Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva o química.

e) Los producidos por las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

f) Los producidos por consecuencias directas de la práctica de deportes calificados como de riesgo, tales como actividades subacuáticas, el barranquismo, la escalada, el puénting, el parapente, el vuelo libre con o sin motor y otras actividades análogas que se puedan incluir en esta catalogación.

g) Los producidos en estado de perturbación mental, debidamente comprobada mediante pruebas periciales pertinentes, supuesto de embriaguez o intoxicación por uso de estupefacientes; lucha o pelea, salvado el caso probado de legítima defensa

Artículo 7º. Requisitos para causar derecho a las prestaciones.

7.1 Estar al corriente de pago de las cuotas.

7.2 Solicitar la prestación de la Mutua en un plazo máximo de 30 días des de la fecha del accidente.

7.3 Aportar la documentación siguiente:

7.3.1 Certificado literal de defunción.

7.3.2 Certificación, en su caso, extendida por el médico que haya atendido al accidentado, en la cual figuren el nombre y los apellidos de éste, donde se especifiquen la causa y circunstancias de la muerte.

7.3.3 Declaración sobre la situación familiar del difunto, aportando documentación suficiente para el reconocimiento de derechos.

7.3.4 Aquella otra complementaria que razonadamente determine la Junta.

Una vez completa la documentación presentada y obtenidos los informes que se consideren necesarios, la Mutua procederá a la correspondiente indemnización en un plazo máximo de cuarenta días, o bien comunicará a los interesados la denegación de la solicitud. Este acuerdo podrá ser recurrido según lo que disponen los Estatutos sociales.

TÍTULO X: Reglamento de las Prestaciones Sociales.

Artículo 1º. Naturaleza y denominación.

Con fundamento en el artículo 6.3 de los Estatutos sociales de la Mutua, y en el artículo 24 de la Ley 10/2003 de 13 de junio, sobre Mutualidades de Previsión Social y los artículos 43 y 44 de la Ley 20/2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, se define el ámbito de la Sección de Prestaciones Sociales, que se regulará por las disposiciones siguientes. Las prestaciones tendrán siempre carácter discrecional y no obligatorio a criterio de la Junta Directiva.

Artículo 2º. Objeto.

Las prestaciones de esta Sección, que no son de naturaleza aseguradora, tienen por objeto extender la acción protectora de la Mutua hacia aquellas situaciones de infortunio que se definen en los artículos 3 y 4, mediante principalmente ayudas económicas temporales, según sean las disponibilidades de los recursos adscritos a la Sección. También a través de esta sección, la Mutua podrá prestar todo tipo de servicios, ya sean de carácter asistencial, informativo o cualquiera de carácter social que se considere adecuado a favor de los mutualistas y sus beneficiarios; con esta finalidad la Junta Directiva podrá formalizar los convenios de colaboración que considere oportunos para el mejor cumplimiento de los citados objetivos.

Artículo 3º. Beneficiarios.

Podrán ser beneficiarios de las prestaciones sociales de la Mutua:

3.1 Cualquier mutualista.

3.2 Las personas que, vinculadas por una relación de parentesco o de dependencia económica con el mutualista, padezcan las situaciones de infortunio que puedan ser objeto de una prestación social.

3.3 Los viudos, viudas o huérfanos menores de edad de un mutualista, siempre que esté en situación de necesidad.

Artículo 4º. Requisitos y modalidades de las prestaciones sociales.

Las prestaciones sociales se concederán para aquellas situaciones de infortunio que causen un estado de reconocida necesidad y no puedan ser afrontadas por sus posibles beneficiarios con medios propios.

La gran diversidad de estas situaciones hace prácticamente imposible poder preverlas aquí. Con carácter meramente enunciativo y de forma general se contemplan los siguientes casos:

4.1 Ayudas económicas a tanto alzado, por una sola vez, para subvenir situaciones temporales de graves dificultades económicas por causa de accidente o enfermedad.

4.2 Subsidios económicos periódicos de carácter temporal, con duración máxima de un año, renovables, para atender aquellas situaciones en las cuales el beneficiario no pueda hacer frente a sus necesidades básicas, cualquiera que sea la causa.

4.3 Ayudas económicas para sufragar gastos de asistencia o internamiento en establecimientos sanitarios, gerontológico o cualquier otro de naturaleza parecida, cuando la situación personal o familiar del beneficiario lo justifique.

4.4 En general, aquellas situaciones que a criterio de la Junta Directiva sean acreedoras de las prestaciones sociales, en atención siempre a las circunstancias personales del beneficiario y al carácter social de la acción protectora de la Mutua.

Artículo 5º. Solicitud de las prestaciones.

Las prestaciones sociales podrán ser solicitadas por los propios afectados, por sus familiares, por cualquier socio de la Mutua, por la propia Junta de la Mutua, o por cualquier abogado que tenga conocimiento de la situación que se pretenda amparar o socorrer.

La solicitud deberá hacerse por escrito, con relación detallada de las circunstancias del caso, junto con la correspondiente documentación acreditativa y el tipo de prestación que se solicita.

Artículo 6º. Estudio de la solicitud y propuesta de resolución.

El estudio de la solicitud será efectuado por una comisión integrada por cinco personas; tres de ellas serán designadas por la Junta Directiva de la Mutua de entre sus miembros, y las otra dos las designará la Asamblea de la Mutua. La citada Comisión estará presidida por el miembro de la Junta Directiva de la Mutua que designe el presidente, y se reunirá con la urgencia y frecuencia que exijan las solicitudes que se formulen.

La Comisión estudiará los antecedentes del caso y podrá exigir la aportación de nuevas pruebas y justificantes, así como también disponer la práctica de las averiguaciones que considere convenientes. La actuación de la Comisión estará presidida por la prudencia y reserva que exige la dignidad de los beneficiarios y de los solicitantes.

Artículo 7º. Resolución de las solicitudes.

La resolución de las solicitudes de prestaciones sociales será efectuada por la Junta Directiva de ALTER MUTUA DE LOS ABOGADOS, previo examen de la correspondiente propuesta motivada de la Comisión, con los requisitos que tiene establecidos la citada Junta para la adopción de sus acuerdos en materia de prestaciones reglamentarias.

La Junta Directiva podrá solicitar la ampliación de los extremos que considere necesarios de los informes emitidos por la Comisión, remitiendo a la misma nota con los detalles que se interesen.

Si la resolución es denegatoria, será notificada por escrito al solicitante de la prestación.

Si la resolución es de concesión, se notificará asimismo por escrito al beneficiario y al solicitante, si no fueran la misma persona.

La concesión, la cuantía, y los efectos de la prestación por parte de la Junta Directiva serán siempre no obligatorios y discretivos de acuerdo con las circunstancias concurrentes de la solicitud, las disponibilidades económicas y de los criterios establecidos para aquella.

La inexactitud de la documentación aportada justificativa de la situación de necesidad objeto de la solicitud comportará la extinción del beneficio y el reembolso de las cantidades percibidas inadecuadamente.

Artículo 8º. Recursos de la Sección.

Serán recursos adscritos a la Sección:

8.1 Las aportaciones hechas por los Colegios de Abogados y otras entidades relacionadas con la profesión.

8.2 Los donativos y legados a favor de la Mutua.

8.3 Los ingresos que se deriven de las pólizas de validación o cualquier otro recurso análogo que se pueda obtener en el futuro, y que la Junta Directiva estime oportunos.

8.4 Los fondos que, con cargo a reservas libres de la Mutua, pueda destinarle la Asamblea a propuesta de la Junta Directiva.

8.5 Cualquiera otro recurso legítimo.

Artículo 9º. Prestaciones otorgadas.

Las prestaciones otorgadas en esta sección no generan ningún derecho a favor del solicitante o beneficiario. Se satisfará y mantendrán de acuerdo con las condiciones fijadas en su concesión y siempre que lo permitan los recursos adscritos a la Sección.

Artículo 10º. Contabilidad.

La Junta Directiva llevará una contabilidad específica para esta Sección.

En ningún caso podrán afectarse a las finalidades de la Sección las cuotas de los mutualistas, las reservas técnicas ni otros recursos comprometidos por la Mutua a su actividad previsora-aseguradora.

Artículo 11º. Extinción.

Las prestaciones concedidas se extinguirán por:

11.1 El transcurso del período por el cual se otorgaron.

11.2 Cuando a criterio de la Junta se hayan modificado las condiciones de necesidad que en su momento justificaron su concesión.

11.3 Por renuncia o muerte del beneficiario.

11.4 Por haberse agotado los recursos de la Sección.

En caso que estos recursos se convirtieran en insuficientes para atender todas las prestaciones concedidas, la Junta las podrá suspender temporalmente o indefinidamente o bien reducirlas en la parte que se considere conveniente, sin perjuicio de fijar el orden de prioridades de cada caso.

TÍTULO XII: Reglamento de la Prestación de Invalidez Permanente Total.

Artículo 1º. Naturaleza del subsidio.

Consistirá en una indemnización económica que el mutualista percibirá de una sola vez, en el caso que se vea afectado por una invalidez permanente total que le pudiera sobrevenir, ya sea como consecuencia de accidente como de enfermedad común o profesional.

Artículo 2º. Invalidez permanente total.

Se entiende por invalidez permanente total la situación del mutualista que, después de haber estado sometido a tratamiento médico y/o rehabilitador, presente reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas que anulen la capacidad para la realización de su profesión.

No tendrán esta consideración las situaciones en que exista una posibilidad de recuperación de la capacidad laboral a largo plazo.

Artículo 3º. Cuantía y cuotas del subsidio.

Se establecen ocho grupos de suscripción, para cada uno de los cuáles se tendrá derecho a percibir un capital de 10.000 euros.

Podrán suscribirse uno o más de los grupos establecidos, y en cualquier momento solicitar la ampliación.

La Junta Directiva de la Mutua podrá ampliar o reducir el número de grupos, teniendo en cuenta los límites que, en su caso, establezca la vigente legislación sobre mutualidades.

Las ampliaciones del importe contratado dentro de los límites establecidos serán tratadas como una nueva suscripción, emitiéndose por parte de la Mutua de los correspondientes suplementos del título de suscripción. La no aceptación de las exclusiones y / o limitaciones o sobreprimas que establezcan impedirán la ampliación de la prestación.

Para cada uno de los grupos de esta prestación, el mutualista deberá abonar la cuota que consta en las bases técnicas actuariales vigentes en cada momento.

El cobro del capital por invalidez extingue la prestación.

Artículo 4º. Requisitos para tener derecho a la prestación.

Para tener derecho a la prestación será necesario que concurran en el mutualista las condiciones generales de acuerdo con aquello que regula el artículo 3º del Título I de este Reglamento, y también las siguientes:

4.1 Que tenga una antigüedad mínima de seis meses en la Mutua cuando se produzca el hecho originario que produzca la incapacidad permanente total.

4.2 Que se presente la correspondiente solicitud en las oficinas de la Mutua.

4.3 Solicitar la prestación de la Mutua en un plazo máximo de un año des de la fecha de acreditación de la situación de incapacidad permanente, presentando la resolución otorgada por el órgano administrativo competente o bien por los facultativos designados por la entidad, así como toda la documentación médica necesaria que acredite la situación mencionada.

4.4 No podrán beneficiarse de este subsidio y por tanto no tendrán derecho a ninguna indemnización las invalideces que se produzcan por las siguientes causas o sus complicaciones:

a) Por actividad dolosa del asegurado.

b) Por los siniestros causados intencionadamente por el asegurado de la prestación.

c) Por las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.

d) Actos de imprudencia temeraria, hechos delictivos o dolosos o por intervenir en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidades profesionales.

e) Las lesiones o las consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos que se realicen por razones diferentes a las sanitarias, como los procesos de cirugía estética o los derivados de los mismos.

f) Consecuencias directas o indirectas de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, excepto las producidas por tratamiento médico.

g) Aquellas que no sean clínicamente comprobables o en las que la única manifestación sea el dolor.

h) Accidentes producidos como consecuencia de fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, así como conflictos armados.

i) Consecuencias directas de la práctica, de forma habitual, de deportes calificados como de riesgo, tales como actividades subacuáticas, el barranquismo, la escalada, el puénting, el parapente, el vuelo libre con o sin motor y de otras actividades análogas que puedan incluirse en esta catalogación.

4.5 Acreditar el cese en el ejercicio de la abogacía o actividad laboral.

4.6 El reconocimiento de la invalidez es incompatible con las situaciones de Incapacidad Transitoria e Incapacidad Profesional Parcial e Incapacidad Profesional y Hospitalaria establecidas por la Mutua, prestaciones en las cuales se causará baja automáticamente.

Artículo 5º. Asegurados.

Podrán ser asegurados de esta prestación los mutualistas que en el momento de presentar la solicitud de su inscripción no hayan sobrepasado la edad de 50 años.

La cobertura cesará al llegar a la anualidad del seguro en la que la persona inscrita cumpla los 67 años.

Artículo 6º. Aprobación, denegación y suspensión del subsidio.

Una vez completa la documentación presentada y obtenidos los informes que se consideren necesarios, en el plazo máximo de 30 días, la Junta Directiva aprobará o denegará la solicitud y notificará su decisión al mutualista, e indicará, en el supuesto de ser aprobatoria, la fecha del devengo y la cuantía. Si es denegatoria, se indicará la causa y los recursos que sean procedentes.

La Junta Directiva tiene la facultad de suspender el pago del subsidio cuando el mutualista incumpla sus obligaciones o se aprecie la trasgresión de los preceptos que regulan la concesión de este derecho.

TÍTULO XIII: Reglamento del Seguro de Dependencia.

Artículo 1º. Objeto de la prestación.

Consistirá en el pago de una indemnización mensual vitalicia que el suscriptor de la prestación percibirá cuando se encuentre en situación de dependencia tal como se define en el artículo segundo.

Artículo 2º. Definiciones.

Gran Dependencia: Se considera que se causa situación de Gran Dependencia si durante la vigencia del seguro, el asegurado sufre un estado de limitación física o psíquica irreversible, que implique que la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día, y por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o necesita ayuda generalizada para su autonomía personal, acreditándose esta situación mediante la correspondiente resolución por la Administración Autónoma de la residencia del asegurado.

Dependencia Severa: Se considera que se causa situación de Dependencia Severa si durante la vigencia del seguro, el asegurado sufre un estado de limitación física o psíquica irreversible, que implique que la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no requiere ayuda permanente de un cuidador o un soporte extenso para su autonomía personal, acreditándose esta situación mediante la correspondiente resolución por la Administración Autónoma de la residencia del asegurado.

Artículo 3º. Cuantía y cuotas de la prestación.

Se establece un único módulo de cobertura, por el que se tendrá derecho a percibir una indemnización mensual de 1.000 euros en el supuesto de Gran Dependencia y del 50% de esta cantidad en el supuesto de Dependencia Severa.

La Junta Directiva podrá ampliar o reducir el número de módulos de suscripción, teniendo en cuenta los límites que, en su caso, establezca la vigente legislación sobre Mutualidades de Previsión Social.

Asimismo, la Junta Directiva podrá desarrollar fórmulas encaminadas a ofrecer, como sustitución o complemento de la indemnización económica mensual, la prestación equivalente global del servicio necesario para atender las necesidades conceptualizadas en el artículo segundo de este reglamento.

El mutualista deberá satisfacer anualmente la cuota que le corresponda por la edad del asegurado y que consta en las bases técnicas actuariales vigentes en cada momento.

A los efectos de la determinación de la cuota, se computará como edad la que corresponda al aniversario más cercano del asegurado.

Artículo 4º. Asegurados.

Podrán ser asegurados del Seguro de Dependencia:

- El propio mutualista
- Los hijos del mutualista.
- El cónyuge del mutualista.
- Los padres del mutualista, si están a su cargo y conviven con el mutualista en el mismo domicilio. Si los padres viven a su cargo, pero no se da el requisito de convivencia, su inclusión como asegurados la decidirá, caso por caso, la Junta Directiva, a solicitud del mutualista.
- Cualquier otra persona que conviva con el mutualista y que se encuentre unida a él por vínculos familiares, de convivencia o laborales. En todos estos casos la inclusión como asegurados la decidirá la Junta Directiva, a solicitud del mutualista.
- En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, mercantil o profesional.

No podrá suscribir esta prestación aquel asegurado que, en la fecha de efecto de este seguro tenga más de cincuenta y cinco años.

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, la Mutua sólo podrá dejar sin efecto esta cobertura en caso de que la edad verdadera del asegurado en la fecha de efecto sea de 55 años o más.

Artículo 5º. Duración de la cobertura. Vencimiento.

La cobertura de esta prestación estará en vigor siempre que se satisfagan las cuotas correspondientes y cómo máximo hasta finalizar el año del seguro en que el asegurado cumpla los 75 años de edad.

La cobertura y la percepción de la prestación tendrán carácter vitalicio mientras el asegurado se encuentre en situación de dependencia severa o gran dependencia.

Artículo 6º. Pago de las cuotas.

El mutualista deberá hacer efectivas las cuotas en los correspondientes vencimientos pactados.

Las cuotas se han establecido sobre la base anual y se satisfacen por adelantado en la fecha de efectos y sucesivos aniversarios. Aunque la base de pago sea anual, las cuotas podrán fraccionarse por meses siempre con pago por anticipado dentro de cada período. En estos casos, la Mutua podrá fijar los correspondientes recargos.

Si la primera cuota no ha sido satisfecha por causa imputable al mutualista, la Mutua tiene derecho a resolver en cualquier momento la prestación, y queda liberada de sus obligaciones.

En caso de falta de pago de la segunda cuota o de las sucesivas, las coberturas garantizadas quedarán en suspenso un mes después del día de su vencimiento.

Cuando la cobertura esté en suspenso, la Mutua únicamente puede exigir el pago de la cuota de período de riesgo en curso.

Artículo 7º. Prestación económica. Efecto y duración de la prestación. Extinción.

El asegurado de esta prestación percibirá la indemnización mensual que le corresponda a partir de la acreditación ante la Mutua de la situación de Gran Dependencia o Dependencia Severa otorgada por el órgano administrativo competente del «Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia», y una vez haya transcurrido un período de franquicia de noventa días, haciéndose entonces el pago efectivo desde el primer día de la mencionada acreditación.

La duración de esta prestación económica tendrá carácter vitalicio, siempre que persista la situación de dependencia.

A partir del momento de inicio del cobro, el mutualista queda exonerado del pago de la cuota correspondiente a esta cobertura. No obstante, la prestación podrá extinguirse por las causas siguientes:

- a) Incumplimiento de los requisitos establecidos en esta cobertura.
- b) Impedimentos o negativa del asegurado o, en su caso, de su representante legal, a ser reconocido médicamente o a facilitar cualquier información que le solicite la Mutua en relación con el siniestro.
- c) Negativa a someterse a los tratamientos médicos o quirúrgicos prescritos médicamente.
- d) Muerte del asegurado.

Artículo 8º. Requisitos para tener derecho a la prestación.

Para percibir la prestación, el asegurado deberá:

- a) Estar al corriente en el pago de las cuotas.
- b) Solicitar la prestación a la Mutua en un plazo máximo de un año desde la fecha de acreditación de la situación dependiente.
- c) Presentar la calificación otorgada por el órgano administrativo competente del «Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia».

Cuando la documentación haya sido presentada, la Mutua comunicará la concesión de la prestación en un plazo máximo de 30 días, o bien comunicará a los interesados la denegación de la solicitud.

Artículo 9º. Período de carencia

Se establece un período de carencia de dos años desde la fecha de inscripción y/o ampliación a dicha prestación.

Los períodos de carencia quedarán sin efecto cuando el estado de dependencia funcional total y/o deficiencia cognitiva tuviera su origen como consecuencia de accidente, entendiéndose como accidente cualquier suceso ajeno a la voluntad del afectado que le produzca una lesión corporal el origen de la cuál sea una causa momentánea, externa y violenta.

Si la situación de dependencia sobreviniera durante los citados períodos de carencia, la prestación se resolvería automáticamente y el mutualista tendría derecho a percibir el 100% de las cuotas abonadas hasta aquella fecha.

Artículo 10º. Riesgos excluidos.

Quedarán excluidos de la cobertura de este seguro:

- a) Por actividad dolosa del asegurado.
- b) Por los siniestros causados intencionadamente por el asegurado de la prestación.
- c) Por las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.
- d) Actos de imprudencia temeraria, hechos delictivos o dolosos o por intervenir en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidades profesionales.
- e) Las lesiones o las consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos que se realicen por razones diferentes a las sanitarias, como los procesos de cirugía estética o los derivados de los mismos.
- f) Consecuencias directas o indirectas de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, excepto las producidas por tratamiento médico.
- g) Aquellas que no sean clínicamente comprobables o en las que la única manifestación sea el dolor.
- h) Accidentes producidos como consecuencia de fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, así como conflictos armados.
- i) Consecuencias directas de la práctica, de forma habitual, de deportes calificados como de riesgo, tales como actividades subacuáticas, el barranquismo, la escalada, el puénting, el parapente, el vuelo libre con o sin motor y de otras actividades análogas que puedan incluirse en esta catalogación.
- j) Las situaciones de dependencia que no sean medibles mediante examen médico o por los test de valoración que sean utilizados por la Entidad.

Disposición Transitoria

Para aquellos asegurados inscritos en esta prestación hasta el 26 de junio de 2019 y que hubieran suscrito dos módulos de cobertura, se le mantendrán vigentes las condiciones reguladoras de la prestación hasta la extinción final del seguro.

Disposición Transitoria Segunda

Para aquellos asegurados inscritos en esta prestación hasta el 27 de junio de 2024 se les mantendrá la duración indefinida de la cobertura, estando en vigor esta prestación, siempre que se satisfagan las cuotas correspondientes

TÍTULO XIV: Reglamento de la prestación Seguro de Salud.

Sección 1ª Asistencia sanitaria.

Artículo 1º. Preliminar.

El presente Reglamento con sus anexos, en los que constará el Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados, Alter Medic Plus o Alter Medic, entre los que podrá optar el mutualista al dar de alta la prestación, junto con las condiciones particulares establecidas en el título de mutualista, las condiciones generales para tener derecho a las prestaciones incluidas en el Título I de los Reglamentos, los Estatutos de Alter Mutua y las disposiciones legales de aplicación, en especial las reguladoras de las Mutualidades de Previsión Social, regulan la prestación de Asistencia Sanitaria, definiendo el alcance de las prestaciones garantizadas y los derechos y deberes de las partes.

La efectividad de esta cobertura queda sometida, de acuerdo con los Estatutos de la Mutua, a la resolución positiva de la Junta Directiva, de acuerdo con lo que se establece en el artículo 10 de este Reglamento.

Artículo 2º. Definiciones.

A efectos de este Reglamento, se entiende por:

- **Mutua:** Alter Mutua de Previsión Social de los Abogados de Cataluña.
- **Mutualista:** persona física o jurídica afiliada a la Mutua inscrita en una sección como persona protegida o que suscribe, como tomador, un seguro a favor de otros
- **Asegurado:** persona física expuesta a un riesgo asegurado.
En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, mercantil o profesional.
- **Tomador:** persona que suscribe el seguro.
- **Relación de protección:** relación entre la Mutua y el mutualista. El asegurado y el beneficiario, que procura una protección consistente en la prestación de que se trate en cada caso.
- **Cuota:** importe que se debe satisfacer periódicamente como contribución al coste de un seguro.
- **Sección:** conjunto de prestaciones ofrecidas por la Mutua y reguladas específicamente mediante un reglamento.
- **Prestación:** obligación o conjunto de obligaciones que asume la Mutua hacia el mutualista, el asegurado o el beneficiario.
- **Franquicia:** parte del importe del gasto generado por el siniestro que, en los casos específicamente establecidos, va a cargo del asegurado.
- **Período de carencia:** porción de tiempo durante el cual, aunque el seguro esté vigente, no se tiene derecho a recibir la prestación.
- **Declaración de salud:** formulario suministrado por la Mutua y cumplimentado y firmado por una persona física que contiene una declaración sobre el estado de salud de ésta o bien sobre el estado de salud de una persona que está bajo su tutela.
- **Accidente:** hecho producido durante la vigencia del seguro por una causa externa, repentina, violenta y ajena a la voluntad del asegurado y que produce una lesión.
- **Lesión:** cambio patológico en un tejido o en un órgano que altera la integridad física o el equilibrio funcional y que comporta un daño anatómico o fisiológico.

- **Enfermedad:** alteración del estado de salud diagnosticada por un médico, producida durante la vigencia del seguro y no derivada de accidente, que haga necesaria una asistencia médica.
- **Causa no patológica:** aquella que no deriva de una enfermedad ni de una lesión.
- **Asistencia:** servicio necesario prestado por un profesional sanitario legalmente habilitado.
- **Proceso:** serie de asistencias encaminadas a curar o mejorar una misma lesión o enfermedad. En ningún caso no se considera proceso el conjunto de asistencias o actuaciones sanitarias realizadas para tratar situaciones crónicas.
- **Urgencia:** situación grave que requiere una asistencia inmediata porque el retraso podría ocasionar un daño irreparable en la integridad física del asegurado.
- **Urgencia hospitalaria:** urgencia que requiere asistencia hospitalaria inmediata. No tienen esta consideración, por tanto, las siguientes situaciones:
 1. Aquellas que, aun siendo graves, no requieren una atención hospitalaria inmediata y pueden ser correctamente tratadas por consulta externa.
 2. Las asistencias y los servicios sanitarios practicados por los servicios ordinarios del hospital después de haber estado atendida la urgencia por los servicios específicos de urgencias del centro.
- **Actuación preventiva:** acción o asistencia dirigida a evitar lesiones o enfermedades antes que ésta no se produzca efectivamente, o encaminada a prevenir posibles complicaciones de enfermedades o lesiones ya existentes pero que no se encuentran en fase aguda.
- **Hospital, clínica o centro hospitalario:** centro, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones que cumpla las condiciones siguientes:
 1. Estar provisto de los medios necesarios para realizar diagnósticos y para practicar tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas.
 2. Admitir únicamente el ingreso de personas enfermas o lesionadas.
 3. Disponer de médicos y personal sanitario durante las 24 horas del día.
 4. Practicar los tratamientos médicos y las intervenciones quirúrgicas necesarias exclusivamente mediante profesionales cualificados.

En ningún caso no se consideran hospitales los balnearios, las casas de reposo, los asilos, los centros dedicados al tratamiento de enfermedades crónicas ni los establecimientos o las instituciones similares a los mencionados.

- **Médico:** doctor o licenciado en medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médicamente o quirúrgicamente una enfermedad o lesión.
- **Servicios autorizados:** médicos, otros profesionales sanitarios, hospitales y centros sanitarios que figuran en el Cuadro Médico Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados de la Mutua – con todos los cuales ésta tiene formalizado un contrato o convenio de colaboración- o que figuran en un Cuadro Médico gestionado por un tercero en nombre de la Mutua.

El asegurado puede escoger libremente, entre los servicios autorizados, el médico, el profesional sanitario, el hospital o el centro sanitario que le prestará la asistencia sanitaria requerida. Sobre los servicios autorizados recae exclusivamente la responsabilidad de prestar correctamente la asistencia sanitaria de que se trate en cada caso, respecto a la cual la Mutua actúa como gestora para su realización y su pago, en los términos establecidos en este Reglamento.

Artículo 3º. Objeto.

Mediante esta Sección la Mutua cubre los gastos razonables y usuales derivadas de la asistencia sanitaria practicada al asegurado, en los términos establecidos en este Reglamento.

La obligación aseguradora de la Mutua consiste en poner los profesionales y centros sanitarios del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados al alcance y libre elección del mutualista, y en hacer frente

al coste asegurado dentro de los parámetros contractuales, **no siendo responsable de los actos asistenciales negligentes, culposos o dolosos cometidos frente al mutualista por dichos profesionales y / o centros sanitarios.**

La libertad de elección de médico y centro comporta la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la Mutua por los actos de aquellos.

Artículo 4º. Nacimiento de la relación de protegido.

La relación de protección nace a partir de la aceptación de la Junta Directiva, previa formalización del documento de inscripción y la declaración de salud, mediante los impresos establecidos u otros medios telemáticos, telefónicos o propios de nuevas tecnologías habilitados al efecto, el día 1 del mes siguiente a la de la mencionada aceptación; **se estipula por el período de tiempo que transcurre desde la fecha señalada hasta el 31 de diciembre del año en curso y, a su vencimiento, se prorrogará tácitamente por período de un año. No obstante, cualquiera de las partes se podrá oponer a la prórroga de la cobertura mediante la notificación por escrito a la otra parte, efectuada en el caso de la Mutua con una antelación no inferior a dos meses respecto de la fecha de conclusión del período en curso, y en el caso del mutualista, no inferior a un mes.**

Los bebés quedan incorporados al título de la unidad asegurada a la que pertenezcan, siempre y cuando se inscriban como personas protegidas en el plazo de 15 días hábiles contados a partir de su nacimiento, con el correspondiente derecho a disfrutar de las coberturas aseguradas. Si se comunica con posterioridad al plazo mencionado, deberá formalizarse la declaración de salud que corresponda y quedarán sujetos a las exclusiones de cobertura que se deriven.

Las personas menores de 14 años solo podrán incluir dentro de la cobertura si también están la persona o las personas que ostenten su patria potestad o tutela.

Respecto de cada asegurado, la cobertura se extingue por defunción y por traslado de residencia al extranjero o por no residir un mínimo de 9 meses al año en territorio nacional.

Artículo 5º. Prestaciones garantizadas.

Se garantizan las prestaciones siguientes:

5.1 Asistencia hospitalaria. En concepto de asistencia hospitalaria, la Mutua asume el coste de la asistencia médica o quirúrgica en un hospital prescrita por un médico. Esta asistencia incluye, en todo caso, los gastos siguientes:

5.1.1 Gastos de hospitalización, incluida la manutención del paciente y la habitación con cama para el acompañante siempre que sea posible.

5.1.2 Gastos por estancia en unidades de vigilancia o de curas intensivas.

5.1.3 Gastos de intervención quirúrgica

5.1.4 Gastos con motivo de parto.

5.1.5 Honorarios de cirujanos, médicos y colaboradores de éstos en las intervenciones que se lleven a cabo.

5.1.6 Tratamientos necesarios.

5.1.7 Exploraciones complementarias para efectuar el diagnóstico.

5.1.8 Gastos por material sanitario.

5.1.9 Gastos por medicación.

5.1.10 Reembolso de 14 euros diarios de los gastos derivados de la manutención del acompañante del asegurado durante los primeros 3 días de hospitalización de aquélla como máximo.

La cobertura de hospitalización psiquiátrica, sea en régimen de internamiento o de hospital de día, no podrán superar los 90 días anuales, tanto si éstos son seguidos como si son consecuencia de diversas hospitalizaciones durante el año.

Los gastos con motivo de parto incluyen las correspondientes a la sala de partos, la habitación con cama para el acompañante, la manutención de la madre y del recién nacido, las curas y el material necesario para efectuarlas, los honorarios del tocólogo, el anestesista, la comadrona y el pediatra, así como los medicamentos necesarios.

Por otro lado, también con autorización previa de la Mutua y respetando los criterios de cobertura que esta establezca, el asegurado podrá hacer uso de su derecho de internamiento en clínica, hospital o centro autorizado, para ser tratada por un facultativo ajeno al Cuadro Facultativo y Servicios Asistenciales Autorizados.

5.2 Asistencia extrahospitalaria. - En concepto de asistencia extrahospitalaria, la Mutua asume en los términos establecidos en este Reglamento los gastos siguientes:

5.2.1 Asistencia médica en consultorio y asistencia médica de urgencia en el propio domicilio por parte del médico de cabecera o el pediatra.

5.2.2 Pruebas diagnósticas, actos terapéuticos y cirugía de día (aquella que no requiere hospitalización) o ambulatoria (aquella que tiene como objeto intervenciones menores) practicada al asegurado por prescripción médica.

5.2.3 Gastos por asistencia odontológica en consultorio, extracciones y curas estomatológicas e higienes dentales.

5.2.4 Gastos por visitas de psicología.

5.2.5 Gastos por servicio de podología (sesiones de quiropedia anuales).

5.2.6 Cursos de preparación al parto.

5.2.7 Revisión médica oficial para la expedición o la renovación de los permisos de conducción de vehículos a motor A1, A y B.

5.2.8 Los gastos correspondientes a los siguientes productos farmacéuticos, en las condiciones que se expresan:

a) Aquellos que sean específicamente citostáticos, así como también los productos antieméticos y los protectores gástricos o similares que sean utilizados en quimioterapia antineoplásica.

b) Los siguientes anticuerpos monoclonales (descritos por el nombre del compuesto) que sean utilizados en tratamientos oncológicos y administrados de forma endovenosa, en el bien entendido de que la Mutua se reserva el derecho de establecer un gasto máximo cubierta por cada administración de un anticuerpo monoclonal igual al precio del compuesto genérico aplicado más económico existente en cada momento: Rituximab, Trastuzumab, Cetuximab, Bevacizumab, Panitumumab i Bortezomi.

Los productos farmacéuticos referidos en los dos anteriores apartados quedan cubiertos siempre y cuando hayan sido prescritos, dispensados y administrados directamente en un centro hospitalario específicamente autorizado por la Mutua para el tratamiento antineoplásico, se expidan en el mercado farmacéutico y se encuentren debidamente autorizados por las autoridades sanitarias competentes del Estado Español, en las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto.

5.2.9 Tratamiento de las degeneraciones maculares oculares y de la medicación utilizada al efecto: Verteporfin, Avastin, Lucentis, Macugen, Eylea (aflibercept), Beovu, de acuerdo con el límite de sesiones establecidas en el anexo.

5.2.10 Test genético de diagnóstico prenatal no invasivo en sangre materna: el estudio por la detección de aneuploidías mediante el ADN fetal en sangre materna será autorizada cuando se cumpla, como mínimo, una de las siguientes condiciones:

- Resultado anormal de la prueba de triple screening realizada en el primer trimestre de la gestación.
- Antecedentes personales de embarazo previo con trisomía.
- Presencia de alguna alteración detectada por ecografía fetal en el seguimiento de la gestación.

5.2.11 Ecografía gestacional 3D-4D, con el límite establecido en el anexo, y sujeto al período de carencia previsto en el reglamento.

5.3 Traslado en vehículo sanitario. La Mutua asume el coste del traslado del asegurado, en vehículo sanitario y siempre que sea necesario por prescripción médica, por estar ingresada en un hospital; asimismo se asume el coste del traslado en vehículo sanitario del asegurado hasta su domicilio, siempre que sea necesario por prescripción médica, una vez dada de alta del hospital donde hubiera estado ingresada.

El traslado se efectuará siempre con el medio más conveniente en función del estado de salud del asegurado.

5.4 Rehabilitación. Por este concepto la Mutua asume el coste de la rehabilitación ambulatoria (no hospitalaria) del asegurado, prescrita por un médico especialista rehabilitador y practicada en un centro idóneo por fisioterapeutas titulados, dirigida a restituir las disfunciones producidas por enfermedad o accidente incluida la que comporte la utilización de ondas de choque o de tecarterapia (terapia de transferencia eléctrica capacitivo-resistiva – INDIBA) en tratamientos de patologías del aparato locomotor, en las condiciones establecidas por este Reglamento.

5.5 Visita ambulatoria preventiva en centros concertados. Por este concepto la Mutua asume el coste de una visita ambulatoria al año efectuado a las personas protegidas mayores de 14 años con carácter preventivo y por prescripción de un médico, siempre que haya razones probadas que hagan aconsejable esta visita.

5.6 Reproducción asistida. Por este concepto la Mutua asume el coste de los gastos de inseminación artificial y de fecundación in vitro del asegurado a causa de la esterilidad de la pareja, de acuerdo con la legislación vigente y las condiciones siguientes:

5.6.1 Requisitos para tener derecho a esta cobertura:

- No tener la pareja descendencia común.
- No haber estado ninguno de los dos miembros de la pareja sometido a intervención de cirugía anticonceptiva, vasectomía o ligadura de trompas ni a ningún otro método de anticoncepción permanente.
- Tener la mujer una edad inferior a 40 años.
- Aportar a la Mutua los estudios de esterilidad correspondientes y la documentación clínica adicional que aquella requiera.
- Haber transcurrido el período de carencia establecido en el anexo.
- Estar inscritos en este seguro los dos miembros de la pareja.

5.6.2 Alcance de la cobertura:

- Se tiene derecho a dos intentos consecutivos de inseminación artificial y a dos intentos de implantación de embriones, así mismos consecutivos, ya sea por FIV (fecundación in Vitro) o por ICSI (inyección de esperma intracitoplasmática) por pareja y vigencia de la cobertura. con la particularidad prevista en los dos últimos párrafos del apartado 5.6.1. anterior.
- Se cubre también el coste de la congelación necesaria y el mantenimiento de embriones hasta completar, si es necesario, el segundo intento de fecundación.

El tratamiento tendrá que ser previamente autorizado por la Mutua y se tendrá que efectuar en los centros médicos u hospitales y por los facultativos designados y autorizados por la Mutua, los cuales no necesariamente se tienen que encontrar en la provincia donde el asegurado tenga su domicilio.

Asimismo, se asume el coste de los estudios y exploraciones complementarias dirigidas a determinar posibles causas de infertilidad o de esterilidad.

Asimismo, la Mutua asumirá la mitad del coste de los gastos de la reproducción asistida regulada en el presente apartado cuando el asegurado no tenga pareja o no esté inscrita en este seguro o cuando, estándolo, no haya superado los períodos de carencia u otros requisitos exigibles para disfrutar plenamente de la cobertura, siempre que el asegurado que haya de someterse al tratamiento reúna todos los demás requisitos establecidos en este apartado, haya solicitado con carácter previo al inicio del tratamiento la correspondiente autorización de la mutua y haya efectuado un depósito de efectivo del 50% del importe de los gastos máximos totales previstos, calculadas de acuerdo con las tarifas vigentes del Centro en el que deba realizarse el tratamiento en cuestión.

La Mutua, a la finalización del tratamiento, liquidará el depósito constituido, de acuerdo a los gastos finales del mismo, abonándole, en su caso, el posible saldo resultante favorable al asegurado.

5.7 Servicios complementarios de diagnóstico prescritos por servicios ajenos. La prestación de servicios complementarios de diagnóstico, prescrita por facultativos ajenos a la Mutua, solo se puede llevar a cabo con autorización previa de ésta.

5.8 Asistencia Sanitaria Digital. Los asegurados de la Asistencia Sanitaria mayores de 18 años disfrutarán automáticamente de la prestación de Asistencia Sanitaria Digital, regulada en la Sección 4ª, mediante la aplicación móvil de la Mutua.

5.9 Asistencia en viaje. Los asegurados de la Asistencia Sanitaria disfrutarán de las prestaciones establecidas en esta Sección y se adherirán automáticamente al Concierto que, en su caso, la Mutua tenga establecido para la cobertura de asistencia en viaje.

5.10 Salud bucodental infantil. Los afiliados menores de 14 años tienen cubierta una visita de revisión anual y la práctica de las obturaciones necesarias, siempre que ambas prestaciones sean practicadas en la Clínica Belodonte de la ciudad de Barcelona.

5.11 Vacunas. Reembolso del 90% de los gastos acreditados derivados directamente de vacunaciones practicadas al asegurado incluidas en los calendarios oficiales de vacunación de la Comunidad Autónoma de residencia de aquél.

5.12 Conservación de células madre de cordón umbilical. Por este concepto, la Mutua asume el coste de los gastos de recogida, procesamiento y almacenamiento de células madre del cordón umbilical, con el límite económico establecido en el anexo, en función de la opción de servicio escogida, de entre las tres ofrecidas por el proveedor de la Mutua que también se indican. La cobertura incluye también el coste de mantenimiento, con el límite económico y temporal previsto asimismo en el anexo, sujeto al período de carencia establecido en la póliza y a que se cumplan las siguientes condiciones:

- a) Que el servicio lo preste un proveedor de la Mutua con el que mantengamos un acuerdo de colaboración.
- b) Que la póliza esté vigente.
- c) Que se mantenga la inscripción de la totalidad de los miembros de la unidad asegurada.

Artículo 6º. Acceso a las prestaciones.

Para tener derecho a la cobertura se tienen que cumplir todas las condiciones establecidas en este Reglamento y específicamente las siguientes:

- Ser asegurado.
- Haber sido la prestación prescrita y efectuada por un servicio autorizado por la Mutua, excluyendo las excepciones previstas en este Reglamento.
- Haber transcurrido los períodos de carencia si estos existiesen.
- Haber abonado la primera cuota y estar al corriente de pago de las siguientes.
- Abonar la franquicia correspondiente en los casos en que esta se encuentra establecida.
- Posibilitar que la Mutua efectúe las comprobaciones que considere necesarias sobre el estado de salud del asegurado, y facilitar la información que aquella requiera con relación a las circunstancias y consecuencias de la enfermedad o accidente, así como del tratamiento médico correspondiente.

El asegurado puede elegir los profesionales y centros del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados, y acceder entrega a sus servicios, para todas las prestaciones que no requieran autorización.

Cuando sea preceptiva autorización de la Mutua para poder acceder a una prestación. La asistencia requerida se tendrá que comunicar en los términos siguientes:

6.1 Con la máxima antelación posible, en el caso que tengan que practicar al asegurado un ingreso hospitalario, una intervención quirúrgica, o cualquier prueba o tratamiento autorizables. En todos estos casos, se tendrá que presentar una certificación del médico que atienda al asegurado afectado en la cual conste el número de mutualista, su nombre y apellidos, la fecha y la hora de admisión hospitalaria prevista, el diagnóstico provisional, el tratamiento o la prueba indicados, así como la estancia hospitalaria prevista si ésta es necesaria.

6.2 En el caso de hospitalización urgente, intervención quirúrgica urgente o servicio de urgencia, en el plazo máximo de 24 horas contadas desde el momento que se haya efectuado el ingreso. En este caso, el asegurado tendrá que presentar una certificación del médico que la atienda en la cual conste el número de mutualista. Su nombre y apellidos, la fecha y la hora de admisión hospitalaria y el diagnóstico provisional.

6.3 En el plazo máximo de 7 días a contar desde el día que haya finalizado la permanencia en el hospital, una certificación en la cual se indique la evolución del proceso y el diagnóstico definitivo, firmada por el médico que haya atendido al asegurado y por la administración del centro hospitalario, en el cual se acredite la fecha de alta y los servicios efectuados.

A criterio y por decisión de la Junta Directiva, la documentación mencionada podrá ser substituida por una certificación global del centro hospitalario que contenga la misma información.

Cuando sea preceptiva autorización de la Mutua -excepto en caso de hospitalización urgente, intervención quirúrgica urgente o servicio de urgencia- esta dispondrá de un período mínimo de dos días laborables para expedir la correspondiente autorización

Artículo 7º. Asistencia practicada por servicios autorizados.

La asistencia sanitaria prestada por los servicios autorizados por la Mutua tiene los límites específicamente determinados en el anexo de este Reglamento.

Cuando la asistencia se practique en servicios autorizados, la Mutua abonará directamente a quien le haya prestado el importe de dicha asistencia. En este caso, el asegurado solo tendrá que abonar el importe de la franquicia en los casos en los que esté establecida. El importe de las franquicias abonadas por prestaciones de acupuntura será devuelto por la Mutua al asegurado siempre que aquellas prestaciones tengan por objeto el tratamiento de lumbalgias crónicas de más de dos años de evolución.

En caso que el asegurado, cuando precise una asistencia sanitaria, se encuentre en un lugar del Estado español que no conste en el Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados que le habrá sido facilitado, lo comunicará previamente a la Mutua, siempre que sea posible, y ésta le indicará los centros médicos o los facultativos que la puedan atender.

La asunción por parte de la Mutua del importe de la asistencia requiere que el asegurado presente en los servicios autorizados los documentos siguientes:

1. Documento nacional de identidad o, si es el caso, tarjeta de residencia.
2. Identificación y acreditación de la condición de asegurado.
3. Acreditación, mediante el recibo correspondiente, de haber pagada la última cuota a la Mutua.
4. Autorización previa expresa de la Mutua siempre que se trate de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas. Se exceptúan de esta autorización las pruebas y los tratamientos siguientes
 - Aerosolterapia.
 - Análisis clínicos (excepto citogenética biología molecular, genética y genética molecular).
 - Audiometría.
 - Broncospirometría.
 - Campimetría ocular.
 - Citologías.
 - Claudicometría simple.
 - Colposcopias.
 - Desbridamiento de abscesos sin anestesia general.
 - Doppler.
 - Ecografías.
 - Electrocardiograma.
 - Estudios anatomopatológicos de biopsias y piezas quirúrgicas.
 - Extracción de biopsia en consulta.
 - Extracciones de piezas dentarias.
 - Fibroendoscopia nasal, rinofaringea y laringea, y salpingoscopia.
 - Impedanciometría.
 - Infiltraciones articulares y artrocentesis.
 - Pletismografía.
 - Pruebas alérgicas (excepto de alto riesgo).
 - Radiología digestiva con contraste baritado.
 - Radiología general sin contraste.
 - Radiología urológica con contraste yodado (excepto uro dinámico).
 - Rectoscopia.
 - Tratamiento ortopédico con yeso.

Artículo 8º. Asistencia practicada por servicios no autorizados.

8.1 La asistencia sanitaria prestada por servicios no autorizados se cubre por la prestación establecida en el artículo 5.10 en los términos que se determinan, para las prestaciones de las especialidades de pediatría y ginecología de acuerdo con el apartado 8.5 de este artículo, así como también en los términos contenidos en el anexo de este Reglamento cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

8.1.1 Se trata de asistencias de urgencia que haya sido imposible practicar, por razones justificadas, por los servicios autorizados.

8.1.2 Se trata de una intervención u hospitalización no practicada por los servicios autorizados de la Mutua, consistente en una técnica homologada y consensuada por la comunidad científica, que no tenga carácter experimental, tanto si se tiene que realizar en España como en el extranjero. Esta prestación requerirá autorización previa de la Mutua.

Cuando el asegurado se le practiquen varias intervenciones en una sola sesión operatoria, el importe de la indemnización será el resultado de añadir al tanto alzado de la intervención de coste más elevado, el tanto por ciento que corresponda para cada una de las otras según baremo, pero nunca superior al 50% de aquel.

8.2 El asegurado notificará previamente a la Mutua- siempre que esto sea posible y, en cualquier caso, en el plazo más breve posible una vez efectuado el ingreso hospitalario precisado- la asistencia sanitaria requerida.

8.3 La Mutua podrá optar entre hacerse cargo del abono de la asistencia sanitaria en el centro que la hubiese practicado o bien reembolsar la cantidad correspondiente al asegurado.

8.4 Para proceder al reembolso se tendrán que cumplir las condiciones siguientes, que podrán ser realizadas por el propio asegurado o bien por otra persona en nombre suyo:

8.4.1 Presentación de un informe médico en el cual conste la información siguiente:

- Persona a quien se haya realizado la asistencia.
- Naturaleza, fecha e importe de los actos médicos realizados.
- Persona o personas, físicas o jurídicas, que haya prestado la asistencia, con indicación del nombre, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal.

8.4.2 **En caso de intervención quirúrgica, hospitalización, y realización de pruebas diagnósticas y/o métodos terapéuticos, remisión en la Mutua de un informe médico en el cual consten los datos siguientes:**

- Asegurado.
- Diagnóstico y naturaleza de la enfermedad.
- Tipo de tratamiento efectuado y probable duración.
- Centro asistencial de ingreso.
- Fecha y hora del ingreso.

8.4.3 Para las prestaciones de acupuntura cubiertas será suficiente la presentación de un informe médico que contenga el diagnóstico y justifique el tratamiento requerido.

8.4.4 En los casos de hospitalización, comunicación del periodo de internamiento una vez finalizado.

8.4.5 Presentar las facturas originales de los gastos generados.

8.4.6 Informe de alta médica, en el cual se haga constar la continuidad asistencial oportuna cuando esta sea necesaria, excepto para las prestaciones de acupuntura.

8.4.7 Cumplimentar debidamente el impreso de solicitud de reembolso.

Toda la documentación tiene que ser aportada mediante documentos originales redactados de forma fácilmente legible en lengua catalana o castellana. Siempre que los documentos estén redactados en otras lenguas, el asegurado tendrá que hacerlos traducir a su cargo.

El incumplimiento de las condiciones expuestas en los párrafos anteriores libera a la Mutua de la obligación de reembolsar los gastos de asistencia, excepto que aquel sea debido a circunstancias de fuerza mayor aceptadas por la Junta Directiva caso por caso.

Una vez recibida toda la documentación preceptiva y realizadas, si proceden, las comprobaciones oportunas, la Mutua reembolsará el importe de los gastos de la asistencia o, si éste no fuera aceptado, consignará la cantidad garantizada, en un plazo de 10 días laborales.

El importe de los gastos de asistencias practicadas en el extranjero y abonadas en monedas diferentes del euro se calculará según el cambio oficial del euro en el momento que el asegurado efectuó el pago.

8.5 Será de aplicación exclusiva para aquellos asegurados que hayan optado por el Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados Alter Médico Plus y, por tanto, en ningún caso se aplicará a los asegurados del Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados Alter Médico el que se indica seguidamente:

8.5.1 Además de los supuestos establecidos en el anterior punto 8.1, la Mutua garantiza el reembolso parcial (80%) del importe de los honorarios profesionales para las prestaciones de las especialidades de pediatría y ginecología que precise el asegurado efectuadas por profesionales ajenos al Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados, de acuerdo con los límites máximos de indemnización especificados en el anexo de este Reglamento.

El porcentaje indicado se aplicará individualmente a cada concepto de los señalados en el anexo, operando, en cada caso, el límite máximo establecido en cada uno de ellos; en el bien entendido que el límite máximo absoluto sólo actuará cuando el asegurado haya satisfecho, previamente, los honorarios de los diferentes conceptos individuales a los cuales se refiere su indicado límite máximo absoluto.

Artículo 9º. Periodos de carencia.

Las asistencias para las cuales se establece un periodo de carencia y la duración de éstas figuran en el anexo de este Reglamento.

Artículo 10º. Franquicias.

Se establecen las franquicias relacionadas en el anexo de este Reglamento.

El importe de las franquicias establecidas en estas condiciones generales podrá ser incrementado por la Mutua para los actos médicos que deban practicarse en aquellos servicios autorizados que registren un notable desvío del coste de dichos actos médicos en los que se fundamentan económicamente los cálculos actuariales del seguro. El importe de las franquicias será, en aquellos casos, lo que técnicamente corresponda para ajustar la base de los referidos cálculos actuariales, sin que pueda superar el triple del importe general de la franquicia establecido para cada anualidad, y será comunicado a los tomadores tanto su importe concreto como el momento en que tome efectos de su eventual aplicación.

Asimismo, se podrá suscribir esta sección en la modalidad de sin franquicias con la correspondiente cuota y condiciones establecidas en este reglamento.

Artículo 11º. Riesgos excluidos.

Quedan expresamente excluidas y no causan derecho a ninguna prestación los gastos siguientes:

11.1 Generadas por enfermedades, defectos, lesiones o malformaciones en las cuales concurra alguna de las circunstancias relacionadas a continuación, ser:

11.1.1 Previa a la fecha de inscripción a la Sección o derivadas de la valoración técnica de la Declaración de salud. Asimismo, esta exclusión no se aplicará a los hijos de mutualistas que tengan presentada la solicitud de inscripción en la Sección antes de octava semana de gestación o bien, cuando haya comunicado, con motivo de su nacimiento, la inscripción en el seguro con posterioridad al plazo indicado en el segundo párrafo del artículo 4º.

11.1.2 Derivadas de autolesiones o de intentos de suicidio.

11.1.3 Derivadas de causas no patológicas o de tratamientos producidos por estas causas.

11.1.4 Complicaciones del embarazo cuando el asegurado se encuentre en periodo de carencia.

11.1.5 Derivadas de drogadicciones, de intoxicaciones por drogas, incluidas la embriaguez, o del consumo de medicamentos efectuado sin prescripción médica o sin observar la prescrita.

11.1.6 Derivadas de enfermedades profesionales, de accidentes de trabajo cubiertos por el seguro laboral, de accidentes de vehículos a motor cubiertos por el seguro de subscripción obligatoria, de accidentes deportivos

cubiertos por el seguro obligatorio deportivo, de accidentes de caza u otras situaciones cubiertas por seguro obligatorio o por un tercer responsable.

11.1.7 Producidas como consecuencia de la práctica profesional o competitiva de cualquier deporte o actividad deportiva, y de todos aquellos que estén amparados por el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, que determina las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo o por un seguro específico de accidentes deportivos. Así mismo, queda excluida la práctica de deportes de aventura y la práctica como aficionado de o de actividades de riesgo o que comporten una especial peligrosidad (entre esos y esas se incluyen, a título meramente enunciativo y no limitativo, los deportes de montaña, la escalada, la espeleología, el rafting, el barranquismo, la travesía de glaciares, el paso de montaña con cordada, el descenso de montaña o downhill, el enduro de cross country, el ala delta, el paracaidismo, el parapente, el puenting, el hidrospeed, la motonáutica, esquí acuático, el surf y sus modalidades, los de combate, el rugby, los toros, los deportes hípicos, la caza, esquí fuera de pistas, la práctica de deportes aéreos, y en general los deportes similares a los anteriores, o de nueva creación, los cuales puedan considerarse de riesgo).

11.1.8 Ocasionadas por conductas o actos realizados con ánimo fraudulento.

11.1.9 Derivadas de alteración del orden público, de peleas, de desafíos o de cualquier otra acción punible según la legislación penal vigente y atribuible al asegurado.

11.1.10 Producidas como consecuencia de situaciones excepcionales (como guerras, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, alzamientos, actos de terrorismo, maniobras militares o catástrofes naturales y epidemias declaradas oficialmente) o derivadas de radiación nuclear o de contaminación radioactiva.

En los casos de accidentes laborales y en los de enfermedades profesionales, cuando el asegurado trabaje por cuenta de otro, de accidentes de circulación y de accidentes de caza, la Mutua podrá acordar hacerse cargo de la asistencia cuando concurren los requisitos siguientes:

- Solicitud por escrito por parte del asegurado.
- Asistencia sanitaria prestada en servicios autorizados por la Mutua.
- Cesión a la Mutua de todos los derechos de subrogación que tenga el asegurado.
- Suministro a la Mutua de todos los documentos y la colaboración que ésta considere necesarios.

11.2 Generadas por los tratamientos siguientes:

11.2.1 Interrupción voluntaria del embarazo sin causa médica justificada o los supuestos que se encuentren fuera de los establecidos por la legislación vigente sobre la materia, y pruebas diagnósticas relacionada con ésta.

11.2.2 Tratamiento del bruxismo – excepto la corrección de sus efectos en la articulación temporo-mandibular (ATM) mediante intervención quirúrgica, la cual está cubierta por el seguro.

11.2.3. La diálisis y la hemodiálisis; así mismo, quedan expresamente cubiertas la diálisis y la hemodiálisis en caso de urgencia o de insuficiencia renal aguda.

11.2.4 Tratamientos de logopedia y foniatría, siempre que no sean necesarios como consecuencia de una patología orgánica. Se excluyen específicamente los tratamientos de reeducación y las terapias educativas, así como los derivados de problemas dentofaciales o preortodóncicos.

11.2.5 En reproducción asistida, el coste de la congelación y el mantenimiento de embriones de las situaciones no específicamente cubiertas; asimismo, se excluyen los costes correspondientes a la preparación del donante y a la obtención y la preparación del semen y/o óvulo de donante.

11.2.6 Hospitalizaciones derivadas de problemas o causas de origen familiar o social.

11.2.7 Asistencia motivada por procesos seniles, degenerativos y otros en los cuales la permanencia en régimen de internado no sea considerada necesaria por facultativo autorizado.

11.2.8 Consultas y tratamientos de ortodoncia, actuaciones preprotésicas, ortodoncias, implantaciones, profilaxis, mantenimiento e intervenciones dentales no expresamente autorizadas por este Reglamento.

11.2.9 Prótesis de cualquier tipo, ortesis, así como piezas anatómicas, ortopédicas o biológicas, material de osteosíntesis y osteotaxis así como los costes de proceso y preservación de órganos y tejidos humanos, salvo los / las amparadas por la cobertura de prótesis de la Mutua, siempre que el asegurado esté previamente asegurado en ese título. Están también excluidos los materiales y los instrumentos necesarios para colocar prótesis, material de osteosíntesis y de osteotaxis.

11.2.10 Intervenciones para la colocación de prótesis peneana cuando no se haga por indicación vascular o neurológica.

11.2.11 Tratamientos esclerosante de las dilataciones venosas de las extremidades inferiores cuando éstos no sean substituidos del tratamiento quirúrgico de las varices patológicas.

11.2.12 Internamientos de carácter médico o quirúrgico a causa de obesidad no mórbida.

11.2.13 Intervenciones con láser quirúrgico o cosmético excepto de los siguientes:

- Corrección quirúrgica de defectos de refracción ocular mediante láser u otras técnicas cuando el número de dioptrías, derivadas de una misma enfermedad o patología ocular, sea igual o superior a cinco en un mismo ojo.
- Láseres Yag, Argo, Diode y de Hipertermia utilizados en oftalmología.
- Láser quirúrgico para el tratamiento de la hipertrofia benigna prostática.
- Láser quirúrgico para el tratamiento de la hipertrofia de cornetes y la amigdaloadenoidectomia.
- Láser quirúrgico por la patología tumoral del cuello uterino.
- Láser quirúrgico por el tratamiento de las hemorroides.
- Láser para la fragmentación o destrucción de los cálculos urinarios asocial a técnicas endoscópicas (lasertrípsia endoureteral).
- Láser quirúrgico para la patología tumoral maligna de laringe.

11.2.14 Determinaciones del mapa genético, los cuales tienen por finalidad conocer la predisposición a sufrir determinadas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, y las que, a pesar de ser de carácter o con finalidad diagnóstica, no influyen o no aportan ningún elemento al tratamiento aplicable.

11.2.15 Actuaciones preventivas, específicamente las revisiones y los exámenes médicos generales de carácter preventivo no expresamente autorizado en este Reglamento.

11.2.16 Consultas, servicios y tratamientos con finalidades puramente estéticas o cosméticas o derivados de los mismos, Asimismo, queda incluidos los siguientes:

- Consultas a endocrinos o dietistas a causa de obesidad.
- Tratamientos de cirugía dermatológica menor por lesiones patológicas mínimas de tipo benigno.
- Remodelación mamaria contra lateral, en caso de neoplasia de mama.

11.2.17 Servicios consistentes en tratamientos en balnearios o en meras actividades de ocio, confort, reposo o deporte.

11.2.18 Tratamientos y técnicas no aprobadas por las autoridades sanitarias y científicas competentes del Estado Español, o que sean experimentales o se encuentren en fase de estudio, o que no estén previstos de forma generalizada y pautada en el protocolo habitual de la disciplina o especialidad médica correspondiente.

11.2.19 Corrección quirúrgica de la presbicia (vista cansada).

11.2.20 Servicios consistentes en técnicas de diagnóstico o en tratamientos de nueva aparición que no tengan contrastada científicamente una aportación positiva para la curación.

11.2.21. Tratamientos que requieren la utilización de la Cámara Hiperbárica.

11.2.22. Trasplante de órganos, así como las consultas y pruebas para determinar la posibilidad de ser donante. No obstante, quedan cubiertas por el seguro, el trasplante de córnea y el autotrasplante de médula ósea.

11.2.23 Terapias Biológicas utilizadas para tratamientos oncológicos, salvo las especialmente utilizadas por el título, para los seguros que tengan cubiertos determinados anticuerpos monoclonales.

11.2.24 Tratamientos por ondas de choque, salvo para la litofragmentación urológica o por la rehabilitación de las patologías del aparato locomotor siguientes: lesiones de tendinitis de codo, rotuliana, aquilea, fascitis plantar con o sin espolón calcáneo, tendinopatías los manguitos rotadores con o sin calcificaciones.

11.3 Generadas por los suministros y servicios siguientes:

11.3.1 Productos farmacéuticos no distribuidos ni administrados en régimen de hospitalización. Asimismo, los anticuerpos monoclonales expresamente autorizados por la póliza y administrados en régimen de hospitalización, quedarán cubiertos por el seguro siempre que sean utilizados exclusivamente en tratamientos oncológicos.

11.3.2 Productos farmacéuticos distribuidos en régimen ambulatorio, excepto de los productos mencionados en el artículo 5.2.9 los cuales quedan cubiertos en las condiciones establecidas por aquél.

11.3.3 Vacunas que no estén específicamente cubiertas, incluida su administración.

11.3.4 Cama para el acompañante en unidades de vigilancia o de curas intensivas, en servicios de atención a los neonatos (unidades de neonatología) y de psiquiatría.

11.3.5 Viajes y desplazamientos, excepto el traslado en vehículo sanitario del asegurado en los términos que prevea este Reglamento.

11.3.6 Técnica quirúrgica asistida por robótica (Da Vinci y similares o comparables) salvo para el tratamiento de las siguientes patologías:

- Prostactomía por patología tumoral maligna de próstata
- Cirugía oncológica abdominal por cáncer colorrectal
- Endometriosis profunda infiltrativa

11.3.7 Utilización de los Neuro navegadores, a excepción de los utilizados para la cirugía de las patologías o lesiones que afecten al sistema nervioso central, las ablaciones y / o intervenciones cardíacas donde sea imprescindible.

11.4 Derivadas de asistencias en las cuales concurra alguna de las circunstancias siguientes, ser:

11.4.1 Injustificadas médicamente o insuficientemente contrastadas científicamente.

11.4.2 Requeridas por el asegurado con manifiesto abuso de derecho.

11.4.3 Tratamientos claramente superados por otros disponibles y cubiertos por la Sección.

11.4.4 Tratamientos que no tengan suficientemente probada una contribución eficaz, entre los cuales la mesoterapia, la hidroterapia, la quiropraxia, la osteopatía, la ozonoterapia, la presoterapia y otros similares. Asimismo, los tratamientos de ozonoterapia quedarán cubiertos en los casos de hernia discal y espondilitis anquilopoyética, siempre y cuando sean practicados por servicios autorizados, y con los límites que se especifican en el anexo.

11.4.5 Aplicadas a situaciones crónicas, incurables, y terminales que no tengan, estas últimas, justificación médica.

11.4.6 Consultas, servicios y situaciones patológicas derivadas de un tratamiento prescrito o efectuado por una persona no autorizada o derivados del incumplimiento de las prescripciones del médico autorizado responsable de la curación.

11.4.7 Prestadas por personas vinculadas familiarmente con el asegurado por relación conyugal o de parentesco hasta el segundo grado. Incluido, de consanguinidad o de afinidad.

11.4.8. Prestadas por hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública, integrados en el sistema de la Seguridad Social de España y / o dependientes de las Comunidades Autónomas. En todo caso, la Mutua se reserva la facultad de reclamar al asegurado el recobro de los gastos que haya tenido que abonar al sistema sanitario público, por la asistencia médica-quirúrgica y hospitalaria prestada.

11.4.9 Estancias hospitalarias del asegurado para acompañar a su hijo o tutelado menor de edad.

11.4.10. Derivadas o consecuencias de prestaciones no cubiertas o excluidas de cobertura del seguro.

Artículo 12º. Extinción de la relación de protección

Respecto de cada persona protegida, la relación de protección se extingue por fallecimiento y por traslado de residencia en el extranjero o por no residir un mínimo de 9 meses al año en territorio nacional, salvo que se acuerde la baja voluntaria temporal con los efectos propios de la misma.

Artículo 13º. Cuotas.

El mutualista está obligado al pago de la cuota anual en el momento de la suscripción del seguro. A pesar del carácter anual de la cuota, podrá abonarse mediante cuotas mensuales.

Artículo 14º. Modalidades de suscripción

Así mismo, se establece la posibilidad de suscribir esta prestación, en cualquiera de las modalidades suscritas, con la supresión de las franquicias detalladas en el artículo 10.

La modalidad de suscripción se tendrá de efectuar por la totalidad de los miembros de la unidad familiar.

Sección 2ª. Cobertura por prótesis.

Artículo 1º. Regulación.

Las prestaciones, los derechos y los deberes derivados de esta Sección están regulados por:

1. Este Reglamento.
2. El Reglamento general de prestaciones.
3. Los Estatutos de la Mutua.
4. Las disposiciones generales que sean de aplicación (leyes y reglamentos administrativos).

También se tendrán que tener en cuenta, cuando éstas existan, las condiciones específicas establecidas en el documento de inscripción en la Sección.

Artículo 2º. Definiciones.

A efectos de esta Sección, se entiende por:

- Prótesis: pieza o aparato utilizado como substitutivo de un órgano, de parte de un órgano, o de la función de éste.
- Prótesis biomecánica: prótesis dotada de componentes mecánicos y/o electrónicos.
- Prótesis de implantación interna: prótesis, la colocación de la cual precisa una intervención quirúrgica.
- Material de osteosíntesis: el que se utiliza específicamente para fijar internamente fragmentos de huesos.
- Material de osteotaxis: el que se utiliza para unir una fractura de hueso mediante fijadores externos.

Son de aplicación a esta Sección las definiciones contenidas en la Sección Asistencia Sanitaria (Alter Médico Plus o Alter Médico) de este Reglamento.

Artículo 3º. Objeto.

3.1 Mediante esta Sección se cubren, en los términos establecidos en este Reglamento, las contingencias siguientes:

1. Prótesis de implantación interna.
2. Prótesis biomecánicas de extremidad superior o inferior, siempre que, en el momento de pérdida de la extremidad, el asegurado se encuentre en situación de alta en esta Sección.
3. Costes derivados del proceso y preservación de los tejidos y órganos humanos.
4. Material biológico.
5. Material de osteosíntesis y osteotaxis.
6. Audífonos.
7. Aparatos de fonación.
8. Sillas de ruedas para disminuidos.

3.2 La prestación asegurada consiste, con carácter general, en:

a) La cobertura económica por parte de la Mutua del 100% del coste de la contingencia económica, cuando ésta sea proporcionada por alguna de las empresas proveedoras con las que la Mutua mantiene un acuerdo de colaboración, con un importe máximo para prótesis o material implantado establecido en el anexo.

b) Percibir una indemnización económica equivalente al 90% de coste de la contingencia en los casos y que corresponda al asegurado el pago de la prótesis y ésta haya acreditado haberse hecho cargo del mismo, con el límite máximo de indemnización establecido en el anexo en función de la prótesis precisada.

3.3 Asimismo, con independencia del importe resultante de la aplicación de los porcentajes anteriormente mencionados, los límites máximos de indemnización económica serán en todo caso, para cada contingencia, los contenidos en el anexo.

3.4 En el supuesto de la prótesis de implantación interna y el material de osteosíntesis requeridos por el asegurado no figurasen en el anexo, la indemnización se valorará por similitud con las prótesis análogas que sí figuren, sin que en ningún caso la indemnización pueda ser superior al importe máximo que el baremo establezca para la prótesis consideradas análogas por la Mutua, sin tener en cuenta, a los efectos de determinar este límite máximo de indemnización, el importe correspondiente a la prótesis biomecánica externa de extremidad superior o inferior.

3.5 En los casos en los cuales, a criterio de la Dirección Médica de la Mutua, debidamente motivado, concurren circunstancias médicas especiales, la Junta Directiva de la Mutua podrá acordar que la indemnización máxima resultante de la aplicación del párrafo anterior sea incrementada hasta el importe propuesto por Dirección Médica.

3.6 El importe de la indemnización procedente incluye siempre el material de implantación de prótesis que la intervención requiera.

Artículo 4º. Nacimiento de la relación de protección

La relación de protección nace en el momento que queda formalizada la inscripción en la Sección, para la cual se tienen que cumplir las condiciones establecidas en el artículo 4 de la Sección Asistencia Sanitaria (Alter Medic Plus o Alter Medic) de este Reglamento.

Artículo 5º. Acceso a las indemnizaciones garantizadas.

Se tendrá derecho a percibir las prestaciones garantizadas siempre que el asegurado cumpla todas las condiciones siguientes:

5.1 Estar al corriente en el pago a la Mutua de las cuotas correspondientes.

5.2 Presentar en la Mutua un informe realizado por el médico que haya efectuado la prestación, en el que consten los datos siguientes:

5.2.1 Nombre y apellidos del paciente.

5.2.2 Número de mutualista correspondiente al paciente.

5.2.3 En función de la prestación efectuada:

- Intervención o práctica médica realizada y, según cada caso, material biológico utilizado, tejidos procesados y preservados, o material de osteosíntesis o de osteotaxis requerido.
- Intervención o práctica médica realizada y especificación de la prótesis implantada o dispensada.
- Especificación de los audífonos, aparatos de fonación o silla de ruedas dispensadas.

5.2.4 Fecha de hospitalización y de alta médica, cuando la primera sea necesaria.

5.3 Presentar en la Mutua la factura acreditativa de haber efectuado el pago de la contingencia cubierta.

5.4 Permitir, el asegurado o sus familiares, que médicos designados por la Mutua visiten al asegurado y lleven a cabo cualquier comprobación que se considere necesaria sobre el estado de salud, especialmente la consulta a los médicos que la atienden, y facilitar todo tipo de información sobre las circunstancias o consecuencias del accidente o enfermedad y de su tratamiento. La Mutua se obliga a respetar la confidencialidad de la información obtenida en los términos regulados por la legislación vigente.

5.5 Las prótesis que se puedan utilizar en vasectomía y esterilización tubárica tienen un periodo de carencia de un año.

Artículo 6º. Periodos de carencia

Para cualquier prestación de este seguro se establece un periodo de carencia y la duración de estos que figuran en el anexo de este Reglamento.

Artículo 7º. Exclusiones.

Quedan expresamente excluidas de este seguro las prestaciones siguientes:

7.1 Por las propias características de las prótesis:

7.1.1 Prótesis que precisen una sustitución periódica regular.

7.1.2 Prótesis y ortodoncias odontoestomatológicas, así como cualquier material, biológico o no, relacionado con la implantología dental.

7.1.3 Ortesis y utensilios ortopédicos externos, a excepción de las prótesis biomecánicas de extremidad superior o inferior, de los audífonos y de las sillas de ruedas para disminuidos.

7.1.4 Gafas y lentes de contacto de cualquier clase y lentes intraoculares derivadas de la corrección quirúrgica de la presbicia.

7.2. Todas aquellas solicitudes de prestación en las que concurra alguna de las circunstancias siguientes:

7.2.1 Derivadas de patologías congénitas o bien de situaciones patológicas adquiridas o derivadas de situaciones anteriores a la inscripción a la Sección, de acuerdo con la validación técnica que la Mutua haga de la Declaración de salud presentada por el asegurado en el momento de su inscripción.

7.2.2 Resultantes de accidentes de trabajo cuando el asegurado tenga asegurada esta contingencia y resultantes de enfermedades laborales.

7.2.3 Derivadas de drogadicciones, de intoxicaciones por drogas o producidas por el consumo de medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso (psicofármacos).

7.2.4 Derivadas de causas no patológicas.

7.2.5 Derivadas de accidente de circulación.

7.2.6 Producidas como consecuencia de la práctica profesional o competitiva de cualquier deporte, de la realización federada de cualquier tipo de deporte o actividad deportiva, de la práctica de deportes de aventura y de la práctica como aficionado de deportes o de actividades de riesgo o que comporten una especial peligrosidad (entre aquellos y aquellas se incluyen, a título meramente enunciativo y no limitativo, los deportes de montaña, la escalada, los de combate, el rugby, los toros, los deportes hípicos, la caza, la práctica de deportes aéreos, y en general los deportes similares a los anteriores, o de nueva creación, los que puedan considerarse de riesgo).

7.2.7 Producidas por la práctica de caza u otras situaciones cubiertas por el seguro obligatorio o por un tercero responsable.

7.2.8 Ocasionadas por conductos o actos realizados con ánimo fraudulento, y las requeridas con manifiesto abuso de derecho.

7.2.9 Derivadas de autolesiones o de intentos de suicidio.

7.2.10 Derivadas de peleas, desafíos y de cualquier otra acción punible según la legislación penal vigente y atribuible al asegurado.

7.2.11 Producidas como consecuencia de las siguientes situaciones excepcionales: guerras, insurrecciones, rebeliones, alzamientos, terrorismo, maniobras militares y epidemias declaradas oficialmente.

7.2.12 Provenientes de catástrofes naturales declaradas por las autoridades competentes.

7.2.13 Derivadas de radiación nuclear o contaminación radioactiva.

7.2.14 Injustificadas médicamente o insuficientemente contrastadas científicamente.

7.2.15 Prestaciones superadas por otros disponibles y cubiertas, y prestaciones requeridas por motivos estéticos o derivadas de las mismas.

7.2.16. Derivadas o consecuencia de prestaciones no cubiertas o excluidas de la cobertura del seguro.

En los casos de accidentes laborales y en los de las enfermedades profesionales, cuando la persona protegida trabaje por cuenta ajena, de accidente de circulación o de accidente de caza, la Mutua podrá acordar hacerse cargo de la asistencia, cuando concurran los requisitos siguientes:

- Solicitud por escrito por parte del asegurado.
- Asistencia sanitaria prestada en servicios autorizados por la Mutua.
- Cesión a la Mutua de todos los derechos de subrogación que tuviese el asegurado.
- Subministro a la Mutua de todos los documentos que ésta considere necesarios.

Artículo 8º. Cuotas

El mutualista está obligado al pago de la cuota anual en el momento de la suscripción del seguro. A pesar del carácter anual de la cuota, podrá abonarse mediante cuotas mensuales.

Sección 3ª. Asistencia en Viaje:

Artículo 1º. Preliminar

La presente Sección con sus anexos, junto con las condiciones particulares establecidas en el título de mutualista, las condiciones generales para tener derecho a las prestaciones incluidas en el Título I de los Reglamentos, los Estatutos de Alter Mutua y las disposiciones legales de aplicación, en especial las reguladoras de las Mutualidades de Previsión Social, regulan la sección de Asistencia en Viaje, definiendo el alcance de las prestaciones garantizadas y los derechos y deberes de las partes.

Artículo 2º. Definiciones

A efectos de esta póliza de seguro, se entiende por:

Accidente: hecho producido durante la vigencia del seguro por una causa externa, súbita, violenta y ajena a la voluntad del asegurado y que produce una lesión.

Asistencia: servicio necesario prestado por un profesional sanitario legalmente habilitado.

Enfermedad: alteración del estado de salud diagnosticada por un médico, producida durante la vigencia del seguro y no derivada de accidente, que precisa una asistencia médica.

Hospital, clínica o centro hospitalario: centro, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones que cumpla las condiciones siguientes:

- Disponer de los medios necesarios para realizar diagnósticos y practicar tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas.
- Admitir únicamente el ingreso de personas enfermas o lesionadas.
- Disponer de médicos y personal sanitario las 24 horas del día.
- Practicar los tratamientos médicos y las intervenciones quirúrgicas necesarias recurriendo a profesionales cualificados únicamente.

En ningún caso se consideran hospitales los balnearios, las casas de reposo, los asilos, los centros dedicados al tratamiento de enfermedades crónicas ni los establecimientos o las instituciones similares a las citadas.

Lesión: cambio patológico en un tejido o en un órgano sano que altera la integridad física o el equilibrio funcional y que conlleva un daño anatómico o fisiológico.

Médico: doctor o licenciado en medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente una enfermedad o lesión.

Mutua: Alter Mutua de Previsión Social de los Abogados.

Asegurado: persona física expuesta al riesgo asegurado.

Póliza: documento o documentos que contienen las cláusulas y los pactos reguladores del contrato de seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas condiciones generales y, siempre que existan, las condiciones particulares o específicas, así como los apéndices que recojan, si procede, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato. La solicitud de seguro también forma parte de la póliza.

Prestación: obligación o conjunto de obligaciones que asume la Mutua para con el tomador, el asegurado o el beneficiario.

Prima: precio de la cobertura, cuyo importe, juntamente con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá ser satisfecho por el tomador o por el asegurado según las condiciones establecidas en la póliza.

Relación de protección: relación entre la Mutua y el tomador, el asegurado y el beneficiario, que procura una protección consistente en la prestación de que se trate en cada caso.

Tomador: persona que suscribe el seguro.

Urgencia: situación grave que requiere una asistencia inmediata porque el retraso podría ocasionar un daño irreparable a la integridad física del asegurado.

Urgencia hospitalaria: urgencia que requiere una asistencia hospitalaria inmediata.

No tienen esta consideración, por lo tanto, las situaciones siguientes:

- Aquellas que, a pesar de ser graves, o precisen una atención hospitalaria inmediata y puedan ser correctamente tratadas por consulta externa.
- Las asistencias y los servicios sanitarios practicados por los servicios ordinarios del hospital después de haber sido atendida la urgencia por parte de los servicios específicos de urgencias del centro.

Artículo 3º. Objeto

Mediante este seguro la Mutua cubre las prestaciones establecidas en la póliza siempre que el asegurado se encuentre de viaje fuera de España o, dentro de España, a más de 30 km de su domicilio habitual, a excepción de los países y territorios relacionados en el Anexo.

Sin embargo, las prestaciones reguladas en los apartados 4.2.1, 4.2.2, 4.3.1, segundo párrafo, 4.6.1, 4.7.2, 4.7.3, 4.7. y 4.7.5, sólo se aplicarán cuando el asegurado se encuentre de viaje en otro país.

Artículo 4º. Descripción de la cobertura

Las prestaciones garantizadas por este seguro, en las condiciones establecidas por esta póliza, son las que se indican a continuación:

4.1. Suministro de información

4.1.1. Informaciones de viaje. A petición del asegurado, la Mutua le suministrará información sobre los siguientes aspectos:

- Vacunación, necesidad de visado y cualquier otro requisito para poder acceder a otro país, contenido en la edición más reciente del manual de información sobre viajes publicado por la Asociación Internacional de Transporte Aéreo y conocido como "T.I.M.". Sin embargo, la Mutua no será responsable en caso de inexactitud de la información contenida en el "T.I.M." en cuestión.
- Direcciones y número de teléfono de las Embajadas y Consulado de cualquier país del mundo.

4.1.2. Transmisión de mensajes. - La Mutua, a petición del asegurado, efectuará la transmisión, a través del medio o entidad más apropiada en cada caso, de los mensajes urgentes derivados de acontecimientos cubiertos por el seguro.

4.2. Asistencia sanitaria: La Mutua prestará las asistencias sanitarias siguientes, que requerirán siempre (excepto en caso de imposibilidad material), el acuerdo previo del médico del centro que deba efectuarlas con el equipo médico de la Mutua:

4.2.1. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización. Si, como consecuencia de una enfermedad o accidente producidos en el extranjero, la persona protegida precisa asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la Mutua se hará cargo de los gastos siguientes **hasta el importe máximo de 12.000 euros.**

- Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- Los gastos farmacéuticos prescritos por el médico.
- Los gastos de hospitalización.

4.2.2. Gastos odontológicos de urgencia. - Si el asegurado se encuentra de viaje en el extranjero y sufre una afección odontológica aguda (como infecciones, dolores o traumatismos) que requiera un tratamiento de urgencia, la Mutua se hará cargo de los gastos que se deriven de la misma, **hasta el importe máximo de 120,20 euros.**

4.3. Desplazamiento de un familiar

4.3.1. Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel. - Cuando el asegurado se encuentre hospitalizada a más de 30 km de su domicilio o residencia habitual y esté previsto un ingreso hospitalario superior a 5 días, la Mutua se encargará de que, a través del medio o entidad más adecuada en cada caso, se ponga a disposición de un familiar del asegurado un billete de ida y vuelta al hospital en cuestión para acompañarlo.

4.3.2. Cuando la hospitalización sea en el extranjero, la Mutua también reembolsará los gastos de estancia del familiar en un hotel, **con el límite de 30,05 euros por día hasta un importe máximo total de 300,51 euros, previa presentación de las facturas correspondientes.**

4.4. Retorno anticipado del asegurado

4.4.1. Retorno anticipado del asegurado a causa de la muerte de un familiar. - Si el asegurado se encontrase de viaje, y en España muriera su cónyuge, un ascendente o descendiente suyo de primer grado o un hermano o hermana, la Mutua se haría cargo de los gastos siguientes si el medio empleado para el viaje o el billete contratado para la vuelta no permitiera adelantarla:

- Gastos de transporte del asegurado hasta el lugar del entierro en España del familiar fallecido.
- Gastos del billete de vuelta al lugar donde se encontraba de viaje siempre que, por motivos profesionales o personales, tenga que continuarlo.

4.4.2. Retorno anticipado del asegurado a causa de un siniestro grave en su domicilio. - Si el asegurado se encontrase de viaje y se produjese en su domicilio un siniestro de tanta gravedad que éste quedara inhabitable, la Mutua se encargaría de que, a través del medio o entidad más adecuado en cada caso, se pusiera a disposición del asegurado un billete de tren o de avión para volver a su domicilio.

La Mutua asumirá también los gastos del billete de vuelta al lugar donde se encontraba de viaje, siempre que le sea preciso continuarlo, por motivos profesionales o personales. Esta vuelta se realizará con el mismo medio de transporte que la Mutua le habría facilitado para volver de forma anticipada a su domicilio.

4.5. Transporte o repatriación sanitaria

4.5.1. Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos. - En caso de que el asegurado sufra una enfermedad o un accidente, la Mutua se hará cargo de:

- Los gastos derivados de transportarlo con ambulancia hasta la clínica o el hospital más cercano.
- Efectuar un seguimiento de la evolución del asegurado, a través del médico que lo atienda, con el fin de determinar el mejor tratamiento que sea necesario seguir y el eventual traslado a otro centro hospitalario más adecuado o a su domicilio.
- Los gastos de traslado del asegurado, con el transporte más adecuado, hasta el centro hospitalario autorizado o hasta su domicilio habitual. Siempre que el asegurado sea ingresado en un centro hospitalario lejos de su domicilio, la Mutua también se hará cargo, una vez que el asegurado disponga de la alta médica, del traslado hasta su domicilio.

Cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, el medio de transporte empleado en Europa y en los países ribereños del Mediterráneo, será el avión sanitario especial. En otro caso, y siempre en el resto del mundo, el traslado se efectuará mediante avión de línea regular o con otros medios adecuados, en función de las circunstancias del momento.

4.5.2 Transporte o repatriación de los familiares asegurados acompañantes. - Cuando una persona protegida haya sido trasladada o repatriada por enfermedad o accidente y esta circunstancia impida al resto de familiares, también asegurados con esta misma póliza, el retorno hasta su domicilio con los medios previstos inicialmente, la Mutua se hará cargo de los gastos correspondientes a:

- El transporte de dichos familiares hasta su domicilio o hasta el lugar donde se encuentre hospitalizado el asegurado trasladado o repatriado.
- Poner a disposición de aquellos familiares, siempre que sean hijos menores de 15 años del asegurado trasladada o repatriada y no cuenten con ninguna persona de confianza para acompañarlos, una persona que los acompañe en el viaje de vuelta.

4.5.3. Transporte o repatriación de difuntos y transporte de familiares asegurados acompañantes. - Si el asegurado muere en el transcurso del viaje, la Mutua, a través de los medios más adecuados en cada caso, se encargará de que:

- El cuerpo del asegurado sea transportado o repatriado hasta el lugar de su entierro, siempre que éste se encuentre en el ámbito territorial de actuación de la Mutua.
- Sean realizadas todas las formalidades preceptivas en el lugar de la defunción.
- Transportar hasta su domicilio o lugar de entierro del difunto siempre que el lugar escogido entre estos dos se encuentre dentro del ámbito territorial de actuación de la Mutua a los familiares acompañantes asegurados con la misma póliza que no puedan volver con los medios o con el billete previsto inicialmente. En este caso, también pondrá a su disposición el acompañante a que hace referencia este apartado.

4.5.4. Las prestaciones de transporte sanitario se efectuarán siempre previo acuerdo del médico del centro hospitalario que se ocupe del asegurado con la Mutua.

4.6. Prolongación de la estancia

4.6.1. Gastos de prolongación de la estancia en un hotel en el extranjero. - Cuando, como consecuencia de una asistencia médica cubierta por la póliza, el asegurado tenga que prolongar su estancia en un hotel después de la hospitalización y bajo prescripción médica, la Mutua se hará cargo de estos gastos **con el límite de 30,05 euros por día hasta un importe máximo total de 300,51 euros, previa presentación de las facturas correspondientes.**

4.7. Otras incidencias cubiertas

4.7.1. Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales. - En caso de robo de equipajes y efectos personales durante el viaje, la Mutua asesorará al asegurado en la denuncia de los hechos.

Si las pertenencias robadas y también las extraviadas se recuperaran, la Mutua se encargará de hacerlas llegar al lugar donde se encuentre el asegurado de viaje o bien hasta su domicilio.

4.7.2. Envío de documentos al extranjero. - Cuando el asegurado necesite algún documento que haya olvidado antes de salir de viaje, la Mutua realizará las gestiones oportunas para hacérselo llegar donde se encuentre y asumirá los gastos que se deriven de dicho envío **hasta el importe máximo de 60,10 euros.**

4.7.3. Anticipo de fondos en el extranjero. - Cuando el asegurado precise disponer de dinero como consecuencia de que se le hayan sustraído durante el viaje los medios de pago que llevaba consigo, la Mutua se encargará, a través del medio o entidad más apropiada en cada caso, de que disponga de un **anticipo, por un importe máximo de 450,76 euros, que el asegurado tendrá que devolver posteriormente.**

Esta prestación requerirá la denuncia previa de la sustracción sufrida ante las autoridades competentes y facultará a la Mutua a solicitar al asegurado algún tipo de aval o garantía de reembolso del dinero anticipado.

4.7.4. Defensa jurídica automovilística en el extranjero. Cuando el asegurado tenga que hacer frente a procedimientos o acciones civiles o penales, derivados de su participación en un accidente de circulación como conductor de un vehículo de motor, la Mutua se hará cargo de los gastos de la defensa jurídica que precise, **hasta un importe máximo de 901,52 euros.**

4.7.5. Prestación y/o anticipo de fianzas. - En el caso anterior, la Mutua, a través del medio o entidad más apropiado en cada caso, proporcionará también al asegurado **las cantidades máximas de 901,52 euros, para costes procesales penales y de 4.207,08 euros para fianzas penales,** necesarias para acordar su libertad provisional o para asegurar la asistencia del asegurado en el juicio.

En el caso de anticipo de fianzas penales, **el asegurado deberá firmar un documento escrito de reconocimiento de deuda y comprometerse a la devolución de la cantidad anticipada en los dos meses posteriores al regreso a su domicilio, o bien en los tres meses siguientes a su petición.**

La Mutua también podrá solicitar del asegurado algún tipo de aval o garantía que asegure el cobro de la cantidad avanzada.

Artículo 5º. Riesgos excluidos

Quedan explícitamente excluidas de esta sección y no generan derecho a ninguna prestación:

5.1. Las enfermedades, lesiones o afecciones en las que se de alguna de las circunstancias siguientes:

- Las existentes antes del inicio del viaje o producidas como consecuencia de enfermedades crónicas, así como sus complicaciones o recaídas.
- Cualquier tipo de enfermedad mental.
- Muerte por suicidio, intentos de suicidio y autolesiones.
- Producidas como consecuencia de la práctica profesional o competitiva de cualquier deporte o actividad deportiva, de la realización federada de cualquier tipo de deporte, de la práctica de deportes de aventura y de la práctica como aficionado de deportes o actividades de riesgo o que comporten una especial peligrosidad (entre aquellos y aquellas se incluyen, a título meramente enunciativo y no limitativo, los deportes de montaña, la escalada, los de combate, el rugby, los toros, los deportes hípicas, la caza, la práctica de deportes aéreos, y en general los deportes similares a considerarse de riesgo).
- Las derivadas de drogadicciones, de intoxicaciones por drogas, incluida la embriaguez, los narcóticos y el consumo de medicamentos sin receta médica o sin seguir la forma prescrita.

5.2. Los siguientes gastos:

- Médicos, quirúrgicos y de hospitalización en España.
- Gastos de prótesis, gafas y lentes de contacto.
- Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico de un importe inferior a 9,02 euros.
- Gastos de parto o embarazo, a excepción de las complicaciones imprevistas durante los seis primeros meses.
- Los derivados de acciones criminales directa o indirectamente imputables al asegurado.
- Los ocasionados por conductas o actos realizados con ánimo fraudulento.
- Los gastos de inhumación y ceremonia en el traslado o repatriación de difuntos.

5.3. El rescate de personas en el mar, la montaña, la selva, el desierto o cualquier otro territorio extenso deshabitado.

5.4. Las prestaciones efectuadas sin previo acuerdo de la mutua, salvo en situaciones de imposibilidad material o supuestos de fuerza mayor.

5.5. Las prestaciones efectuadas en los países y territorios relacionados en el Anexo.

5.6. Las prestaciones que puedan implicar cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones emitidas por las Naciones Unidas o sanciones comerciales o económicas, leyes o regulación de la Unión Europea o de los Estados Unidos de América.

Artículo 6º. Acceso a la cobertura

Para tener derecho a las prestaciones cubiertas por este seguro se deberán cumplir, en todos los casos, las condiciones siguientes:

1. El domicilio del asegurado deberá encontrarse dentro del ámbito territorial de actuación de la Mutua y ésta deberá residir en él habitualmente.

2. Encontrarse en el extranjero, o en España, a más de 30 kilómetros del domicilio habitual, según la prestación, debido a un viaje o desplazamiento de una duración máxima de 60 días, a excepción de los países y territorios relacionados en el Anexo.

3. Solicitar a la Mutua la prestación, indicando el nombre del asegurado, el número de asegurado, el lugar donde se encuentre y el tipo de asistencia que precise.

4. Si el asegurado fuese estadounidense, con residencia española, y viajase a Cuba, será preciso acreditar que su viaje a Cuba se produjo de conformidad con las leyes de los Estados Unidos. En caso contrario, no tendrá derecho a prestación.

Artículo 7º. Reembolso económico por imposibilidad de prestación

Cuando, por causas ajenas a su voluntad y debidas a las especiales circunstancias políticas o administrativas de un país o a la existencia de una fuerza mayor, la mutua no pudiera ofrecer una prestación garantizada o no pudiera hacerlo en el plazo requerido, se reembolsarán al asegurado los gastos que ésta haya tenido, hasta un importe máximo equivalente al de la cobertura garantizada.

El reembolso se efectuará normalmente cuando el asegurado haya vuelto a su domicilio, salvo en casos de necesidad, siempre que el asegurado se encuentre en países donde no se den las circunstancias especiales políticas o administrativas antes mencionadas.

En cualquier caso, el asegurado deberá presentar a la Mutua los justificantes de los pagos efectuados.

Artículo 8º. Compatibilidad con otros seguros

Las indemnizaciones derivadas de este seguro complementarán las que correspondan al asegurado cuando tenga cubiertos los mismos riesgos, también a través de la Seguridad Social o cualquier otro régimen de previsión colectiva.

Constituye una excepción de la regla general anterior la prestación mencionada en el apartado 4.2.1 (gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero); en este caso, si el asegurado tuviese cubiertos los mismos riesgos con otro seguro de la Mutua, la indemnización fijada en ese seguro será considerada como básica y la indemnización que correspondiese en aplicación de este seguro de asistencia en viaje únicamente sería procedente para completar el importe de la asistencia cubierta recibida.

Artículo 9º. Devolución de los billetes de transporte no utilizados

Siempre que se produzca el transporte o repatriación de personas en aplicación de una prestación garantizada por este seguro, la Mutua tendrá derecho a reembolso de la parte del billete de transporte no consumida por las personas en cuestión.

Artículo 10º. Cuotas

El mutualista está obligado al pago de la cuota anual en el momento de la suscripción del seguro. A pesar del carácter anual de la cuota, podrá abonarse mediante cuotas mensuales.

Artículo 11º. Deberes del asegurado

Además de aquellas otras obligaciones que legalmente le corresponden, el tomador y/o el asegurado comunicarán a la Mutua todas las circunstancias que agraven un riesgo y que podrían condicionar, o hasta incluso imposibilitar, la suscripción de la póliza por parte de la aseguradora.

El asegurado facilitará a la Mutua, si hace falta periódicamente, toda la información y los documentos que ella le requiera sobre las circunstancias y las consecuencias del siniestro y, tanto él como sus familiares, posibilitarán que la Mutua lleve a cabo directamente cualquier comprobación sobre el siniestro que considere necesaria.

El asegurado perderá el derecho a la prestación si incumple las anteriores obligaciones con engaño o culpa.

Artículo 12º. Periodo de cobertura

La cobertura se inicia a partir de la fecha establecida en las condiciones particulares y por un periodo que concluye el 31 de diciembre del año en curso.

La cobertura se renovará automáticamente cada año por un periodo de un año natural, excepto si la Mutua comunique por escrito, antes de dos meses de la fecha de vencimiento y el mutualista, antes de un mes de dicha fecha, su voluntad de no renovarla.

Artículo 13º. Subrogación

Una vez satisfecha la prestación al asegurado, la Mutua puede ejercer contra los responsables del siniestro que haya requerido la asistencia prestada los derechos y las acciones legales que correspondieran a aquella persona. Mediante esta subrogación la Mutua podrá reclamar a los responsables del siniestro el importe de los gastos de asistencia sanitaria prestada al asegurado.

También procederá a la subrogación de la Mutua en los derechos que tuviera el asegurado cuando aquella hubiera asumido obligaciones que también tuvieran que ser prestadas por otras personas o entidades.

La subrogación, en ningún caso, podrá comportar un perjuicio al tomador o al asegurado, quienes se obligan a facilitar el ejercicio eficaz de la subrogación por parte de la Mutua.

Artículo 14º. Comunicaciones

Las comunicaciones entre la Mutua y el tomador y las personas protegidas, deben dirigirse a sus respectivos domicilios. Estos domicilios serán los que consten en la póliza, a menos que se hubiera comunicado formalmente un cambio posterior.

Las conversaciones telefónicas mantenidas entre la Mutua y el asegurado o el beneficiario, derivadas de suscripciones de pólizas de seguro con la Mutua, podrán ser grabadas por ésta última y utilizadas en los procesos

de control de calidad o como medio de prueba en procedimientos judiciales o arbitrarios, preservando siempre la debida confidencialidad.

Sección 4ª. Asistencia Sanitaria Digital

Artículo 1º. Preliminar

La presente Sección con sus anexos, junto con las condiciones particulares establecidas en el título de mutualista, las condiciones generales para tener derecho a las prestaciones incluidas en el Título I de los Reglamentos, los Estatutos de Alter Mutua y las disposiciones legales de aplicación, en especial las reguladoras de las Mutualidades de Previsión Social, regulan la sección de Asistencia Sanitaria Digital, definiendo el alcance de las prestaciones garantizadas y los derechos y deberes de las partes.

Esta Sección podrá constituir una cobertura individualizada y separada de las Secciones 1ª, 2ª y 3ª del presente Título XIV Reglamento de la prestación Seguro de Salud. Los asegurados de la prestación de Asistencia Sanitaria regulada en la Sección 1ª mayores de 18 años gozarán automáticamente de la prestación de Asistencia Sanitaria Digital. Cualquier forma de contratación individualizada de la prestación de Asistencia Sanitaria Digital únicamente da derecho a las prestaciones reguladas en la presente Sección.

Artículo 2º. Definiciones

A efectos de esta póliza de seguro, se entiende por:

- Accidente: hecho producido durante la vigencia del seguro por causa externa, repentina, violenta y ajena a la voluntad del asegurado y que produce una lesión.
- Asistencia: servicio necesario prestado por un profesional sanitario legalmente habilitado.
- App Mutua: aplicativo informático para dispositivos móviles tipo smartphones o tablets.
- Hospital, clínica o centro hospitalario: centro, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones que cumple las siguientes condiciones:
 1. Estar provisto de los medios necesarios para realizar diagnósticos y para practicar tratamientos médicos y/o intervenciones quirúrgicas.
 2. Admitir únicamente el ingreso de personas enfermas o lesionadas.
 3. Disponer de médicos y personal sanitario durante las 24 horas del día.
 4. Practicar los tratamientos médicos y las intervenciones quirúrgicas necesarios exclusivamente mediante profesionales cualificados.

En ningún caso se considerarán hospitales los balnearios, las casas de reposo, los asilos, los centros dedicados al tratamiento de enfermedades crónicas ni los establecimientos o instituciones similares a los mencionados.

- Lesión: cambio patológico en un tejido o en un órgano sano que altera la integridad física o el equilibrio funcional y que conlleva un daño anatómico o fisiológico.
- Enfermedad: alteración del estado de salud diagnosticada por un médico, producida durante la vigencia del seguro y no derivada de accidente, que hace necesaria una asistencia médica.
- Médico: doctor o licenciado en medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente una enfermedad o lesión.
- Mutua: Alter Mutua de Previsión Social de los Abogados de Cataluña a Prima Fija.
- Asegurado: persona física expuesta al riesgo asegurado.
- Título de Mutualista o Póliza: documento o documentos que contienen las cláusulas y los pactos reguladores del contrato de seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas condiciones generales y, siempre que existan, las condiciones particulares o específicas, así como los apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del seguro. La solicitud de seguro y la declaración de salud, en caso de que existan, también forman parte de la póliza.
- Mutualista o tomador: persona que suscribe el seguro.

- Prestación: obligación o conjunto de obligaciones que asume la Mutua para con el mutualista, el asegurado o el beneficiario.
- Cuota: importe a satisfacer periódicamente como contribución al coste de un seguro.
- Relación de protección: relación entre la Mutua y el mutualista, el asegurado y el beneficiario, que procura una protección consistente en la prestación de que se trate en cada caso.
- Servicios autorizados: médicos y otros profesionales sanitarios que realizan la actividad por medio de la app de la Mutua, con los que esta tiene formalizado un contrato o convenio de colaboración. **Sobre los servicios autorizados recae exclusivamente la responsabilidad de prestar correctamente el servicio de que se trate en cada caso, respecto al cual la Mutua actúa como gestora para su realización y pago, en los términos establecidos en estas condiciones generales.**

Artículo 3º. Objeto

Mediante este seguro la Mutua cubre los gastos razonables y usuales derivados de la asistencia sanitaria practicada al asegurado, en los términos establecidos en la póliza, garantizada exclusivamente mediante la app de la Mutua.

La obligación aseguradora de la Mutua consiste en habilitar el acceso a la persona asegurada en la app de la Mutua desde donde podrá disfrutar de las prestaciones aseguradas, y hacer frente al coste asegurado dentro de los parámetros contractuales, **no siendo responsable de los actos asistenciales negligentes, culposos o dolosos cometidos frente al mutualista por los profesionales que presten los servicios garantizados por medio de la app de la Mutua.**

Artículo 4º. Nacimiento de la relación de protección

Para que pueda originarse la relación de protección objeto de este seguro es necesario formalizar la suscripción correspondiente y que se cumplan las siguientes condiciones:

1. Tener el asegurado 18 o más años de edad.
2. Realizar la suscripción pertinente.

Así mismo, los asegurados de la prestación de Asistencia Sanitaria regulada en la Sección 1ª mayores de 18 años gozarán automáticamente de la prestación de Asistencia Sanitaria Digital.

Artículo 5º. Descripción de la cobertura

Las prestaciones cubiertas por esta póliza son las siguientes:

- 5.1. Videovisitas de medicina general realizadas por medio de la app de la Mutua.
- 5.2. Acceso a un asistente médico virtual desde la app de la Mutua, a fin de obtener un pre-diagnóstico de posibles patologías determinadas en función de los síntomas descritos por la persona asegurada, gracias a la utilización de técnicas de inteligencia artificial.
- 5.3. Servicio de orientación médica telefónica 24 horas al día, los 365 días del año, accesible mediante la app de la Mutua.
- 5.4. Acceso a programas virtuales de gestión de la salud, historia clínica digital y agenda de citas médicas, por medio de la app de la Mutua.

Artículo 6º. Acceso a las prestaciones

Las prestaciones cubiertas serán practicadas por los servicios autorizados, garantizados por medio de la app de la Mutua.

Para tener derecho se deben cumplir todas las condiciones establecidas en la póliza y específicamente las siguientes:

- Ser asegurado.
- Haber sido la prestación prescrita y efectuada por un servicio autorizado por la Mutua, salvo las excepciones previstas en la póliza.
- Haber transcurrido los períodos de carencia cuando éstos existieran.
- Encontrarse al corriente el pago de la cuota.
- Abonar la franquicia correspondiente en los casos en que esta esté establecida.

- Posibilitar que la Mutua efectúe las comprobaciones que considere necesarias sobre el estado de salud del asegurado, facilitando la información que aquella requiera en relación con las circunstancias y consecuencias de la enfermedad o accidente, así como del tratamiento médico correspondiente.

Artículo 7º. Franquicias

Se establecen las franquicias relacionadas en el Anexo de este Reglamento.

El importe de las franquicias establecidas en estas condiciones generales podrá ser incrementado por la Mutua para los actos médicos que deban practicarse en aquellos servicios autorizados que registren un notable desvío del coste de dichos actos médicos en los que se fundamentan económicamente los cálculos actuariales del seguro. El importe de las franquicias será, en aquellos casos, el que técnicamente corresponda para ajustar la base de los referidos cálculos actuariales, sin que pueda superar el triple del importe general de la franquicia establecido para cada anualidad, y será comunicado a los mutualistas tanto su importe concreto como el momento en que tome efectos su eventual aplicación.

Artículo 8º. Riesgos excluidos

Quedan expresamente excluidos y no causan derecho a ninguna prestación los siguientes gastos:

8.1 Cualquier prestación asistencial realizada por un servicio no autorizado, al margen de la app de la Mutua.

8.2 Enfermedades, defectos, lesiones o malformaciones previas a la contratación del seguro o derivadas de la valoración técnica de la declaración de salud de la persona asegurada.

8.3 Derivados de autolesiones o intentos de suicidio.

8.4 Derivados de causas no patológicas o de tratamientos producidos por estas causas.

8.5 Derivados de alteración del orden público, de peleas, de desafíos o de cualquier otra acción punible según la legislación penal vigente y atribuible al asegurado.

8.6 Derivados de drogadicciones, de intoxicaciones por drogas, incluida la embriaguez, o del consumo de medicamentos efectuado sin prescripción médica o sin observar la forma prescrita.

8.7 Producidos como consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte o actividad deportiva, y de todos aquellos que estén amparados por el Real Decreto 849/1993, de 4 de junio, que determina las prestaciones mínimas del seguro obligatorio deportivo o por un seguro específico de accidentes deportivos. Así mismo, queda excluida la práctica de deportes de aventura y la práctica como aficionado de deportes o actividades de riesgo o que comporten una especial peligrosidad (entre aquellos y aquellas se incluyen, a título meramente enunciativo y no limitativo, la escalada, la espeleología, el rafting, el barranquismo, la travesía de glaciares, el paso de montaña con cordada, el descenso de montaña o downhill, el enduro de cros country, el ala delta, el paracaidismo, el parapente, el puenting, el hidrospeed, la motonáutica, el esquí acuático, el surf y sus modalidades, los de combate, el rugby, los toros, los deportes hípicas, la caza, el esquí fuera pistas, y en general los deportes similares a los anteriores, o de nueva creación, que puedan considerarse de riesgo).

8.8 Derivados de situaciones crónicas, incurables o terminales, cuando carezcan de justificación médica, la diálisis, hemodiálisis y por procesos seniles, degenerativos o de origen psiquiátrico.

8.9 Derivados de finalidades puramente estéticas o cosméticas.

8.10 Derivados de enfermedades profesionales, de accidentes de trabajo cubiertos por el seguro laboral, de accidentes de vehículos a motor cubiertos por el seguro de suscripción obligatoria, de accidentes deportivos cubiertos por el seguro obligatorio deportivo, de accidentes de caza u otras situaciones cubiertas por seguro obligatorio o por un tercero responsable.

8.11 Ocasionados por conductas o actos realizados con ánimo fraudulento.

8.12 Producidos como consecuencia de situaciones excepcionales (como guerras, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, levantamientos, actos de terrorismo, maniobras militares o catástrofes naturales y epidemias declaradas oficialmente) o derivados de radiación nuclear o de contaminación radioactiva.

8.13 Injustificados médicamente o insuficientemente contrastados científicamente.

8.14 Requeridos por el asegurado con manifiesto abuso de derecho.

8.15 Tratamientos, actos terapéuticos, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas e ingresos hospitalarios de cualquier tipo.

8.16 Traslados en vehículo sanitario, incluso en caso de prescripción médica.

8.17 Aplicados a situaciones crónicas, incurables, y/o terminales que no tengan, estas últimas, justificación médica.

Artículo 9º. Cuotas

El mutualista está obligado al pago de la cuota anual en el momento de la suscripción del seguro. A pesar del carácter anual de la cuota, podrá abonarse mediante cuotas mensuales.

Artículo 10º. Deberes del asegurado

Aparte de aquellas otras obligaciones que legalmente le corresponden, el mutualista y/o el asegurado comunicarán a la Mutua todas las circunstancias que agraven el riesgo y que podrían condicionar, o incluso imposibilitar, la suscripción de la póliza por parte de la aseguradora.

El asegurado facilitará a la Mutua, en su caso periódicamente, toda la información y documentos que aquella le requiera sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, y tanto aquel como sus familiares posibilitarán que la Mutua lleve a cabo directamente cualquier comprobación sobre el mismo siniestro que considere necesaria.

El asegurado perderá su derecho a la prestación si incumple las anteriores obligaciones con engaño o culpa.

Artículo 11º. Periodo de cobertura

La cobertura se inicia a partir de la fecha establecida en las condiciones particulares y por un período que concluye el último día del mes 12.

La cobertura se renovará automáticamente cada año por un nuevo período de un año, salvo que la Mutua, al menos dos meses antes de la fecha de vencimiento, o el mutualista, al menos un mes antes de dicha fecha, comuniquen por escrito su voluntad de no renovarla.

Disposiciones comunes a todas las secciones.

Artículo 1º. Subrogación.

La Mutua, una vez haya cumplido sus obligaciones hacia el asegurado, podrá ejercer los derechos y las acciones que correspondan al mutualista o asegurado frente a las personas responsables del siniestro, sin que esto les pueda representar un perjuicio, hasta el límite del importe de la prestación cubierta y de acuerdo con las normas legales de aplicación.

El mutualista o asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda ocasionar a la Mutua en su derecho a subrogarse.

En caso de concurrencia de la Mutua y del mutualista o del asegurado ante un tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre los dos en proporción de su respectivo interés.

Artículo 2º. Comunicaciones.

Las comunicaciones a la Mutua por parte del mutualista y el asegurado deben dirigirse al domicilio de aquella señalado en el título de suscripción.

Cualquier notificación o comunicación por parte de la Mutua relativa al contrato de seguro podrá ser enviada a la dirección postal, a la dirección electrónica, al teléfono fijo o al teléfono móvil del mutualista del seguro. Estos datos serán los que constan en la póliza, salvo que se hubiera comunicado formalmente un cambio posterior.

Las conversaciones telefónicas mantenidas entre la Mutua y el asegurado o el beneficiario, derivadas de suscripciones de pólizas de seguro con la Mutua, podrán ser registradas por ésta última y utilizadas en los procesos de control de calidad o como medio de prueba en procedimientos judiciales o arbitrales, preservando siempre la debida confidencialidad.

Artículo 3º. Discrepancias.

En caso de discrepancias sobre la naturaleza de la enfermedad, el derecho a la cobertura o al reembolso y/o el importe de éste, los derechos y deberes entre la Mutua y el mutualista, sin perjuicio de la instancia de los Juzgados y Tribunales competentes, la Mutua dispone de un Departamento de Atención al Asociado y de un Defensor del Mutualista.

Anexo:**Límites a la asistencia practicada por servicios autorizados.**

Para las asistencias relacionadas a continuación se establece el número máximo de sesiones o tratamientos que se expresan seguidamente:

- Visitas de psicología clínica: 24 por asegurado al año.
- Sesiones de rehabilitación funcional: 90 por asegurado y año.
- Sesiones de logopedia: 90 por asegurado y año, **únicamente por indicación del médico especialista, cuando la causa sea una patología orgánica, así como las realizadas inmediatamente después de una intervención quirúrgica (post intervención quirúrgica).**
- Sesiones de quiropedia: 12 por asegurado y año. Asimismo, la Mutua podrá autorizar más sesiones si son prescritas por el médico responsable del paciente. En los casos de pie diabético prescritos médicamente, el número de sesiones cubiertas será ilimitado.
- Higienes dentales: 2 por asegurado y año.
- Degeneración macular ocular: 6 por ojo, por persona protegida y año.
- Ozonoterapia: 12 sesiones el primer año, correspondientes a la fase aguda del tratamiento, por asegurado y patología y 4 anuales, de seguimiento, durado los años sucesivos, por asegurado y patología.
- **Sesiones para rehabilitación por ondas de choque en el aparato locomotor: 8 por asegurado y año, únicamente para las patologías de tendinitis de codo, rotuliana, aquilea, fascitis plantar con o sin espolón calcáneo, tendinopatías los manguitos rotadores con o sin calcificaciones.**
- **Sesiones de rehabilitación por tecarterapia (terapia de transferencia eléctrica capacitiva-resistiva - INDIBA) en el aparato locomotor, conjuntamente con reentrenamiento muscular adecuado: 8 por persona protegida y año, únicamente para las patologías de tendinopatía del hombro, tendinitis rotuliana, esguince del ligamento lateral externo del tobillo y roturas musculares totales, subtotaes o roturas de fascículos musculares.**
- **Ecografía 3D-4D para el seguimiento gestacional: 1 por gestación.**

Importes máximos de cobertura económica por contingencia proporcionada por un proveedor de la Mutua:

- Conservación de células madre de cordón umbilical, en función de la opción de servicio escogida, de entre las tres que se indican a continuación por gestación. La cobertura incluye también el coste de mantenimiento hasta el límite de 90 euros durante 6 años, por gestación:
 - Servicio First: 300 euros
 - Servicio Advanced: 300 euros
 - Servicio Proficiency: 300 euros

Importes máximos por asistencia de urgencia y asistencias no practicadas por servicios autorizados:

1. Las asistencias de urgencia que haya sido imposible practicar, por razones justificadas, por los servicios autorizados tienen una cobertura económica máxima de 12.000 euros, calculados según la factura satisfecha y aportada por el asegurado.
2. Cuando el asegurado se tenga que someter a una intervención u hospitalización en España o en el extranjero que no sea practicada por los servicios autorizados, será cubierta por la Mutua hasta un importe máximo de 42.000 euros por proceso.
3. Las visitas de acupuntura están cubiertas, con una cobertura económica máxima de 40,- euros (incluye los tratamientos efectuados en la visita), siempre que tengan por objeto el tratamiento de lumbalgias crónicas de más de dos años de evolución y quedarán excluidas de cobertura en los otros casos.

Periodos de carencia:

Las prestaciones que la Mutua asume en virtud de la póliza se facilitarán desde la fecha de entrada en vigor del contrato para cada uno de los asegurados, salvo las relacionadas a continuación, las cuales tienen los períodos de carencia que seguidamente se establecen:

- Visita ambulatoria preventiva en centros concertados: 10 meses.
- Bebés: las prestaciones precisadas por el bebé hijo o hija de mutualistas o asegurados se disfrutarán sin período de carencia, siempre que en el momento del parto la madre biológica hubiera finalizado el período de carencia establecido por parto en el apartado siguiente, que el parto hubiera sido cubierto por la Mutua, y el bebé estuviera inscrito en el seguro dentro del plazo establecido en el segundo párrafo del artículo 4º.
- Parto: 10 meses. Sin embargo, siempre que en la fecha prevista para el parto haya finalizado el periodo de carencia, pero aquel se produzca prematuramente, se tendrán los mismos derechos como si hubiera transcurrido totalmente el periodo de carencia. Se tendrá derecho a las prestaciones autorizables relacionadas con la gestación siempre que el parto estuviera cubierto de acuerdo con los requisitos expuestos.
- Vasectomía y esterilización tubárica: 12 meses.
- Reproducción asistida: 6 años para cada uno de ambos miembros de la pareja.
- Test genético de diagnóstico prenatal no invasivo en sangre materna: 10 meses.
- Rehabilitación ambulatoria (no hospitalaria) con el tratamiento de tecarterapia (terapia de transferencia eléctrica capacitiva-resistiva –INDIBA), en el aparato locomotor: 3 años
- Tratamientos con cirugía robótica (Da Vinci y similares o equiparables) para las patologías cubiertas por el seguro: 3 años.
- Conservación de células madre del cordón umbilical: 3 años.
- Ecografía gestacional 3D-4D: 10 meses.

No se podrá acceder en ningún caso a las prestaciones de asistencia hospitalaria ni a las prestaciones que requieren autorización de la Mutua si el asegurado no ha superado íntegramente el periodo de carencia establecido, ya sea en este seguro o bien en otro seguro de la Mutua de cobertura análoga.

En caso de gestación o parte, tampoco se podrá acceder a las prestaciones de asistencia hospitalaria ni a las prestaciones autorizables, si en el momento de la fecha prevista para el parto no hubiera finalizado el período de carencia específico para el parto.

Periodos de carencia de la Sección 2ª Cobertura por Prótesis

Todas las prestaciones que la Mutua asume en virtud de la póliza se facilitarán desde la fecha en vigor del contrato por cada uno de los asegurados, salvo las prótesis que se puedan utilizar en vasectomía y esterilización tubárica, que tienen un período de carencia de 12 meses.

Se exceptúan de la misma las prótesis precisadas como consecuencia de accidentes y urgencias de carácter vital, de acuerdo con lo que se especifica en las definiciones de los seguros.

Disposición Transitoria:

Los asegurados que causaron alta en el seguro de Asistencia Sanitaria con anterioridad al 1 de mayo de 2002 únicamente disponen de la cobertura por prótesis si la han contratado. Todas las altas del seguro de Asistencia Sanitaria formalizadas a partir del 1 de mayo de 2002 incorporan la cobertura por prótesis.

Límites Máximos de indemnización por las prestaciones de pediatría y ginecología efectuadas por profesionales ajenos al Cuadro Facultativo y de Servicios Asistenciales Autorizados

	Máximo absoluto	Max. Honorarios	Max. Ayudante	Max. Comadrona	Max. Anestesia
Visita en consultorio o a domicilio de pediatría, incluye exploraciones y actos efectuados en la consulta	77,00 €				
Visita en consultorio o a domicilio de ginecólogo o obstetra, incluye exploraciones y actos efectuados en la consulta	122,00 €				
Absceso de Douglas. Desbridamiento	1.084,00 €	716,83 €	215,05 €		152,11 €
Absceso glándula de Bartholin. Drenaje	841,00 €	468,48 €	140,54 €		231,97 €
Absceso vulva. Desbridamiento y drenaje	841,00 €	468,48 €	140,54 €		231,97 €
Liberación adherencias. Tratamiento de laparoscopia	1.571,00 €	843,35 €	253,00 €		474,64 €
Amniocentesis precoz (menos de 20 semanas)	232,00 €	232,00 €			

	Máximo absoluto	Max. Honorarios	Max. Ayudante	Max. Comadrona	Max. Anestesia
Amniocentesis tardía (más de 20 semanas)	144,00 €	144,00 €			
Ampliación de vulva	962,00 €	467,27 €	140,18 €		354,56 €
Anexectomía	1.455,00 €	845,17 €	253,55 €		356,28 €
Anexectomía por laparoscopia	2.052,00 €	1.124,18 €	337,25 €		590,57 €
Apendicectomía por laparoscopia	2.052,00 €	1.124,18 €	337,25 €		590,57 €
Apendicectomía por laparotomía	1.571,00 €	843,35 €	253,00 €		474,64 €
Aplasia o atresia vaginal. Intervenciones correctoras. Vagina artificial (cualquier técnica)	4.243,00 €	2.809,69 €	842,91 €		590,40 €
Asistencia al parto	2.240,00 €	1.125,22 €		635,63 €	479,15 €
Bartholinitis. Marsupialización	1.211,00 €	657,44 €	197,23 €		356,33 €
Biopsia corial	232,00 €	232,00 €			
Biopsia quirúrgica de mama (tumorectomía)	1.211,00 €	657,44 €	197,23 €		356,33 €
Vaciamiento axilar	1.936,00 €	1.124,21 €	337,27 €		474,53 €
Vaciamiento ganglionares regionales. Linfadenectomía	1.936,00 €	1.124,21 €	337,27 €		474,53 €
Cariotipo en líquido amniótico	360,00 €	359,00 €			
Cariotipo en tejidos fetales	360,00 €	360,00 €			
Cerclaje de cuello uterino. Colocación	962,00 €	467,27 €	140,18 €		354,56 €
Cesárea	2.572,00 €	1.122,80 €	336,84 €	634,26 €	478,11 €
Cesárea con histerectomía postparto	4.243,00 €	2.806,83 €	842,05 €		594,12 €
Cirugía del nódulo de mama o cirugía menor	962,00 €	467,27 €	140,18 €		354,56 €
Cirugía radical abdominal de útero y anexos (Wertheim) cob limfadenectomía	3.269,00 €	2.060,46 €	618,14 €		590,41 €
Cirugía radical vaginal de útero (Schauta) con linfadenectomía	4.243,00 €	2.809,69 €	842,91 €		590,40 €
Clitoritoplastia	3.269,00 €	2.060,46 €	618,14 €		590,41 €
Conización de cuello uterino. Quirúrgica o con laser	1.211,00 €	657,44 €	197,23 €		356,33 €
Cuerpo extraño vaginal. Extracción	841,00 €	468,48 €	140,54 €		231,97 €
Curso de preparación al parto	277,00 €			277,00 €	
Endometrectomía o ablación endometrial por histeroscopia	1.936,00 €	1.124,21 €	337,27 €		474,53 €
Endometriosis pélvica. Tratamiento per laparoscopia	1.687,00 €	843,32 €	253,00 €		590,69 €
Enterocèle. Tratamiento quirúrgico	2.307,00 €	1.500,86 €	450,26 €		355,88 €
Esguince total de periné. Perineo rafia	1.571,00 €	843,35 €	253,00 €		474,64 €
Estomatoplastia. Traquelorrafia	1.211,00 €	657,44 €	197,23 €		356,33 €
Eventración o evisceración sin resección intestinal	1.571,00 €	843,35 €	253,00 €		474,64 €
Extracción cerclaje de cuello uterino. Urgente o programado	841,00 €	468,48 €	140,54 €		231,97 €
Extracción cuerpo extraño por histeroscopia	841,00 €	281,42 €	84,43 €		475,15 €
Fístula recto-vaginal. Tratamiento quirúrgico	1.936,00 €	1.124,21 €	337,27 €		474,53 €
Fístulas genito-urinarias. Tratamiento quirúrgico	1.936,00 €	1.124,21 €	337,27 €		474,53 €
Funiculocentesis	1.328,00 €	656,26 €	196,88 €		474,87 €
Gestación ectópica. Anexectomía	1.936,00 €	1.124,21 €	337,27 €		474,53 €
Gestación ectópica. Por laparoscopia	2.052,00 €	1.124,18 €	337,25 €		590,57 €
Glándula de Bartholin. Extirpación	1.211,00 €	657,44 €	197,23 €		356,33 €
Histerectomía (vía vaginal con o sin plastias)	2.423,00 €	1.498,85 €	449,66 €		474,50 €
Histerectomía subtotal	2.423,00 €	1.498,85 €	449,66 €		474,50 €
Histerectomía total	2.423,00 €	1.498,85 €	449,66 €		474,50 €
Histerectomía total con anexectomía	2.423,00 €	1.498,85 €	449,66 €		474,50 €
Histerectomía urgente postparto o rotura uterina	4.127,00 €	2.809,70 €	842,91 €		474,40 €

Histeropexia. Ligamentopexia	1.936,00 €	1.124,21 €	337,27 €	474,53 €
Histeroscopia diagnóstica. Biopsia	575,00 €	198,49 €		376,51 €
Implantación de ano vestibular	3.269,00 €	2.060,46 €	618,14 €	590,41 €
Implantaciones tubáricas. Operaciones plásticas de trompas y ovarios. Microcirugía tubárica.	3.269,00 €	2.060,46 €	618,14 €	590,41 €
Incontinencia urinaria en la dona. Operaciones por vía abdominal	1.571,00 €	843,35 €	253,00 €	474,64 €
Incontinencia urinaria. Operaciones per vía vaginal con o sin cistourethrocele	1.936,00 €	1.124,21 €	337,27 €	474,53 €
Laparoscopia diagnóstica. Biopsia	1.455,00 €	845,17 €	253,55 €	356,28 €
Laparotomía exploradora. Biopsia	1.455,00 €	845,17 €	253,55 €	356,28 €
Linfadenectomía inguinal	1.571,00 €	843,35 €	253,00 €	474,64 €
Labios o ninfas. Resecciones	962,00 €	467,27 €	140,18 €	354,56 €
Ligadura de trompes per laparoscopia	1.936,00 €	1.124,21 €	337,27 €	474,53 €
Ligadura de trompes per laparotomía	1.455,00 €	845,17 €	253,55 €	356,28 €
Enfermedad inflamatoria pélvica (hidrosalpinge, absceso tubárico, etc.) por laparoscopia	1.687,00 €	843,32 €	253,00 €	590,69 €
Malformaciones uterinas. Cirugía conservadora	1.571,00 €	843,35 €	253,00 €	474,64 €
Malformaciones uterinas. Tratamiento histeroscopia	1.936,00 €	1.124,21 €	337,27 €	474,53 €
Mastectomía radical con vaciamiento axilar	3.269,00 €	2.060,46 €	618,14 €	590,41 €
Mastectomía simple, con o sin vaciamiento axilar	1.936,00 €	1.124,21 €	337,27 €	474,53 €
Mastitis supurada. Desbridamiento y drenaje	841,00 €	468,48 €	140,54 €	231,97 €
Microcolpohisteroscopia	420,00 €	187,68 €		232,32 €
Miomectomía	1.571,00 €	843,35 €	253,00 €	474,64 €
Miomectomía por histeroscopia	2.052,00 €	1.124,18 €	337,25 €	590,57 €
Miomectomía per laparoscopia	2.052,00 €	1.124,18 €	337,25 €	590,57 €
Ovariectomía o ooforectomía	1.455,00 €	845,17 €	253,55 €	356,28 €
Parto múltiple	2.616,00 €	1.314,10 €		742,32 € 559,58 €
Plastias vaginales. Cistocele y/o rectocele	1.571,00 €	843,35 €	253,00 €	474,64 €
Polipectomía per histeroscopia	1.084,00 €	468,43 €	140,13 €	475,44 €
Politelias y polimastias. Tratamiento quirúrgico.	962,00 €	467,27 €	140,18 €	354,56 €
Prolapso uterino. Cirugía conservadora parcial (Manchester y similares) con o sin rectocele	1.936,00 €	1.124,21 €	337,27 €	474,53 €
Punción ovárica tratamiento por laparoscopia	1.571,00 €	843,35 €	253,00 €	474,64 €
Quiste de ovario. Quistectomía	1.211,00 €	657,44 €	197,23 €	356,33 €
Quiste de ovario. Quistectomía per laparoscopia	1.936,00 €	1.124,21 €	337,27 €	474,53 €
Quiste vaginal o juxta o paracervical. Extirpación	1.814,00 €	1.122,42 €	336,72 €	354,86 €
Raspado por mola. Urgente o programado	1.328,00 €	843,13 €	252,94 €	231,94 €
Raspado uterino ginecológico diagnóstico o terapéutico, urgente o programado	1.084,00 €	655,51 €	196,65 €	231,84 €
Raspado útero per aborto. Urgente o programado	1.084,00 €	655,51 €	196,65 €	231,84 €
Raspado útero postparto. Urgente o programado	1.328,00 €	843,13 €	252,94 €	231,94 €
Reconstrucción postvulvectomía	4.127,00 €	2.809,70 €	842,91 €	474,40 €
Resección cuneiforme de ovarios. Uni o bilateral	1.455,00 €	845,17 €	253,55 €	356,28 €
Resección de cuello útero residual post histerectomía	1.455,00 €	845,17 €	253,55 €	356,28 €
Test diagnóstico prenatal no invasivo	475,00 €			
Tumoración de mama. Cuadrantectomía	1.455,00 €	845,17 €	253,55 €	356,28 €
Tumorectomía de mama con vaciamiento.	2.423,00 €	1.498,85 €	449,66 €	474,50 €
Tumores benignos de vulva. Extirpación	962,00 €	467,27 €	140,18 €	354,56 €
Uretroplastia	1.571,00 €	843,35 €	253,00 €	474,64 €
Vagina artificial (neovagina)	3.269,00 €	2.060,46 €	618,14 €	590,41 €

Vulvectomía radical con linfadenectomía	3.269,00 €	2.060,46 €	618,14 €	590,41 €
Vulvectomía simple	2.423,00 €	1.498,85 €	449,66 €	474,50 €

En caso de intervenciones y actos cruentos, para tener derecho a la indemnización correspondiente, será imprescindible que hayan sido realizadas en un quirófano. (Se exceptúan las amniocentesis y las biopsias de corion).

No tendrán la calificación de quirófano las salas de cuidados o salas de exploraciones de las consultas de los facultativos.

Todos los referidos importes de indemnización máxima, incluyen los honorarios del facultativo responsable, así como los de los ayudantes instrumentistas, anestesiistas y comadrona en su caso.

TÍTULO XV: Reglamento del Plan de Previsión Asegurado "Ahorro"

Artículo 1º. Objeto de la prestación.

Esta prestación es un seguro de vida de la modalidad "Plan de Previsión Asegurado", que tiene por objeto instrumentar un sistema de ahorro y previsión privado, voluntario y complementario para la jubilación.

Mediante este plan de previsión asegurado, el mutualista, que deberá ser tomador y asegurado, tendrá derecho a los capitales determinados en el Título correspondiente, en base a las siguientes especificaciones:

1.1 En caso de jubilación:

La cobertura principal de este seguro es la jubilación. Esta contingencia se entenderá producida cuando el asegurado acceda efectivamente a la jubilación en el Régimen de la Seguridad Social correspondiente o en el alternativo de Alter Mutua o de otra mutualidad, sea a la edad ordinaria, anticipada o posteriormente. Se le abonará el capital garantizado con los incrementos que, en su caso, se hayan producido hasta aquel momento, es decir, el valor acumulado del ahorro o provisión matemática a dicha fecha.

En caso de que no vaya a ser posible el acceso del asegurado a la jubilación, se entenderá producida la misma en el momento en el que se acredite la simultánea concurrencia de los siguientes requisitos:

- No ejercer o haber cesado en toda actividad laboral o profesional.
- Tener cumplidos 65 o más años de edad.
- No encontrarse cotizando para la contingencia de jubilación en ningún régimen de la Seguridad Social ni realizando aportaciones con dicha finalidad a una mutualidad de Previsión Social alternativa.

La prestación se podrá percibir en forma de capital o mediante la transformación en cualquiera de las modalidades de renta aprobadas por la Entidad en cada momento.

1.2 En caso de Incapacidad Permanente y Absoluta del asegurado:

Cuando el asegurado se encuentre en una situación física o psíquica irreversible provocada por un accidente o enfermedad originados independientemente de su voluntad, que le inhabilite por completo para toda profesión u oficio por cuenta propia o ajena, podrá solicitar que se le abone la provisión matemática que corresponda a la fecha de reconocimiento de la solicitud presentada por el mutualista.

1.3 En caso de muerte del asegurado antes del vencimiento:

Se satisfará al beneficiario designado de acuerdo con el artículo 7º, una indemnización por defunción igual a la provisión matemática que corresponda en el momento en que se produzca la muerte del asegurado.

1.4 En el Título anexo se detallarán por periodos anuales los valores garantizados de ahorro, incapacidad permanente y absoluta y de defunción, de acuerdo con las bases técnicas actuariales vigentes en cada momento.

Artículo 2º. Definiciones.

2.1 Edad: A los efectos de la determinación de la aportación, se computará como edad la que corresponda al aniversario más próximo del asegurado, tanto por defecto como por exceso.

2.2 Título anexo: Es el documento anexo al Título de mutualista en el que se expresan las especificaciones de la cobertura. Deberá contener la concreción de las prestaciones, sumas garantizadas y aportaciones correspondientes, así como también la identificación del asegurado y, en caso necesario, de los beneficiarios. La Mutua emitirá cada año, cuando haya participación de beneficios, la actualización del Título anexo incorporando los valores garantizados por el citado incremento.

Artículo 3º. Duración de la cobertura, vencimiento.

La cobertura de esta prestación estará en vigor siempre que se satisfagan las cuotas correspondientes, si bien se tendrá en cuenta aquello que se establece en el artículo 6.2 de este Reglamento para la situación de capital reducido.

La extinción de la cobertura se producirá automáticamente en el momento de recibir la prestación por jubilación o por el rescate total del ahorro acumulado en caso de incapacidad permanente y absoluta. También se extinguirá por la muerte del mutualista, por la movilización total de los fondos o bien por la disposición anticipada total del ahorro acumulado en base a los supuestos recogidos en el Artículo 9º de este Título.

Artículo 4º. Asegurados.

Podrán ser asegurados de esta prestación únicamente los mutualistas.

Artículo 5º. Error en la edad del asegurado.

Si la edad resultase superior a la declarada, la prestación se ajustará automáticamente a la que correspondería con la aportación que se estuviera satisfaciendo.

Si la edad fuera inferior a la declarada, la Mutua devolverá el exceso de aportación cobrada sin intereses.

Artículo 6º. Aportaciones.

6.1 Posibilidad, tipología, fijación, importe y frecuencia.

Las aportaciones correspondientes a esta prestación se fijan de acuerdo con las técnicas actuariales de capitalización individual. Las aportaciones se podrán fijar sobre la base de tres modalidades: única, periódica constante y periódica creciente.

Las aportaciones se han establecido sobre la base anual y se satisfacen por anticipado en la fecha de efecto y sucesivos aniversarios. No obstante, las aportaciones periódicas podrán fraccionarse por meses, trimestres o semestres, siempre con pago por anticipado dentro de cada período. En estos casos, la Mutua podrá fijar los correspondientes recargos.

En caso de defunción del mutualista, la Mutua procederá a liquidar contra la prestación correspondiente, las aportaciones pendientes de pago por la anualidad en curso.

Dada la naturaleza de esta prestación, las aportaciones realizadas en este seguro estarán sujetas a las condiciones y límites establecidos en la normativa vigente sobre el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF).

6.2 Impago de aportaciones.

Si la primera aportación no ha sido satisfecha por causa imputable al mutualista, la Mutua tiene derecho a resolver la prestación dejándola sin efecto, quedando liberada de sus obligaciones de acuerdo con el artículo 4.2 del Título I de los Reglamentos.

Es condición indispensable para causar derecho a las prestaciones establecidas que el mutualista esté al corriente en el pago de las aportaciones. En los casos de capital reducido o cuotas únicas se entiende que el mutualista está al corriente de pago respecto a las prestaciones garantizadas por reducción o por prestación inicial de aportación única, respectivamente.

En caso de falta de pago de la segunda aportación o sucesivas, las coberturas garantizadas quedarán suspendidas un mes después del día de su vencimiento.

Cuando la cobertura queda en suspenso, la Mutua únicamente puede exigir el pago de la aportación del período de riesgo en curso, excepto en el caso de muerte, en que se deberá de satisfacer la totalidad de la aportación pendiente de la anualidad en curso, de acuerdo con el punto 1 de este artículo.

Después del segundo año de vigencia de la suscripción, la falta de pago de aportaciones sucesivas producirá la reducción del capital garantizado en la forma prevista en el artículo 8.1.

Artículo 7º. Beneficiarios.

7.1 En caso de jubilación o incapacidad permanente y absoluta, será beneficiario el propio asegurado.

7.2 En caso de fallecimiento previo al vencimiento, serán beneficiarios de la indemnización que corresponda satisfacer las personas designadas por el mutualista. De no existir designación expresa, la Mutua reconocerá como beneficiarios a los herederos legales por partes iguales.

En el tiempo de vigencia de la cobertura, el mutualista podrá designar beneficiario o modificar la designación efectuada. La designación se podrá hacer constar en el Título, en una posterior declaración escrita y fehaciente a la Mutua o bien expresamente en el testamento. La revocación deberá hacerse en cualquiera de las formas establecidas para la designación.

En caso de designación de más de un beneficiario, la prestación se distribuirá entre todos ellos por partes iguales, excepto cuando el mutualista hubiera fijado otro criterio de distribución.

Artículo 8º. Valores garantizados.

Los valores garantizados de ahorro, incapacidad permanente y absoluta y de defunción, se detallarán por periodos anuales en el Título anexo de acuerdo con las bases técnicas actuariales vigentes en cada momento.

Esta cobertura no da derecho de rescate ni derecho de anticipo, en cumplimiento de la legislación vigente para este tipo de cobertura.

Esta prestación da derecho a reducción en las condiciones que seguidamente se especifican.

8.1 Valor reducido.

El mutualista, una vez transcurridos dos años desde el inicio de la cobertura, podrá solicitar a la Mutua que su prestación permanezca en un valor reducido. La prestación reducida se obtiene aplicando el valor de la provisión matemática en el momento de la reducción como aportación única para liberar al mutualista del pago de las aportaciones de posteriores vencimientos a la fecha de reducción. La prestación adopta, desde el momento de la reducción, las características específicas de la prestación a cuota única.

El capital garantizado quedará automáticamente como valor reducido transcurrido el plazo de 60 días desde el momento en que el mutualista deje de satisfacer a su vencimiento la correspondiente aportación.

La suscripción mediante aportación única no tiene valor de reducción.

Artículo 9º. Supuestos excepcionales de liquidez y disposición anticipada

9.1 El mutualista podrá disponer de forma anticipada de su ahorro acumulado en su totalidad o en parte, en el supuesto de enfermedad grave, así como de los derechos económicos correspondientes a aportaciones realizadas con al menos diez años de antigüedad, en los términos legales establecidos en los párrafos primero y segundo del artículo 8.8 del Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones y en el artículo 9º del Reglamento de planes y fondos de pensiones aprobado a través del Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero.

9.2 La liquidación parcial del ahorro acumulado en el supuesto de enfermedad grave implicará la interrupción temporal del pago de las aportaciones periódicas, lo que no resultará de aplicación, por el contrario, en el caso de disposición anticipada de derechos económicos correspondientes a aportaciones realizadas con al menos diez años de antigüedad.

9.3 La liquidación total del ahorro acumulado en el supuesto de enfermedad grave o de disposición anticipada de derechos económicos correspondientes a aportaciones realizadas con al menos diez años de antigüedad, implicará la extinción de la prestación.

9.4 El derecho de disposición anticipada se valorará por el importe de la provisión matemática.

9.5 La acreditación del acaecimiento y mantenimiento de las situaciones excepcionales a que se refiere el presente artículo deberá efectuarse de conformidad con lo establecido en los siguientes apartados y, en todo caso, ante la Mutua, siendo obligación del mutualista aportar a la misma cuanta documentación le sea requerida a tales efectos.

9.6 Enfermedad grave:

- La liquidación del ahorro acumulado podrá efectuarse en los supuestos de enfermedad grave del mutualista, su cónyuge o alguno de los ascendientes o descendientes, en primer grado, de ambos, así

como de persona que, en régimen de tutela o acogimiento, conviva con el mutualista o dependa del mismo.

- Se considera enfermedad grave a estos efectos, siempre que pueda acreditarse mediante certificado médico de los servicios competentes de las entidades sanitarias de la Seguridad Social, de los servicios médicos colegiales o de los servicios médicos contratados con la propia mutua:
 - Cualquier dolencia o lesión que incapacite temporalmente para la ocupación o actividad habitual de la persona durante un período continuado mínimo de tres meses, y que requiera intervención clínica de cirugía mayor o tratamiento en un centro hospitalario.
 - Cualquier dolencia o lesión con secuelas permanentes que limiten parcialmente o impidan totalmente la ocupación o actividad habitual de la persona afectada, o la incapaciten para la realización de cualquier ocupación o actividad, requiera o no, en este caso, asistencia de otras personas para las actividades más esenciales de la vida humana.
- Los supuestos anteriores se reputarán enfermedad grave en tanto no den lugar a la percepción por el mutualista de una prestación por incapacidad permanente en cualquiera de sus grados, y siempre que supongan para el mismo una disminución de su renta disponible por aumento de gastos o reducción de sus ingresos.
- El mutualista que pretenda hacer efectiva la liquidación del capital acumulado deberá dirigirse a la mutua mediante escrito razonado, en el que se harán constar las circunstancias clínicas de la enfermedad, persona que la padece, dependencia o vinculación económica con el solicitante y justificación de los gastos a los que se aplicarán los derechos liquidados, todo ello debidamente acreditado. La mutua podrá reclamar al solicitante cuanta documentación adicional estime pertinente.
- La liquidación del capital acumulado constituido no podrá exceder de la cuantía justificada para atender los gastos acreditados ni de la cuantía total de aquella en el momento de solicitarla. Dentro de las indicadas cuantías, la mutua podrá cuantificar los derechos objeto de liquidación en razón a todas las circunstancias concurrentes. En el caso de concederse una liquidación inferior a la solicitada por el mutualista, la mutua deberá razonar debidamente su decisión.

Artículo 10º. Incremento de las prestaciones garantizadas por excedentes de rentabilidad.

La Asamblea General de Mutualista será quien determine si se distribuyen los posibles excedentes de rentabilidad, en función de las exigencias de Capital de Solvencia. Si así lo determina la Asamblea General, el mutualista participará, de acuerdo con las condiciones del presente artículo, en los resultados financieros excedentes que se produzcan por las inversiones afectas a la cobertura de las provisiones matemáticas.

Se entenderá por rendimientos financieros excedentes ("rfe") la diferencia positiva entre la rentabilidad real media obtenida por los activos afectos a la cobertura de la totalidad de las provisiones matemáticas ("rr"), en el porcentaje que se considere razonablemente distribuible por parte de la Asamblea General a propuesta de la Junta Directiva ("rrd") y el interés técnico utilizado en las bases actuariales de la prestación ("tig").

La rentabilidad real media obtenida por los activos afectos a la cobertura de la totalidad de las provisiones matemáticas ("rr"), se define como un cociente:

3. En el numerador, con signo positivo se incluyen los ingresos financieros, y con signo negativo los gastos financieros, que tengan su origen en las inversiones que se encuentren afectas a la cobertura de las provisiones matemáticas:
 - a. Los ingresos financieros son principalmente, pero no están limitados a, los ingresos por intereses de las inversiones de renta fija, dividendos, intereses de cuentas corrientes, ingresos por alquileres de inmuebles, plusvalías realizadas del ejercicio, aplicaciones de deterioro de las inversiones y los intereses de anticipos de pólizas.
 - b. Los gastos financieros incluyen principalmente, pero no se encuentran limitados a, los gastos de las inversiones de renta fija y variable, las minusvalías en la realización de inversiones, las dotaciones de deterioro de las inversiones, las dotaciones a la amortización directamente imputables, la participación en beneficios prevista en la póliza, así como el resto de los gastos imputables a las inversiones.
4. En el denominador, se incluye la provisión matemática media del periodo, considerando la que figure en el pasivo del balance a 31 de diciembre del ejercicio de cálculo y del inmediatamente anterior, y al final de cada uno de los periodos intermedios trimestrales.

Al cierre de cada ejercicio se determinarán los rendimientos medios obtenidos por todas las carteras de inversiones de la Mutua y en caso de que la rentabilidad real media obtenida por los activos afectos a la cobertura de la totalidad de las provisiones matemáticas ("rr"), en el porcentaje que la Asamblea General considere distribuible ("rrd"), supere el tipo de interés mínimo garantizado ("tig") recogido en el Título, el 100% de tal exceso se aplicará a cada póliza en proporción a su provisión matemática promedia del año.

$$PB(d) = (rrd - tig) \times PM \text{ media}(d) \times d/365$$

Siendo,

rrd = % distribuible en forma de PB x rr

rr = rentabilidad real media obtenida por los activos afectos a la cobertura

tig = tipo de interés mínimo garantizado recogido en el Título

La Asamblea General determinará anualmente y de manera discrecional el porcentaje de participación en beneficios que considera razonable distribuir en base a la rentabilidad media obtenida.

La participación se concederá en forma de incremento de las sumas garantizadas, según el procedimiento que se detalla seguidamente.

A cada título con derecho a participación le será asignada una parte del total de rendimientos financieros excedentes, de forma proporcional a las provisiones matemáticas mantenidas por la Mutua durante todo el ejercicio cerrado. A estos efectos se ponderarán adecuadamente las provisiones iniciales y las sucesivas aportaciones pagadas durante el ejercicio.

La participación asignada se aplicará al aumento de la provisión matemática correspondiente a cada título con efecto desde el mismo momento del cierre. Este incremento de provisión matemática significará un incremento de las sumas garantizadas tanto para el caso de jubilación, incapacidad permanente y absoluta y como para el caso de defunción. El importe exacto del incremento se calculará como si en el momento del cálculo se aportara una aportación única, con el mismo vencimiento que el inicialmente suscrito y utilizando las bases actuariales de la prestación que la Entidad tenga en vigor en ese momento.

Las participaciones asignadas y los incrementos de prestación producidos se incorporarán en el Título anexo establecido los nuevos capitales garantizados.

Artículo 11º Movilización del ahorro acumulado

Tal y como dispone la normativa vigente de aplicación, la provisión matemática o el valor acumulado del ahorro del asegurado solo se hará efectiva a los exclusivos efectos de su integración en otro PPA o en un Plan de Pensiones. El tomador podrá movilizar su provisión matemática a otro PPA del que sea tomador o a un Plan de Pensiones del que sea partícipe. A tal efecto, el tomador o la Entidad Aseguradora/gestora de destino, comunicarán los datos referentes al tomador y al PPA/Plan de Pensiones de destino, así como la cuenta a la que realizar el traspaso.

En el supuesto de una emisión de un Plan de Previsión Asegurado con vinculación a una inversión financiera, el valor de la movilización será el del valor de mercado de dicha inversión del día anterior al de la fecha en que se haga efectiva la movilización.

Artículo 12º. Ampliación de la cobertura.

En cualquier momento el mutualista podrá ampliar la prestación mediante el pago de nuevas aportaciones.

A cada nueva aportación se le aplicará todo lo que se dispone en este Reglamento, se le asignará la base técnica actuarial vigente en el momento de la ampliación y sus valores garantizados de ahorro, incapacidad permanente y defunción se agregarán en el Título anexo.

Artículo 13º. Requisitos para el cobro de la prestación.

En el momento que se produzca el hecho causante de la prestación, la Mutua hará efectivo el pago una vez aportada la documentación exigida **de acuerdo con los requisitos siguientes:**

13.1 Estar al corriente en el pago de aportaciones. Este requisito se entiende cumplido en los casos de prestaciones a capital reducido o prestaciones suscritas a aportación única.

13.2 Que el interesado haga la correspondiente solicitud en las oficinas de la Mutua.

13.3 Aportar la documentación siguiente:

13.3.1 En caso de jubilación.

- Copia del D.N.I. del asegurado.
- Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria de cobro de la prestación.
- En el supuesto de cobro anticipado a la jubilación, documento acreditativo del motivo de cobro establecido legalmente.
- Documentación que acredite el acceso efectivo a la jubilación de la Seguridad Social o, en su defecto, documentación que acredite el cese de toda actividad laboral o profesional, tener cumplidos 65 o más años de edad y no encontrarse cotizando para la contingencia de jubilación en ningún régimen de la Seguridad Social ni realizando aportaciones con dicha finalidad a una mutualidad de Previsión Social alternativa.

Y, en todo caso, la documentación que razonadamente la mutua considere conveniente para el reconocimiento del derecho a la prestación.

13.3.2 En caso de incapacidad permanente y absoluta del asegurado:

- Copia del D.N.I. del asegurado.
- Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria de cobro de la prestación.
- Acreditación de la situación de incapacidad permanente y absoluta, presentando la resolución otorgada por el órgano administrativo competente o por los facultativos designados por la mutua, así como toda la documentación médica necesaria que acredite la situación mencionada.

Y, en todo caso, la documentación que razonadamente la mutua considere conveniente para el reconocimiento del derecho a la prestación.

13.3.2 En caso de muerte, el beneficiario o beneficiarios deberán aportar la siguiente documentación:

- Copia del D.N.I. del beneficiario.
- Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria de cobro de la prestación.
- Certificado de defunción del mutualista.
- Si no hay designación expresa de beneficiarios, aportar documentación suficiente para el reconocimiento de la cualidad de herederos legales.

Y, en cualquier caso, la documentación que razonadamente la Mutua considere conveniente para el reconocimiento del derecho a la prestación.

13.4 Pago de las sumas garantizadas.

13.4.1 Una vez completa la documentación y acreditada la identidad del beneficiario o beneficiarios, la Mutua procederá, en un plazo máximo de 40 días desde la solicitud, al pago de la correspondiente prestación o bien comunicará la denegación de la solicitud.

13.4.2 La prestación se calculará de acuerdo con las especificaciones del último título, teniendo en cuenta el momento en que se produce el derecho a la prestación.

13.4.3 En el caso que la prestación a percibir excediera los límites cuantitativos fijados en la legislación vigente sobre Mutualidades de Previsión Social, antes de efectuar el pago, el valor garantizado se reducirá automáticamente hasta el límite en vigor, entregándose como exceso de aportaciones la parte de provisión matemática que corresponda por diferencia.

13.4.4 La prestación se podrá percibir en forma de capital o mediante la transformación en cualquiera de las modalidades de renta aprobadas por la Entidad en cada momento.

Artículo 14º. Prescripción

Las acciones que se deriven de este seguro prescribirán en el plazo de cinco años, a contar desde el día que habrían podido ejercitarse.

TÍTULO XVI: Reglamento del Seguro Temporal Renovable.

Artículo 1º. Naturaleza de la prestación.

Consistirá en una indemnización económica que se satisfará durante la vigencia de la presente cobertura en caso de muerte por cualquier causa de la persona asegurada.

Artículo 2º. Cuantía y cuotas de la prestación.

Se establecen grupos de suscripción, por cada uno de los cuales se tendrá derecho a percibir un capital de 10.000 euros, hasta el capital máximo que establezcan los límites fijados por la legislación vigente sobre mutualidades.

Se podrán suscribir uno o más de los grupos establecidos y en cualquier momento solicitar la ampliación.

Las ampliaciones del importe contratado dentro de los límites establecidos serán tratadas como una nueva suscripción, emitiéndose por parte de la Mutua los correspondientes suplementos del título de suscripción. La no aceptación de las condiciones particulares que se establezcan impedirá la ampliación de la prestación.

Para cada uno de los grupos de esta prestación, el mutualista tendrá que satisfacer la cuota que consta en las bases técnicas actuariales vigentes en cada momento.

A los efectos de la determinación de la cuota, se computará como edad la que corresponda al aniversario más próximo del asegurado, tanto por defecto como por exceso.

Artículo 3º. Exclusiones.

El riesgo de muerte está cubierto cualquiera que sea la causa, sin ninguna limitación territorial ni profesional, excepto la defunción producida por suicidio dentro del primer año de vigencia del seguro.

No obstante, quedan excluidas del seguro la defunción producida por alguna de las causas siguientes:

- a) Por actividad dolosa del asegurado y/o beneficiario.**
- b) Por participación del asegurado en delitos dolosos.**
- c) Por la participación del asegurado en hechos de guerra.**
- d) Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva o química.**
- e) Los producidos por las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.**
- f) Los producidos por consecuencias directas de la práctica de deportes calificados como de riesgo, tales como actividades subacuáticas, el barranquismo, la escalada, el puénting, el parapente, el vuelo libre con o sin motor y otras actividades análogas que se puedan incluir en esta catalogación.**

Artículo 4º. Asegurados.

Podrán ser asegurados de esta prestación:

- a) El mutualista.
- b) Los hijos del mutualista.
- c) El cónyuge del mutualista.
- d) Los padres del mutualista si están a su cargo y conviven con el mutualista en el mismo domicilio. Si los padres viven a su cargo, pero no se da el requisito de convivencia, su inscripción la decidirá, caso por caso, la Junta Directiva a solicitud del mutualista.
- e) Cualquier otra persona que conviva con el mutualista y que se esté unida a él por vínculo familiares, de convivencia o laborales. En todos estos casos, su inscripción la decidirá la Junta Directiva, a solicitud del mutualista.
- f) En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, serán asegurados las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, profesional o mercantil. En este caso será el asegurado quien designará o modificará la designación de beneficiarios.

La edad mínima y máxima para suscribir esta prestación serán, respectivamente, 14 años y 65 años. En caso que el asegurado sea menor de edad, se requerirá la autorización del mutualista o representantes legales del menor.

La cobertura cesará al finalizar el año de seguro en que el asegurado cumpla los 70 años de edad.

Artículo 5º. Beneficiarios.

Serán beneficiarios de la indemnización que corresponda satisfacer las personas designadas por el mutualista.

De no existir designación expresa, la Mutua reconocerá como beneficiarios a sus herederos legales por partes iguales.

En el tiempo de vigencia de la cobertura, el mutualista podrá designar beneficiario o modificar la designación efectuada. La designación se podrá hacer constar en el momento de la inscripción, en una posterior declaración escrita y fehaciente a la Mutua o bien expresamente en testamento. La revocación deberá hacerse en cualquiera de las formas establecidas para la designación.

En caso de designación de más de un beneficiario, la prestación se distribuirá entre todos ellos por partes iguales, excepto cuando el suscriptor hubiera fijado otro criterio de distribución.

En caso de que el mutualista y el asegurado sean personas distintas, el mutualista podrá designar o modificar la designación de beneficiarios con el consentimiento expreso del asegurado.

Artículo 6º. Derecho de cancelación

La Mutua renuncia expresamente al derecho de cancelación y al derecho de modificación de primas y/o prestaciones a nivel individual cuando las circunstancias que agraven el riesgo hayan sido originadas en un momento posterior al inicio de la cobertura.

Artículo 7º. Pago de cuotas.

Si la primera cuota no ha sido satisfecha por causa atribuible al mutualista, la Mutua tiene derecho a dar de baja el seguro o a exigir el pago de la cuota no satisfecha en vía ejecutiva sobre la base del documento de inscripción. La Mutua, en caso de producirse un siniestro y de no haber sido satisfecha la cuota, queda liberada de sus obligaciones.

En caso de falta de pago de las cuotas siguientes a la primera, la cobertura queda en suspenso un mes después del día de su vencimiento. Si la Mutua no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la cuota, se entiende que el seguro queda extinguido.

En cualquier caso, la Mutua, cuando la cobertura permanece en suspenso, únicamente puede exigir el pago de la cuota del período de riesgo en curso.

Artículo 8º. Requisitos para causar derecho a la prestación.

8.1 Estar al corriente en el pago de cuotas.

8.2 Comunicar a la Mutua en un plazo máximo de 7 días desde la fecha del siniestro toda clase de información sobre las circunstancias del siniestro.

8.3 Aportar la documentación siguiente:

8.3.1 Certificado literal de defunción.

8.3.2 Certificación, en su caso, extendida por el médico que haya atendido al difunto, en la cual figuren el nombre y los apellidos de éste y donde se especifiquen la causa y circunstancias de la muerte.

8.3.3 Declaración sobre la situación familiar del difunto, aportando la documentación suficiente para el reconocimiento de derechos.

8.3.4 Aquella otra complementaria que razonadamente determine la Junta.

Una vez completa la documentación presentada y obtenidos los informes que se consideren necesarios, la Mutua procederá a la correspondiente autorización en un plazo máximo de cuarenta días, o bien comunicará a los interesados la denegación de la solicitud. Este acuerdo podrá ser recurrido según lo que dispone los Estatutos sociales.

Artículo 9º. Prescripción.

Las acciones que se deriven de este seguro prescribirán en el plazo de cinco años, a contar desde el día que habrían podido ejercitarse.

TÍTULO XVIII: Reglamento de la Prestación por Orfandad

Artículo 1º. Naturaleza de la prestación.

Consistirá en una renta mensual temporal que se satisfará, en el supuesto de muerte del asegurado, al beneficiario- asegurado y hasta que éste cumpla la edad contratada.

Se entiende por beneficiario-asegurado el hijo/a o, en su caso, tutelado, del asegurado que, previa designación, tiene derecho a percibir las compensaciones económicas previstas en este reglamento por razón de la contingencia de muerte del asegurado.

Artículo 2º. Cuantía y cuotas de la prestación.

Se establecen tres modalidades de contratación en función del periodo de cobertura:

- a) Hasta que el beneficiario-asegurado cumpla la edad de 18 años.
- b) Hasta que el beneficiario-asegurado cumpla la edad de 21 años.
- c) Hasta que el beneficiario-asegurado cumpla la edad de 25 años.

Asimismo, se establecen dos opciones de renta asegurada:

- a) Renta constante
- b) Renta creciente anualmente.

Se podrá modificar la modalidad y la opción de contratación, siempre y cuando el asegurado cumpla las condiciones de valoración del riesgo asegurado. En este supuesto, la cuota se adaptará a la nueva modalidad suscrita.

Las ampliaciones del importe contratado dentro de los límites establecidos serán tratadas como una nueva suscripción, emitiéndose por parte de la Mutua los correspondientes suplementos del título de suscripción. La no aceptación de las condiciones particulares que se establezcan impedirá la ampliación de la prestación.

La Junta Directiva de la Mutua podrá ampliar las modalidades y opciones de contratación, teniendo en cuenta los límites que, en su caso, establece la vigente legislación sobre mutualidades.

Para cada una de las modalidades de esta prestación, el mutualista tendrá que satisfacer la cuota que consta en las bases técnicas actuariales vigentes y que están descritas en el correspondiente título de suscripción.

A los efectos de la determinación de la cuota, se computará como edad la que corresponda al aniversario más próximo del asegurado, tanto por defecto como por exceso.

Artículo 3º. Exclusiones

El riesgo de muerte está cubierto por cualquier causa, sin ninguna limitación territorial ni profesional, excepto la defunción producida por suicidio dentro del primer año de vigencia del seguro.

No obstante, esto, permanecen excluidas de la prestación la defunción producida por alguna de las causas siguientes:

- a) Por actividad dolosa del asegurado y/o beneficiario.
- b) Por la participación del asegurado en delitos dolosos.
- c) Por la participación del asegurado en hechos de guerra.
- d) Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva o química.
- e) Los producidos por las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.
- f) Los producidos por consecuencias directas de la práctica de deportes calificados como de riesgo, tales como actividades subacuáticas, el barranquismo, la escalada, el puénting, el parapente, el vuelo libre con o sin motor y otras actividades análogas que se puedan incluir en esta catalogación.

Artículo 4º. Asegurados.

Podrán ser asegurados de esta prestación:

- a) El mutualista.
- b) El cónyuge del mutualista

c) Cualquier otra persona que conviva con el mutualista y que se encuentre unida a él por vínculos familiares, de convivencia o laborales. En todos estos casos, su inscripción la decidirá la Junta Directiva, a solicitud del mutualista.

d) En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, mercantil o profesional.

La edad máxima para suscribir esta prestación será de 55 años.

La cobertura cesará el último día del mes en que el beneficiario-asegurado cumpla la edad civil contratada.

Asimismo, la cobertura o pago de la pensión finalizará en el supuesto de muerte del beneficiario-asegurado cancelándose el seguro, sin que, en ningún caso, corresponda ningún pago o extorno.

Artículo 5º. Deber de información.

Previamente a la inscripción, el asegurado tendrá que cumplimentar un cuestionario de salud y declarar todas las circunstancias personales conocidas que puedan influir en la valoración o aceptación del riesgo. La Mutua podrá fijar las exclusiones que considere oportunas.

Asimismo, el asegurado tiene el deber de informar, tan pronto como sea posible, de todas las circunstancias que agraven el riesgo y que sean de tal importancia que, si hubieran sido conocidas previamente por la Mutua en el momento del inicio de la cobertura, se hubieran establecido con condiciones especiales o el seguro no hubiera sido realizado. No habrá obligación de informar de las variaciones de circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerará agravante del riesgo.

Artículo 6º. Requisitos para tener derecho a la prestación.

6.1 Estar al corriente en el pago de cuotas.

6.2 Comunicar a la Mutua en un plazo máximo de 60 días naturales desde la fecha del siniestro toda clase de información sobre las circunstancias del siniestro.

6.3 Aportar la documentación siguiente:

6.3.1 Certificado literal de defunción del asegurado.

6.3.2 Certificación, en su caso, extendida por el médico que haya atendido al difunto, en la cual figuren el nombre y los apellidos de este, y donde se especifiquen la causa y circunstancias de la muerte.

6.3.3 Certificado literal de nacimiento, aportando documentación suficiente para el reconocimiento de derechos.

6.3.4 Aquella otra complementaria que razonablemente determine la Junta.

Una vez completa la documentación presentada y obtenidos los informes que se consideren necesarios, la Mutua procederá a la apertura del correspondiente expediente de pensión en un plazo máximo de cuarenta días, o bien comunicará a los interesados la denegación de solicitud.

Durante la percepción de la renta, el beneficiario-asegurado tendrá que acreditar anualmente su supervivencia.

Artículo 7º. Valores garantizados.

Este seguro no otorga al mutualista derechos de rescate, ni de reducción ni de anticipo.

Artículo 8º. Prescripción.

Las acciones que se deriven de este seguro prescribirán en el plazo de cinco años, a contar desde el día que habrían podido ejercitarse.

TÍTULO XIX. Reglamento del servicio de entierro

Artículo 1º. Definiciones

Capital Asegurado: Es el importe máximo que la entidad debe pagar en caso de siniestro, y que aparece en el título de suscripción.

Título de Suscripción: Es el documento que contiene las condiciones reguladoras de la prestación. Forman parte integrante del título el reglamento de la prestación, las Condiciones Particulares, la Solicitud y todos los suplementos o apéndices que se emitan con posterioridad y la complementen.

Cuota: Es el precio del seguro. El recibo incluirá, además, los impuestos, tributos y recargos que sean legalmente transferibles.

Plazo de carencia: Periodo de tiempo, contado a partir de la fecha para cada garantía contratada, durante el cual no entra en vigor alguna de las garantías.

Siniestro: Cualquier hecho las consecuencias del cual están cubiertas por alguna de las garantías.

Servicio Fúnebre: Es el conjunto de elementos y prestaciones necesarias para efectuar el Sepelio del Asegurado muerto, de acuerdo con las especificaciones y límites que aparecen en el título.

Domicilio del mutualista y de la Mutua: El que consta en el título de suscripción, que será el que se tendrá en cuenta con carácter general.

Accidente: Todo suceso fortuito, originado por causa externa, súbita y violenta, ajena a la voluntad del Asegurado, que directamente produzca un daño corporal en su persona causándole una invalidez o la muerte.

Artículo 2º. Personas que intervienen.

Mutualista: Es la persona física o jurídica que suscribe la prestación y a quien corresponden las obligaciones que se deriven, excepto de las que, por su naturaleza, hayan de ser cumplidas por el Asegurado.

El Asegurado: Persona residente en España sobre la cual se establece el seguro y que consta nominativamente designada como tal en el título.

En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, profesional o mercantil. En este caso el asegurado será quien designará o modificará la designación de beneficiarios.

Beneficiario: Es la persona física designada para percibir de la Mutua las cantidades que ésta haya de indemnizar como consecuencia de la muerte de los Asegurados, excepto del importe de los servicios que hubiesen prestado con cargo a la entidad, que serán abonados directamente a las entidades que los hayan efectuado.

El Asegurador: Alter Mutua de Previsión Social de los Abogados de Cataluña a Prima Fija, con domicilio social en Barcelona, calle Roger de Llúria 108, que asume la cobertura de los riesgos objeto de esta prestación.

Artículo 3º. Objeto.

Alter Mutua garantiza, dentro de los límites y condiciones estipulados en el título de suscripción y mediante el pago de la cuota que en cada caso corresponda, las coberturas correspondientes a cada una de las garantías del seguro la inclusión de las cuales constan expresamente recogidas en este reglamento, para cada uno de los Asegurados.

Las garantías de esta prestación son las siguientes:

- a) Garantía de Decesos.
- b) Garantía de Asistencia Familiar.

Artículo 4º. Garantía de Decesos.

4.1 Descripción de la Garantía.

Alter Mutua garantiza, con el límite máximo del Capital Asegurado, la prestación de un Servicio Fúnebre, en el momento de la muerte de cada uno de los Asegurados, de acuerdo con este reglamento y las condiciones particulares establecidas en el título de suscripción. Si la prestación del Servicio Fúnebre mencionado no fuera posible, o el Asegurador no la llevase a cabo por circunstancias imprevisibles, la entidad se compromete a reembolsar los gastos ocasionados como consecuencia de este Servicio Fúnebre hasta el importe del Capital Asegurado a las personas que acrediten suficientemente haber satisfecho los gastos mencionados originados por esta muerte. Si no hay, se hará el pago mencionado a los Beneficiarios del muerto.

Cuando el importe del Servicio Fúnebre prestado sea inferior al Capital Asegurado, la Mutua abonará al beneficiario la diferencia resultante, El beneficiario, no obstante, podrá optar por percibir el importe del Capital Asegurado si se hace cargo de la contratación y pago directo del Servicio, excepto que sea menor de catorce años;

en este caso la obligación de la Mutua queda limitada al reembolso de los gastos del Servicio Fúnebre en el que haya incurrido, con el límite del Capital Asegurado.

Cuando el importe del Servicio Fúnebre prestado sea superior al Capital Asegurado, por motivo de los gastos medico legales que se originen en los casos en los que sea necesaria la intervención judicial, la Mutua se hará cargo, bajo estas circunstancias, del exceso de coste que se produzca.

La Garantía de Decesos se extiende a los asegurados, sea cual sea la causa de la muerte, excepto para los riesgos expresamente excluidos.

El Seguro también comprenderá la prestación de un Servicio Fúnebre Especial en caso de muerte de los hijos de mujeres incluidas en la relación de Asegurados, si se diera durante el periodo de gestación o antes de cumplir treinta días de edad, a partir de los cuales deberá estar asegurado para tener derecho al Servicio Fúnebre que corresponda. También se garantiza la inhumación o incineración de extremidades amputadas a cualquiera de los Asegurados. En los dos casos no será procedente ninguna indemnización por diferencia entre el coste del Servicio Fúnebre y el Capital Asegurado.

Asimismo, el Asegurador pondrá a disposición del mutualista la posibilidad de utilizar la Red de Proveedores Funerarios, en caso de necesidad y con la aceptación de un presupuesto presentado previamente por el proveedor funerario, puedan prestar el Servicio Fúnebre a los familiares del mutualista que estén incluidos en el título; en este caso el importe total del coste del servicio estará a cargo del mutualista.

4.2 Actuación en caso de Siniestro.

El Capital Asegurado establecido en la Garantía de Decesos para cada asegurado representa el límite máximo que la Mutua debe pagar en cada siniestro.

En caso de muerte del asegurado, Alter Mutua establece el procedimiento siguiente para hacer efectivos los compromisos que determina esta Garantía:

a) Se comunicará a la Mutua, cuanto antes, la defunción del asegurado mediante el Servicio Telefónico disponible durante las 24 horas del día, los 365 días del año.

Para poder ofrecer en todo momento la calidad del servicio, la Mutua se reserva el derecho a designar la funeraria o las funerarias que harán el Servicio Fúnebre.

Serán beneficiarios los que, siguiendo la voluntad del asegurado, si la hubiese expresado, podrán escoger los diferentes componentes del servicio, con cargo y con el límite máximo del Capital Asegurado, de acuerdo con los que resulten procedentes en la localidad del domicilio de residencia de los asegurados.

Cuando un asegurado muera en una localidad diferente de la consignada en el título de suscripción como domicilio de residencia de los asegurados, se prestará un Servicio Fúnebre de categoría equivalente al contratado de acuerdo con las modalidades existentes en la localidad mencionada.

En el caso que la muerte del asegurado se produzca fuera de España y los beneficiarios opten por inhumarlo en el lugar del siniestro, éstos últimos harán el servicio por su cuenta y presentarán a la Mutua las facturas correspondientes, así como el certificado de defunción, y ésta abonará el importe con el límite máximo del Capital Asegurado.

b) Si, por causas de fuerza mayor, circunstancias imprevisibles o por voluntad de los beneficiarios del difunto, Alter mutua no hubiese gestionado la prestación del Servicio Fúnebre, se obliga, si procede, a reembolsar los gastos ocasionados, hasta el límite máximo del Capital Asegurado establecido, a las personas que lo acrediten o, si no hay, a los beneficiarios del muerto, una vez presentados los documentos indicados a continuación:

- Certificado de Defunción del asegurado.
- Facturas, en forma legal, de los gastos de los servicios funerarios del asegurado.

En caso que sea beneficiario del Asegurado, deberá aportar, además:

- Documentos acreditativos de la personalidad de los beneficiarios.
- Certificado del Registro de Actos de Últimas Voluntades y, si procede, copia del último testamento del Asegurado o declaración de Herederos Abintestato.
- Carta de pago o, si procede, declaración de exención del impuesto General sobre Sucesiones y Donaciones.

Artículo 5º. Garantía de Asistencia Familiar.

5.1 Traslado Nacional e Internacional. Elección libre del Lugar de Inhumación en territorio español.

En caso de muerte del asegurado en España o en cualquier lugar del mundo. Alter Mutua organiza y se hace cargo del traslado del cuerpo desde el lugar de defunción hasta el cementerio o planta incineradora dentro del territorio español elegido libremente por los beneficiarios del asegurado difunto, así como de los gastos de embalsamamiento, ataúd mínimo obligatorio y formalidades administrativas, siempre que no exista ningún impedimento por parte de las autoridades para hacer el traslado o haya causas de fuerza mayor y el traslado se haga por mediación de la empresa funeraria que la entidad aseguradora designe al hacerse la declaración de muerte correspondiente.

Quedan excluidos de esta garantía los gastos de inhumación y ceremonia y en este caso se tendrá en cuenta lo que establece a este efecto el artículo referente a la garantía de decesos.

Queda excluido con carácter general el traslado que no haya sido comunicado previamente a la Mutua y por el cual no se hubiese obtenido la autorización correspondiente.

Se excluye el traslado en caso que la muerte del asegurado se produzca en países que se encuentren en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier tipo o naturaleza, aunque no hayan sido declarados oficialmente.

En caso de hacer uso de esta garantía deben ponerse en comunicación con el número de teléfono 902 202 006 e indicar el nombre del asegurado, número de título de mutualista, lugar en el que está y número de teléfono si llama desde España o + 34915149929, si llama desde el extranjero.

5.2 Asistencia en Viaje.

Para poder beneficiarse de la Asistencia de Viaje, el Asegurado deberá ser residente en España.

Las prestaciones definidas posteriormente serán válidas con carácter anual, siempre que el tiempo de permanencia del asegurado en el extranjero no sea superior a 90 días por viaje o desplazamiento. Esta limitación no regirá cuando el desplazamiento sea dentro del territorio español.

Tienen validez en todo el mundo, a partir del límite provincial de residencia habitual del asegurado, excepto en Baleares y Canarias donde la asistencia será prestada a más de 10 km del domicilio del asegurado.

Las cantidades económicas que figuran como límite en cada una de las prestaciones se entienden como importes máximos acumulables durante la anualidad correspondiente.

5.2.1 Prestaciones de Asistencia en caso de Muerte.

Retorno anticipado de los asegurados acompañantes.

Cuando se tenga que trasladar al asegurado por muerte y esta circunstancia impida al resto de los asegurados acompañantes su retorno hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la Mutua se hará cargo de los gastos correspondientes a su transporte hasta el lugar de su residencia habitual.

Acompañante de menores en caso de muerte.

Si los asegurados que viajen con hijos menores de 15 años, les surgieran la imposibilidad de ocuparse por causa de muerte, cubierta por la prestación, la Mutua organizará y asumirá el desplazamiento, ida y vuelta, de una persona residente en España designada por el asegurado o su familia, o de una azafata que designe la entidad, para acompañar a los niños en su retorno a su domicilio habitual a España, y en el menor tiempo posible.

Acompañamiento de restos mortales.

Si no hubiese nadie para acompañar en el traslado los restos mortales del asegurado difunto, la Mutua facilitará a la persona, con domicilio habitual en España, que designen los beneficiarios, un billete de avión de línea regular (clase turista) o de tren (primera clase), para acompañar el cadáver.

Retorno del asegurado en caso de defunción de un familiar. En caso de defunción en España del cónyuge o relación de convivencia, padres, hijos o hermanos del asegurado que se encuentre en un desplazamiento, la entidad, una vez comunicado el hecho, organizará y pondrá a su disposición, y para asistir al sepelio (en el período máximo de 7 días desde la muerte), un billete de ida y vuelta en avión de línea regular (clase turista) o en tren (primera clase), o dos billetes de vuelta cuando se vuelva al lado de un acompañante también asegurado y hasta el lugar de inhumación en España.

Artículo 6º. Riesgos excluidos.

6.1 Quedan excluidas de todas las garantías de esta prestación, además de las limitaciones específicas de cada una de éstas, los riesgos siguientes:

- a) Conflictos armados (haya habido o no declaración oficial de guerra).
- b) Motines y tumultos populares.
- c) Reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- d) Inundaciones, huracanes, tormentas, movimientos sísmicos y, en general, los hechos la magnitud y gravedad de los cuales sean calificados por el Gobierno de la Nación como catástrofe o calamidad nacional.
- e) Las enfermedades graves preexistentes a la fecha de incorporación del asegurado afectado, aunque no haya un diagnóstico concreto. Se entiende por preexistente aquellas enfermedades graves que causen sintomatología evidente o sospecha razonable anterior a la fecha de efecto de cada Garantía contratada por el asegurado afectado.

Artículo 7º. Perfección.

Este seguro se formaliza con el consentimiento de las dos partes y mediante la firma del título de mutualista por el asegurador y por el tomador del seguro, y las garantías previstas y coberturas entran en vigor el día indicado en el mencionado título, una vez satisfecha la primera cuota convenida. La Mutua podrá establecer otras fórmulas de consentimiento y perfección del seguro, de acuerdo con la normativa vigente aplicable.

Artículo 8º. Duración.

La duración de la prestación se establece por período de tiempo indefinido, y la cobertura cesará de acuerdo con lo que establecen los Estatutos Sociales de la Mutua o bien en el momento de la defunción del asegurado.

Artículo 9º. Cuotas.

Las cuotas correspondientes a esta prestación se establecen de acuerdo con las técnicas actuariales de capitalización individual.

El seguro se ha definido mediante un sistema de cuotas crecientes por tramos de edad hasta los 70 años, permaneciendo constante a partir de los 71 años.

El título de mutualista deberá contener información sobre el capital asegurado, la cuota inicial, la razón de crecimiento por tramos y la cuota final, para cada asegurado.

Ante evoluciones del coste de los servicios funerarios, la Mutua adaptará el Capital Asegurado al nuevo coste y ajustará las primas al nuevo importe asegurado, para ello aplicará al incremento de capital la tasa de prima correspondiente a la edad del asegurado en dicho momento, utilizando las bases actuariales de la prestación que la Mutua tenga en vigor en ese momento.

Las cuotas para esta prestación son anuales y se satisfarán mensualmente. Si la primera cuota no ha sido satisfecha por causa atribuible al mutualista, la Mutua tiene derecho a dar de baja el seguro o a exigir el pago de la cuota no satisfecha en vía ejecutiva sobre la base del documento de inscripción. La Mutua, en caso de producirse un siniestro y todavía no haber satisfecho la cuota, queda liberada de sus obligaciones.

En caso de falta de pago de las cuotas siguientes a la primera, la cobertura queda en suspenso un mes después del día de su vencimiento. Si la Mutua no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la cuota, se entiende que el seguro queda extinguido.

En cualquier caso, la Mutua, cuando la cobertura queda en suspenso, únicamente puede exigir el pago de la cuota del período de riesgo en curso.

El pago de los tributos, legalmente repercutibles, de cualquier naturaleza, creados o por crear, que se devenguen por razón de esta prestación o estén en relación, serán satisfechos por el mutualista.

Artículo 10º. Bases.

Este seguro tiene como base las declaraciones formuladas por el asegurado en la solicitud correspondiente o en la proposición que, si procede, formule la Mutua, así como el cuestionario que éste presente, cumplimentado por el mismo asegurado, lo que comportará la aceptación del riesgo por parte de la entidad y determinará los derechos y obligaciones derivados de la cobertura para las dos partes.

En caso que haya habido reserva o inexactitud en las declaraciones del mutualista o del Asegurado en responder al Cuestionario preparado por la Mutua, ésta podrá rescindir el Contrato en el plazo de un mes a partir del momento en el que haya conocido la mencionada reserva o inexactitud, por lo que hará un comunicado escrito en este sentido al asegurado de la prestación.

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del asegurado, la Mutua solo podrá dejar sin efecto la cobertura si su edad real, en el momento de la suscripción, excede los límites de edad previstos.

Artículo 11º. Obligaciones, Deberes y Facultades.

11.1 Antes de la suscripción de la prestación, el asegurado debe haber declarado todas las circunstancias conocidas que influyen en la valoración del riesgo por parte de la entidad, y responder muy especialmente y con detalle las preguntas del cuestionario que éste le haya presentado.

11.2 Durante la vigencia del contrato, el mutualista o Asegurado deberán declarar:

a) Las circunstancias que puedan agravar el riesgo y sean de una naturaleza tal que si la Mutua las hubiese conocido antes de la perfección del seguro, no habría aceptado la cobertura del riesgo o, si procede, lo habría hecho en unas condiciones más costosas para el mutualista. No habrá obligación de informar de las variaciones de circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerará agravante del riesgo.

En el caso que el mutualista o el asegurado haya obrado fraudulentamente o de mala fe, la Mutua quedará liberada de la prestación correspondiente.

11.3. El mutualista y si procede, el asegurado o beneficiario, debe comunicar cualquier cambio de dirección a la Mutua, y notificarlo fehacientemente. Si hay un cambio de población, el servicio se adaptará a los Servicios Funerarios vigentes en el mencionado lugar.

Artículo 12º. Personas aseguradas.

Excepto que se haya pactado lo contrario, en la fecha de incorporación del Asegurado de la póliza, serán susceptibles de ser aseguradas aquellas personas que tengan una edad actuarial igual o inferior a 70 años.

Artículo 13º. Períodos de carencia.

No se establece ningún periodo de carencia.

Artículo 14º. Designación y cambio de beneficiarios.

14.1 La designación y cambio de beneficiarios son derechos exclusivos del mutualista.

14.2 El mutualista puede renunciar a estos derechos en favor de otra persona. La mencionada renuncia debe ser de forma expresa y por escrito.

14.3 La designación del beneficiario puede efectuarse en el título correspondiente, o en cualquier declaración escrita comunicada a la entidad aseguradora, o por testamento.

14.4 Si los beneficiarios no están designados e identificados con su nombre, sino de una forma genérica, como "el cónyuge", "los hijos", o "los herederos", la mencionada designación se interpretará de la manera siguiente:

- Cónyuge: La persona que lo sea en el momento de la muerte del asegurado.
- Hijos: Todos los descendientes con derecho a herencia.
- Herederos: Los que tengan tal condición en el momento de la muerte del asegurado.

En los tres casos, será necesario hacer constar si son el cónyuge, los hijos o los herederos del mutualista, del asegurado o de otra persona. En el caso que no se haya especificado, el derecho corresponderá al cónyuge, los hijos o los herederos del Tomador.

Artículo 15º. Ámbito territorial.

Las Garantías de esta prestación son válidas, excepto que se pacte o establezca lo contrario, en todo el mundo, siempre que el asegurado tenga su residencia en España.

Las indemnizaciones correspondientes serán satisfechas en España, y en la moneda de curso legal.

Artículo 16º. Legislación y Jurisdicción competente.

Esta cobertura queda sometida a la jurisdicción española y, dentro de ésta, será juez competente para el conocimiento de las acciones que se deriven del domicilio del asegurado, y será nulo cualquier pacto contrario. Se aplicará la legislación española.

Artículo 17º. Prescripción de las acciones.

Todas las acciones que se deriven de este seguro prescribirán en el plazo de cinco años, a contar desde el día que habrían podido ejercitarse.

TÍTULO XX: Reglamento del Subsidio Económico de Incapacidad Profesional y Hospitalaria

Artículo 1º. Naturaleza y concepto.

El presente reglamento, junto con sus anexos y las condiciones particulares establecidas en el título de suscripción, así como las condiciones generales para tener derecho a las prestaciones incluidas en el Título I de los reglamentos, regula y define un conjunto de coberturas incluidas en esta prestación, y que consistirá en una indemnización económica diaria que el mutualista percibirá en el caso que sucedan cualquiera de las siguientes contingencias:

-Incapacidad Transitoria: Situación de incapacidad del asegurado, derivada de enfermedad, accidente o nacimiento de hijo o hija, que le prive totalmente del ejercicio profesional de la abogacía o de la profesión o trabajo habitual.

También será indemnizable:

-La paternidad, en el supuesto de nacimiento de hijo o hija y la adopción de menor entendido como aquel proceso legal, psicológico y social que permite a la persona adoptada integrarse plenamente en el seno de una familia en la cual no ha nacido. La adopción siempre la constituirá un juez.

Se asimila a la adopción, la medida de acogimiento preadoptivo como paso previo a la adopción que se constituirá más adelante por resolución judicial. Será incompatible la indemnización por acogimiento preadoptivo con la percepción de la misma una vez producida la adopción definitiva.

-El cuidado de los menores de 18 años afectados por cáncer u otras enfermedades graves, que impliquen un ingreso hospitalario de larga duración que requieran, por parte de los progenitores, adoptantes o tutores, un cuidado directo, continuo y permanente durante la hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad. Se considerará asimismo como ingreso hospitalario de larga duración la continuación del tratamiento médico o el cuidado del menor en el domicilio después del diagnóstico y hospitalización por la enfermedad grave.

Serán beneficiarios del subsidio los mutualistas progenitores, adoptantes o tutores, que como consecuencia del cuidado del menor le prive totalmente del ejercicio de su trabajo habitual de manera directa, continua y permanente. En el caso de que ambas personas progenitoras, adoptantes o tutoras tuvieran derecho al subsidio, únicamente se podrá reconocer a una de ellas, con independencia del número de menores que estén afectados de cáncer u otra enfermedad grave y que requieran un cuidado directo continuo y permanente.

-Incapacidad parcial: Situación de incapacidad del asegurado por causa de una enfermedad o accidente, que sin constituir una incapacidad transitoria total, le impida sustancialmente el ejercicio profesional o trabajo habitual.

También será indemnizable el período de lactancia derivado de nacimiento de hijo o hija o adopción.

-Hospitalización: Permanencia en clínica u hospital motivada por una intervención quirúrgica, proceso de enfermedad, tratamiento psiquiátrico o accidente.

Artículo 2º Definiciones

A efectos de este reglamento, se entiende por:

Fecha de efecto: Fecha de inicio de la cobertura de este subsidio

Fecha de vencimiento: Final del periodo de cobertura

Duración de la cobertura: Esta prestación se establece con una duración anual prorrogable

Anualidad de seguro: Periodo que va desde la fecha de efecto a la fecha de vencimiento. Siempre será inferior o igual al año. En caso de prórroga, periodo que va desde el inicio de la prórroga hasta el nuevo vencimiento.

Artículo 3º. Asegurados

Podrán ser asegurados de esta prestación los mutualistas personas físicas.

En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, serán asegurados las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, mercantil o profesional. En este supuesto, quien percibirá el subsidio será el asegurado.

Se establece como edad máxima para suscribir a esta prestación que en el momento de efectuar la solicitud de la inscripción el asegurado no haya sobrepasado la edad de 50 años.

Artículo 4º. Cuantía y cuotas del Subsidio.

4.1. La cuantía asignada a cada contingencia se determinará anualmente en la Asamblea General del primer semestre del año.

La Asamblea podrá fijar diferentes módulos de cuantía del subsidio, pudiendo suscribir uno o más de los módulos establecidos y solicitar la ampliación.

Las ampliaciones contratadas serán tratadas como una nueva suscripción, emitiéndose por parte de la Mutua los correspondientes suplementos del título de suscripción. La no aceptación de las condiciones particulares que se establezcan impedirá la ampliación de la prestación.

El subsidio será diario mientras dure la contingencia.

En el supuesto de nacimiento de hijo o hija, adopción y en caso de lactancia se satisfará una prestación única.

Los importes aprobados por la Asamblea General serán de aplicación, mutualista a mutualista, a partir del vencimiento anual inmediatamente posterior a la fecha de aprobación y la cuota se adaptará a la nueva cantidad suscrita.

4.2. El subsidio de la incapacidad parcial no podrá superar el 50% del correspondiente al de la Incapacidad transitoria.

Adicionalmente, y únicamente para los supuestos de incapacidad transitoria, y para los mutualistas menores de sesenta y cinco años, a partir del día noventa y uno de la acreditación para una misma enfermedad o accidente, la Asamblea General determinará una cantidad complementaria a la indicada en el primer párrafo del punto anterior.

4.3. En cuanto a la prestación en caso de hospitalización, la cuantía se establecerá por cada 24 horas de internamiento.

El importe del subsidio se duplicará durante la estancia en unidades de "semi-críticos" y se triplicará durante la estancia en la "Unidad de Cuidados Intensivos".

4.4. Las cuotas de esta prestación se han calculado en base a cuota anual con posibilidad de fraccionamiento mensual, sin que sea de aplicación ningún recargo por este concepto.

4.5. Los mutualistas incorporados por primera vez o reincorporados a la Mutua que tengan más de 35 años de edad al producirse la incorporación o reincorporación, tendrán derecho a la cuantía total del subsidio, si bien será necesario el cumplimiento de la exigencia de homogeneidad de riesgos y aportaciones que se establece en el artículo 28.4 de los Estatutos, haciendo aportaciones adicionales de acuerdo con la edad que tengan en el momento de la incorporación, o reincorporación, de las características siguientes:

Un recargo sobre la cuota periódica vigente en cada momento, en el porcentaje siguiente:

De los 36 a los 40 años de edad 20%

De los 41 a los 45 años de edad 40%

De los 46 a los 50 años de edad 60%

Artículo 5º. Requisitos para tener derecho a la prestación

5.1. Para tener derecho a la prestación, el asegurado hará falta:

5.1.1. Que esté ejerciendo, por cuenta propia o ajena, la abogacía o su profesión o trabajo habitual. A los efectos de acreditar esta situación, el mutualista deberá presentar la documentación de su alta censal vigente, certificado de alta en la Seguridad Social o documento equivalente.

5.1.2. En caso de enfermedad o accidente, que presenten en las oficinas de la Mutua, dentro de los plazos establecidos en el artículo siguiente, informe médico cumplimentado y firmado por el facultativo que le asista, en el cual se detalle la afección que sufra, y la documentación correspondiente al ingreso hospitalario, si es el caso.

5.1.3. En el supuesto de nacimiento de hijo o hija y adopción que solicite la prestación dentro de los sesenta días naturales siguientes al parto o a la efectividad de la adopción.

5.1.4. En el caso de adopción que presente en las oficinas de la Mutua el justificante de la solicitud de adopción y acreditar mediante resolución administrativa o acto judicial la efectividad del inicio de la adopción.

5.1.5. Para los supuestos de nacimiento de hijo o hija y adopción se deberá presentar documentación acreditativa del cese temporal de la actividad profesional o laboral mientras permanezca la situación de incapacidad temporal.

5.1.6. Para el supuesto del cuidado de menores, se tendrá que presentar la solicitud del progenitor, adoptante o tutor, donde tendrá que quedar acreditado por un facultativo de los servicios médicos responsables de la asistencia del menor, en el que se exprese la necesidad del cuidado del menor por encontrarse afectado por cáncer u otra enfermedad grave, que requiera ingreso hospitalario de larga duración y tratamiento continuado de la enfermedad, así como una declaración en la que el solicitante haga constar que este cuidado le priva totalmente del ejercicio de su trabajo habitual.

En este caso, el mutualista beneficiario del subsidio tendrá que estar inscrito a la Mutua como opción alternativa al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social.

5.1.7. En cuanto a la contingencia de hospitalización, que solicite la prestación económica dentro del plazo de sesenta días naturales siguientes al alta hospitalaria, siempre que no hayan transcurrido más de ciento veinte días desde el inicio de la hospitalización.

5.1.8. En cuanto a las situaciones de baja médica, que presente cada treinta días y mientras dure la situación, comunicado médico de confirmación de incapacidad firmado por el médico que le asista.

En el caso del cuidado de menores, tendrá que presentarse un comunicado de la confirmación de la enfermedad del menor cada 30 días.

5.1.9. Que se someta a las visitas, revisiones y exámenes médicos que decida la Mutua.

Artículo 6º. Duración del derecho a la Prestación.

6.1. En cada uno de los procesos de incapacidad ocasionados por una misma enfermedad o accidente, el asegurado tendrá derecho a un plazo máximo de trescientos cincuenta y ocho días en el supuesto de incapacidad transitoria y, a un plazo máximo de ciento ochenta días en supuesto de incapacidad parcial.

6.2. En el supuesto de nacimiento de hijo o hija y adopción, se satisfará una prestación equivalente a cien días de incapacidad transitoria y en caso de lactancia una prestación equivalente a setenta y cinco días de incapacidad parcial.

En estos supuestos, no será de aplicación lo dispuesto en el art. 4.2 en relación a la cantidad complementaria para mutualistas menores de 65 años.

La percepción de la indemnización nacimiento de hijo o hija, adopción o, en su caso, lactancia, será incompatible con la percepción del subsidio diario por causa de enfermedad o accidente o por el supuesto del cuidado del menor.

6.3. Cuando un mismo motivo sea causa de periodos discontinuos de incapacidad, el cómputo del plazo máximo que prevé el apartado 1) se computará sumando los diferentes periodos de incapacidad que se hayan sufrido. No obstante, el total de días computables por un mismo motivo, y de todos aquellos procesos que se deriven directamente, no excederá del cómputo máximo establecido en el punto 6.1.

Excepcionalmente, se podrá iniciar un nuevo periodo de duración máxima de la prestación si el asegurado ha permanecido en situación de alta médica o laboral, emitida por el facultativo correspondiente durante un período ininterrumpido superior a tres años.

6.4. La prestación de incapacidad se acredita desde el día octavo natural siguiente al de su inicio, si la solicitud de la prestación y el comunicado médico de baja se han registrado en las oficinas de la Mutua dentro del plazo de los siete primeros días de la incapacidad.

6.5. Si entre la fecha de inicio de la incapacidad y la del registro de la solicitud y comunicación médica en las oficinas de la Mutua hay más de siete días naturales, la prestación se acreditará desde el día del registro y nunca tendrá carácter retroactivo.

6.6. No se admitirá a trámite, ni será causa de derecho a la prestación, la situación de incapacidad que, a la presentación de la solicitud en el registro de la Mutua, ya haya finalizado.

6.7. Si en un mismo período de baja médica, el asegurado presentase más de un motivo de incapacidad, se satisfará el subsidio contratado, únicamente por día de incapacidad, computándose los diferentes motivos en el período que el asegurado se encontrara en esta situación.

6.8. Si el asegurado permaneciera en situación de incapacidad transitoria, pero esta incapacidad dejase de ser total, la Junta Directiva podrá acordar el cese del derecho a percibir aquella contingencia e iniciar, desde el día siguiente, la percepción del subsidio diario por incapacidad parcial.

6.9. Por cada uno de los períodos de permanencia en clínica u hospital, el asegurado tendrá derecho a esta prestación durante un período máximo de noventa días de estancia por año. En cualquier caso, ya sea de una forma consecutiva o en períodos diferentes, no se podrá percibir por un período superior al indicado anteriormente.

6.10. En el caso del cuidado de menores de 18 años serán aplicables las anteriores disposiciones 6.1, 6.2, 6.4, 6.5, 6.6 y 6.7.

Artículo 7º. Aprobación, denegación y suspensión.

La Junta Directiva aprobará o denegará la solicitud y notificará su decisión al interesado, e indicará, en el supuesto de ser aprobatoria, la fecha de inicio de la acreditación y la cuantía. Si es denegatoria, se indicará la causa y los recursos que sean procedentes.

La Junta tiene la facultad de suspender el pago para las diferentes contingencias cuando el mutualista incumpla sus obligaciones o se aprecie la transgresión de los preceptos que regulan la concesión de este derecho. La Junta Directiva acordará retomar el pago cuando se hayan compensado las anomalías y las omisiones motivadoras de la suspensión. El período de la suspensión y el de la interrupción nunca se deducirán del plazo máximo previsto en el artículo anterior.

Artículo 8º. Cese del derecho.

El cese del derecho a las diversas contingencias que conforman esta prestación se producirá por la finalización del proceso de incapacidad, por el alta médica y/o hospitalaria presentada por el interesado o acordada por la Junta Directiva, por agotamiento del plazo máximo, previsto en el artículo 6º, por el reconocimiento al asegurado de la invalidez permanente o bien por el cese definitivo del ejercicio profesional de la abogacía o de la profesión o trabajo habitual para jubilación.

También podrá cesar el derecho por la no concurrencia, durante el proceso, de cualquiera de las condiciones generales, a las cuales se supedita la concesión de las prestaciones, de acuerdo con el artículo 3º del Título I y con aquello que este Título dispone o bien por la finalización del proceso de Incapacidad Transitoria por concesión de la Incapacidad parcial, y viceversa.

En el caso del cuidado de los menores de 18 años el cese se producirá por la reincorporación al trabajo de la persona beneficiaria, por no existir la necesidad del cuidado directo, continuo y permanente del menor debido a la mejora de su estado o alta médica por su curación, por cumplir el menor 18 años, por muerte del menor o de la persona beneficiaria de la prestación.

Artículo 9º. Periodos de Carencia.

Para percibir cualquiera de las coberturas descritas en este Reglamento, será necesario que los asegurados tengan una antigüedad mínima de seis meses en esta prestación cuando se produzca el hecho causante de la misma, excepto si es por nacimiento de hijo o hija, la adopción y la lactancia, en los cuales la antigüedad será de ocho meses.

No se requerirá carencia alguna en caso de accidente sufrido después de la incorporación o la reincorporación del mutualista.

Artículo 10º. Riesgos Excluidos.

No tendrán derecho a cualquiera de las indemnizaciones descritas anteriormente los ingresos hospitalarios y las enfermedades originadas por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Internamientos producidos por patologías orgánicas, psíquicas o toxicomanías adquiridas con anterioridad a la suscripción.

- Patologías previas a la fecha de inscripción o derivadas de la valoración técnica de la declaración de salud.

- Patologías derivadas de autolesiones provocadas por el mismo asegurado.

- Enfermedades derivadas de causas no patológicas o de tratamientos producidos por estas mismas causas.

- Patologías ocasionadas por conductas o actos realizados con ánimo fraudulento en cuanto a la obtención de la prestación.

Tampoco dispondrán de cobertura:

- Internamientos por diagnósticos y reconocimientos sistemáticos, curas de reposo, periodos de aislamiento, y por tratamientos estéticos o derivados de los mismos, siempre que no sean, en este último caso, por causa derivada de accidente o defecto congénito a excepción de la reconstrucción mamaria por mastectomía previa y reconstrucción bilateral.

- Estancias en residencias geriátricas, centros en régimen sociosanitario o ingresos domiciliarios.

TÍTULO XXI Reglamento de la prestación de Incapacidad Permanente Absoluta

Artículo 1º. Naturaleza de la prestación.

Consistirá en una renta mensual temporal que se satisfará al mutualista de la prestación, en el supuesto que se encuentre en una situación de Incapacidad Permanente y Absoluta.

Se entiende por Incapacidad Permanente y Absoluta la situación física irreversible provocada por un accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del mutualista, determinante de la total ineptitud de éste por el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

Artículo 2º. Cuantía y cuotas de la Prestación.

Se establece una única modalidad de contratación hasta la cuantía de renta mensual máxima cifrada en 1.200 euros.

Asimismo, se establecen dos opciones de renta asegurada:

- a) Renta constante.
- b) Renta creciente anualmente.

A cada vencimiento anual se podrá modificar la opción de contratación, siempre y cuando el mutualista cumpla las condiciones de valoración del riesgo asegurado. En este supuesto, la cuota se adaptará a la nueva modalidad suscrita.

Las ampliaciones del importe contratado dentro de los límites establecidos serán tratadas como una nueva suscripción, emitiéndose por parte de la Mutua los correspondientes suplementos del título de suscripción. La no aceptación de las condiciones particulares que se establezcan impedirá la ampliación de la prestación.

La Junta Directiva de la Mutua podrá ampliar las opciones y modalidades de contratación, teniendo en cuenta los límites que, en su caso, establezca la vigente legislación sobre Mutualidades.

Para cada una de las opciones de esta prestación, el mutualista deberá satisfacer la cuota que consta en el anexo de este reglamento.

Artículo 3º. Duración de la Prestación.

Este seguro tiene una duración de un año, prorrogándose, anualmente, hasta la fecha máxima de vencimiento definida en el título de suscripción.

El derecho a la percepción de esta prestación comienza en la fecha en que se reconoce la situación de incapacidad permanente absoluta y finaliza en la fecha máxima de vencimiento. No obstante, se establece un período mínimo de percepción de la renta, en caso de supervivencia, de cinco años a contar desde la declaración de Incapacidad Permanente Absoluta.

Artículo 4º. Asegurados.

Podrán ser asegurados por esta prestación los mutualistas que en el momento de presentar la solicitud de su inscripción no hayan sobrepasado la edad de 50 años.

La cobertura cesará el último día del mes en el que el mutualista cumpla la edad de 67 años.

Asimismo, la cobertura o pago de la pensión finalizará en el supuesto de muerte del mutualista cancelándose el seguro, sin que, en ningún caso, corresponda ningún pago ni extorno.

Artículo 5º. Requisitos para tener derecho a la prestación.

5.1 Que tenga una antigüedad mínima de seis meses en el subsidio económico de Incapacidad correspondiente cuando se produzca el hecho causante originario que produce la incapacidad permanente absoluta. No se tendrá en cuenta la antigüedad en caso de accidente sufrido después de la incorporación o la reincorporación del mutualista.

5.2 Que se presente la correspondiente solicitud en las oficinas de la Mutua.

5.3 Estar al corriente en el pago de cuotas.

5.4 Solicitar la prestación de la Mutua en un plazo máximo de un año desde la fecha de acreditación de la situación de incapacidad permanente, presentando la resolución otorgada por el órgano administrativo competente o bien por los facultativos designados por la entidad, así como toda la documentación médica necesaria que acredite la situación mencionada.

5.5 Una vez completa la documentación presentada y obtenidos los informes que se consideren necesarios, la Mutua procederá a la apertura del correspondiente expediente de pensión en un plazo máximo de treinta días, o bien comunicará a los interesados la denegación de la solicitud. Este acuerdo podrá ser impugnado según lo que disponen los estatutos sociales.

Durante la percepción de la renta, el mutualista deberá acreditar, anualmente, su estado de salud, aportando la documentación médica que certifique el mantenimiento de la situación de incapacidad permanente absoluta.

5.6 El reconocimiento de la invalidez es incompatible con las situaciones de Incapacidad Transitoria, Incapacidad Profesional Parcial e Incapacidad Profesional y Hospitalaria establecidas por la Mutua, prestaciones en las cuales se causará baja automáticamente.

Artículo 6º. Exclusiones.

El riesgo de Incapacidad Permanente y Absoluta está cubierto sea cual sea la causa, sin ninguna limitación territorial ni profesional.

No obstante, quedan excluidas de la prestación las situaciones producidas por algunas de las siguientes causas:

- a) Por actividad dolosa del asegurado.
- b) Por los siniestros causados intencionadamente por el asegurado de la prestación.
- c) Por las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.
- d) Actos de imprudencia temeraria, hechos delictivos o dolosos o para intervenir en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidades profesionales.
- e) Las lesiones o las consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos que se realicen por razones diferentes a las sanitarias, como los procesos de cirugía estética o derivados de los mismos.
- f) Consecuencias directas o indirectas de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, excepto las producidas por tratamiento médico.

- g) Aquellas que no sean clínicamente comprobables o en las que la única manifestación sea el dolor.
- h) Accidentes producidos como consecuencia de fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, así como conflictos armados.
- i) Consecuencias directas de la práctica, de forma habitual, de deportes calificados como de riesgo, tales como actividades subacuáticas, el barranquismo, la escalada, el puéting, el parapente, el vuelo libre con o sin motor y de otras actividades análogas que puedan incluirse en esta catalogación.

Artículo 7º. Valores garantizados.

Este seguro no otorga al mutualista derechos de rescate, ni de reducción ni de anticipo.

Artículo 8º. Prescripción.

Las acciones que se deriven de este seguro prescribirán en el plazo de cinco años, a contar desde el día que hubieran podido ejercitarse.

TÍTULO XXII: Reglamento de Renta de Viudedad

Artículo 1º. Preliminar

El presente reglamento, junto con las condiciones particulares establecidas en el Título de Mutualista, las condiciones generales para tener derecho a las prestaciones incluidas en el Título I de los Reglamentos, los Estatutos de la Mutua y las disposiciones legales de aplicación regulan la prestación "renta de viudedad", definiendo el alcance de las prestaciones garantizadas y los derechos y deberes de las partes.

Artículo 2º. Definiciones:

A efectos de este Reglamento, se entenderá por:

Tomador: Persona que suscribe el seguro, mutualista.

Personas protegidas:

Primer asegurado -> Persona física expuesta al riesgo de muerte.

Segundo asegurado -> Cónyuge o pareja de hecho, expresamente designada por el primer asegurado e identificada en el Título de la prestación, expuesta al riesgo de supervivencia o longevidad, y que tiene derecho a percibir la renta prevista en este reglamento.

Fecha de efecto: Fecha de inicio de la cobertura de riesgo de muerte del primer asegurado.

Duración de la cobertura: Esta prestación se establece con una duración anual prorrogable.

Edad máxima de la cobertura: La cobertura de riesgo se prorrogará anualmente como máximo hasta el día 1 del mes siguiente en que el primer asegurado cumpla la edad máxima concertada.

Edad actuarial: Edad de el asegurado que corresponda al aniversario de nacimiento más cercano a la fecha de cálculo, tanto por defecto como por exceso.

Bases técnicas: Conjunto formado por el tipo de interés, tablas de mortalidad y de supervivencia y los recargos por gastos de gestión de aplicación para determinar el coste o cuotas de la prestación.

Artículo 3º. Naturaleza de la prestación

Consistirá en una renta periódica vitalicia que se satisfará al segundo asegurado mientras viva, en el supuesto de muerte del primer asegurado durante la vigencia de la cobertura de riesgo.

En caso de muerte del segundo asegurado estando vive el primero, se anula el seguro.

Artículo 4º. Cuantía de la prestación

Se establecen dos opciones de renta asegurada:

- a) Renta constante.
- b) Renta creciente anualmente.

Si la suscripción es en la modalidad de renta creciente, esta se aplicará anualmente a partir de la fecha indicada en el Título de Mutualista.

También se indicará en el Título de Mutualista el fraccionamiento de la renta, el importe inicial de la renta fraccionada, y si la renta es creciente, su fecha de inicio y el porcentaje asignado.

La Junta Directiva de la Mutua podrá ampliar las modalidades y opciones de contratación, teniendo en cuenta los límites que, en su caso, establezca la vigente legislación sobre Mutualidades.

Las ampliaciones del importe contratado dentro de los límites establecidos serán tratadas como una nueva suscripción, emitiéndose por parte de la Mutua los correspondientes suplementos del título de suscripción. La no aceptación de las condiciones particulares que se establezcan impedirá la ampliación de la prestación.

Artículo 5º. Cuotas

Las cuotas de esta prestación se han calculado en base a cuota anual con posibilidad de fraccionamiento, sin que sea de aplicación ningún recargo por este concepto.

El fraccionamiento figurará al Título de Mutualista.

La cuota que corresponde a la anualidad de seguro se calcula en función de la edad actuarial y sexo del primer asegurado y del capital equivalente a la renta concertada, entendiendo como tal el valor actual de la renta vitalicia suscrita teniendo en cuenta la probabilidad de supervivencia del segundo asegurado y el tipo de interés previsto para la actualización.

El pago de las sucesivas cuotas finaliza al llegar al vencimiento del seguro o bien cuando se produce la muerte del primer asegurado estando vivo el segundo.

Comportará la anulación de la prestación, sin que corresponda ningún extorno de cuotas:

a) El fallecimiento del segundo asegurado durante la vigencia de la anualidad de seguro.

b) La comunicación expresa del primer asegurado de cese de la relación conyugal o de convivencia.

En este supuesto, no se podrá anular la prestación cuando la sentencia judicial firme de separación o divorcio, el segundo asegurado sea acreedor de la pensión compensatoria prevista en el artículo 97 del Código Civil, o prestación compensatoria prevista en el artículo 233.14 del Código Civil de Cataluña, y que esta quedara extinguida por el fallecimiento del primer asegurado.

Sin embargo, tampoco se podrá anular la prestación cuando el segundo asegurado separado o divorciado, haya sido víctima de un delito de violencia de género mediante sentencia firme o archivo del procedimiento por extinción de la responsabilidad penal por fallecimiento.

Artículo 6º. Asegurados

Podrán ser asegurados de esta prestación aquellos mutualistas que reúnan las condiciones generales que se regulan en el artículo tercero del Título I de estos reglamentos para tener derecho a las prestaciones.

En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, serán asegurados las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, profesional o mercantil.

Para suscribir esta prestación, la edad máxima del primer asegurado será 65 años, pudiéndose ampliar esta edad máxima en el supuesto de modificación de la edad legal de jubilación.

La cobertura cesará el último día del mes en que el asegurado cumpla la edad de 67 años.

Artículo 7º Deber de información

Previamente a la inscripción, el primer asegurado deberá cumplimentar un cuestionario de salud y declarar todas las circunstancias personales conocidas que puedan influir en la valoración o aceptación del riesgo. La Mutua podrá fijar las exclusiones y recargos por agravación del riesgo que considere oportunas o establecer las condiciones especiales que precise la técnica aseguradora.

Asimismo, el asegurado tiene el deber de informar, tan pronto como sea posible, de todas las circunstancias que agraven el riesgo y que sean de tal importancia que, si hubieran sido conocidas previamente por la Mutua en el momento del inicio de la cobertura, se hubieran establecido con condiciones especiales o el seguro no hubiera sido realizada. No habrá obligación de informar de las variaciones de circunstancias relativas al estado de salud del asegurado, que en ningún caso se considerará agravante del riesgo.

La Mutua renuncia expresamente al derecho de cancelación y al derecho de modificación de primas y / o prestaciones a nivel individual cuando las circunstancias que agraven el riesgo hayan sido originadas en un momento posterior al inicio de la cobertura.

Artículo 8º. Error en la edad

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del primero y/o del segundo asegurado, la Mutua sólo podrá dejar sin efecto la cobertura si sus verdaderas edades, en el momento de la suscripción, exceden los límites de edad previstos.

En cualquier caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad del primer asegurado la cuota satisfecha fuera inferior a la que le correspondería, la prestación se reduciría en proporción a la cuota satisfecha. En caso contrario, si la cuota pagada es superior a la que hubiera debido abonar, la Mutua está obligada a restituir el exceso de cuotas satisfechas, sin intereses.

Y si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad del segundo asegurado el capital equivalente a la renta concertada fuera inferior al que le correspondería, la prestación se reduciría en proporción. En caso contrario, si el capital equivalente a la renta concertada fuera superior, la prestación también aumentaría en proporción.

Artículo 9º. Requisitos para tener derecho a la prestación

9.1. Estar al corriente en el pago de cuotas.

9.2. Comunicar a la Mutua en un plazo máximo de 60 días naturales desde la fecha del siniestro toda clase de información sobre las circunstancias del siniestro.

9.3. Aportar la siguiente documentación:

9.3.1. Certificado literal de defunción del primer asegurado.

9.3.2. Certificación, en su caso, extendida por el médico que haya atendido al difunto, en la que figuren el nombre y los apellidos de éste, y donde se especifiquen la causa y circunstancias de la muerte.

9.3.3. Certificado literal de nacimiento del segundo asegurado.

9.3.4. Cualquier documentación complementaria para el reconocimiento de derechos del segundo asegurado que razonadamente determine la Junta.

Una vez completa la documentación presentada y obtenidos los informes que se consideren necesarios, la Mutua procederá a la apertura del correspondiente expediente de pensión en un plazo máximo de cuarenta días, o bien comunicará a los interesados la denegación de la solicitud. Este acuerdo podrá ser recurrido según lo dispuesto en los Estatutos Sociales.

Durante la percepción de la renta, el segundo asegurado deberá, anualmente, de acreditar su supervivencia.

Artículo 10º. Exclusiones

El riesgo de muerte del primer asegurado está cubierto sea cual sea la causa, sin limitación territorial ni profesional, **salvo el fallecimiento producida por suicidio dentro del primer año de vigencia del seguro.**

Sin embargo, quedan excluidas de la prestación del fallecimiento producida por alguna de las causas siguientes:

- a) **Por actividad dolosa del primer y/o del segundo asegurado.**
- b) **Por la participación del primer asegurado en delitos dolosos.**
- c) **Por la participación del primer asegurado en hechos de guerra.**
- d) **Los producidos como consecuencia directa o indirecta de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva o química.**
- e) **Los producidos por las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.**
- f) **Los producidos por consecuencias directas de la práctica de deportes calificados como de riesgo, tales como actividades subacuáticas, el barranquismo, la escalada, el puéting, el parapente, el vuelo libre con o sin motor y otras actividades análogas que se puedan incluir en esta catalogación.**

Artículo 11º. Valores garantizados

Este seguro no otorga al mutualista derechos de rescate, ni de reducción ni de anticipo.

Artículo 12º. Prescripción

Las acciones que se deriven de este seguro prescribirán en el plazo de cinco años, a contar desde el día que habrían podido ejercitarse.

TÍTULO XXIII: Reglamento de Rentas Vitalicias

Artículo 1º. Preliminar

El presente reglamento, junto con las condiciones particulares establecidas en el Título de Mutualista, las condiciones generales para tener derecho a las prestaciones incluidas en el Título I de los Reglamentos, los Estatutos de la Mutua y las disposiciones legales de aplicación regulan la "prestación de rentas vitalicias", definiendo el alcance de las prestaciones garantizadas y los derechos y deberes de las partes.

Artículo 2º. Definiciones

A efectos de este Reglamento, se entiende por:

Mutualista: Persona que suscribe el seguro.

Personas protegidas:

Asegurado y Primer asegurado: Persona física expuesta al riesgo de supervivencia.

Segundo asegurado: En caso de contratar la modalidad de renta con reversibilidad, persona expresamente designada por el mutualista e identificada en el Título de la prestación, expuesta al riesgo de supervivencia, y que tiene derecho a percibir la renta prevista en este reglamento.

Beneficiario: Persona física designada por el mutualista a quien corresponde satisfacer la indemnización en caso de muerte de los asegurados perceptores de la renta dentro del periodo de cobro cierto.

Fecha de efecto: Fecha de inicio de la cobertura de riesgo de supervivencia del primer asegurado.

Fecha de vencimiento anual: Fecha a partir de la cual el seguro se renueva por períodos anuales.

Anualidad de seguro: Período que va desde la fecha de efecto a la fecha de vencimiento anual, a partir del primer vencimiento, los sucesivos períodos anuales. Siempre será inferior o igual al año.

Duración de la cobertura: Esta prestación se establece con una duración vitalicia.

Edad actuarial: Edad de el asegurado que corresponda al aniversario de nacimiento más cercano a la fecha de cálculo, tanto por defecto como por exceso.

Bases técnicas: Conjunto formado por el tipo de interés, tablas de mortalidad y de supervivencia y los recargos por gastos de gestión de aplicación para determinar el coste o cuotas de la prestación.

Artículo 3º. Naturaleza de la prestación

Mediante esta prestación, el asegurado tendrá derecho a percibir una renta, según variedad, importe y duración establecida en el correspondiente título de suscripción, con base en las siguientes especificaciones:

3.1 En caso de supervivencia:

La Mutua satisfará una renta al asegurado de la prestación mientras permanezca en vida y hasta la fecha de su fallecimiento.

La renta se podrá constituir con reversibilidad a favor de un segundo asegurado, que en caso de fallecimiento del primero, asumirá todos los derechos y obligaciones y continuará percibiendo la renta mientras permanezca en vida y hasta su fallecimiento. La renta reversible se determinará aplicando un porcentaje a la renta contratada, indicado en el título de suscripción.

3.2 En caso de muerte:

En caso de fallecimiento del asegurado durante la vigencia de la prestación, o del primer y segundo asegurado en caso de rentas reversibles, la prestación se extinguirá sin originar cobro adicional.

Si la renta es reversible, en caso de fallecimiento del segundo asegurado mientras el primer asegurado permanece en vida, la reversibilidad quedará extinguida.

3.3 Periodo cierto:

La Mutua podrá garantizar el cobro de la prestación durante un período cierto, indicado en el título de suscripción, con independencia de que permanezcan en vida o no los asegurados de la prestación. En este caso se designarán beneficiarios para satisfacer la prestación por causa de fallecimiento de los asegurados. Una vez transcurrido el período cierto, la garantía quedará extinguida.

Con posterioridad a la fecha final del período cierto, la renta se abonará mientras permanezca en vida el asegurado o el segundo asegurado en caso de rentas reversibles y hasta la fecha de su fallecimiento.

En caso de fallecimiento del asegurado antes de finalizar el período cierto, se garantizará hasta un máximo del 100% de la renta a los beneficiarios designados y hasta la fecha final del periodo. En este momento los beneficiarios podrán optar al cobro de la prestación en forma de capital equivalente a la renta cierta pendiente, actualizadas financieramente al tipo de interés técnico.

Si la renta fuera reversible, en caso de fallecimiento del primer asegurado durante el período cierto, el segundo asegurado asumirá todos los derechos y obligaciones y continuará percibiendo el 100% de la renta hasta finalizar el período cierto, a partir de ese momento se aplicará el porcentaje establecido en el título de suscriptor.

En caso de fallecimiento del primer y segundo asegurado antes de finalizar el período cierto, se garantizará hasta un máximo del 100% de la renta a los beneficiarios designados y hasta la fecha final del periodo. En este momento los beneficiarios podrán optar al cobro de la prestación en forma de capital equivalente a la renta cierta pendiente, actualizadas financieramente al tipo de interés técnico.

Durante el periodo de cobro cierto, se establece la posibilidad de derecho a rescate consistente en el capital máximo equivalente a la renta cierta pendiente de cobro.

Artículo 4º. Cuantía de la prestación

Se establecen dos opciones de renta asegurada:

Renta constante.
Renta creciente anualmente.

La renta asegurada se pagará por períodos mensuales vencidos, pueden contratar el cobro de 14 mensualidades cada anualidad de seguro. En este caso, corresponderán dos mensualidades los meses de junio y de diciembre de cada año.

Si la suscripción es en la modalidad de renta creciente, el porcentaje de crecimiento se aplicará anualmente a partir de la fecha indicada en el Título de Mutualista.

También se indicará en el Título de Mutualista el importe inicial de la renta fraccionada, el número de mensualidades de cada año y, si la renta es creciente, la fecha de inicio de la revalorización y el porcentaje de reversión asignado, sin posibilidad de modificación con posterioridad.

Artículo 5º. Duración de la cobertura, vencimiento

La cobertura de esta prestación estará en vigor a partir de la fecha de efecto, siempre que la cuota haya sido satisfecha y permanezca en vida el asegurado receptor de la prestación. En caso de provenir de la transformación de una prestación de la Mutua, "Ahorro Futuro" o "Plan de Previsión Asegurado", a partir de su formalización.

La extinción de la cobertura se producirá automáticamente por causa de fallecimiento del asegurado y en el caso de renta reversible por causa de fallecimiento de los dos asegurados receptores de la renta.

Artículo 6º. Asegurados

Podrán ser asegurados de esta prestación:

6.1 El mutualista.

6.2 El cónyuge del mutualista.

6.3 Los padres del mutualista si están a su cargo y conviven con el mutualista en el mismo domicilio. Si los padres viven a su cargo, pero no se da el requisito de convivencia, su inclusión como asegurado la decidirá, caso por caso, la Junta Directiva, a solicitud del mutualista.

6.4 Cualquier otra persona que conviva con el mutualista y que se encuentre unida a él por vínculos familiares, de convivencia o laborales. En todos estos casos, la inclusión como asegurado la decidirá la Junta Directiva, a solicitud del mutualista.

6.5 En el caso de mutualistas que sean personas jurídicas, serán asegurados las personas vinculadas a la sociedad mediante relación laboral, profesional o mercantil. Es este caso el asegurado será quien designará o modificará la designación de beneficiarios.

Para suscribir esta prestación, se establece una edad mínima de 60 años y una edad máxima de 85 años.

Artículo 7º. Cuotas

La prestación se constituye bajo la modalidad de prima única, que vendrá determinada en el título de suscripción.

Si la prima no ha sido satisfecha, la prestación no llegará a tener efecto y se procederá a su anulación, sin necesidad de requerir el pago por parte de la Mutua.

Si el título proviene de la transformación de una prestación de la Mutua, "Ahorro Futuro" o "Plan de Previsión Asegurado", la provisión matemática del seguro de ahorro, a la fecha de efecto de la transformación, se incorporará a esta prestación de renta vitalicia, sin constituir prima única.

Artículo 8º. Beneficiarios

En el caso de la garantía de cobro en período cierto y por muerte del asegurado, serán beneficiarios de la indemnización que corresponda satisfacer, las personas designadas por el mutualista de manera expresa.

En el tiempo de vigencia de la cobertura, el mutualista podrá designar beneficiario o modificar la designación efectuada. La designación se podrá hacer constar en el Título, en una posterior declaración escrita y fehaciente a la Mutua o bien expresamente en testamento. La revocación deberá hacerse en cualquiera de las formas establecidas por la designación.

En caso de designación de más de un beneficiario, la prestación se distribuirá entre todos ellos por partes iguales, excepto cuando el mutualista hubiera fijado otro criterio de distribución.

Artículo 9º. Requisitos para el cobro de la prestación

En el momento que se produzca el hecho causante de la prestación, la Mutua hará efectivo el pago una vez aportada la documentación exigida de acuerdo con los requisitos siguientes:

9.1 La forma de pago de la renta será mensual y mediante domiciliación bancaria.

9.2 El asegurado de la prestación deberá aportar la siguiente documentación:

- **Copia del D.N.I. del asegurado.**
- **Acreditación de la titularidad de la cuenta bancaria de cobro de la prestación.**
- **Presentación anual de la Fe de Vida o sistema alternativo que acredite su supervivencia.**

Y en todo caso, la documentación que razonadamente la Mutua considere conveniente por el reconocimiento del derecho a la prestación.

9.2.1 En caso de rentas reversibles, al fallecimiento del primer asegurado, la renta quedará pendiente de abono hasta que el segundo asegurado presente a la Mutua la correspondiente solicitud de cobro acompañada de la siguiente documentación:

- Certificado de defunción original del primer asegurado emitido por el Registro Civil.
- D.N.I original del segundo asegurado o fotocopia compulsada.
- Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria de cobro de la prestación.
- Carta de pago del impuesto de Sucesiones o declaración de exención, si fuera el caso.
- Presentación anual de la Fe de Vida o sistema alternativo que acredite su supervivencia.

Y en todo caso, la documentación que razonadamente la Mutua considere conveniente por el reconocimiento del derecho a la prestación.

Una vez reconocido el derecho a cobrar la prestación al segundo asegurado, la Mutua abonará las rentas mensuales que hayan podido quedar pendientes hasta este reconocimiento.

9.2.2 En el caso de la garantía de cobro en período cierto, al fallecimiento del asegurado dentro de este período, la prestación quedará pendiente de abono hasta que el beneficiario designado presente a la Mutua la correspondiente solicitud de cobro acompañada de la siguiente documentación:

- Certificado de defunción original del asegurado emitido por el Registro Civil.
- D.N.I original del beneficiario o fotocopia compulsada.
- Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria de cobro de la prestación.
- Carta de pago del impuesto de Sucesiones o declaración de exención, si fuera el caso.
- Presentación anual de la Fe de Vida o sistema alternativo que acredite su supervivencia.

Y en todo caso, la documentación que razonadamente la Mutua considere conveniente por el reconocimiento del derecho a la prestación.

Una vez reconocido el derecho a cobrar la prestación al beneficiario, la Mutua abonará las rentas mensuales que hayan podido quedar pendientes hasta este reconocimiento o, en su caso, el importe del capital equivalente.

9.3 Una vez completada la documentación y acreditada la identidad de los asegurados o beneficiarios, la Mutua procederá al pago de la correspondiente prestación.

En caso de que se hayan abonado rentas con posterioridad al fallecimiento del asegurado, estas se reclamarán a quien corresponda o, si fuera el caso, se deducirán de la prestación a percibir por el segundo asegurado o los beneficiarios

Artículo 10º. Prescripción

Las acciones que se deriven de este seguro prescribirán en el plazo de cinco años, a contar desde el día que habrían podido ejercitarse.

TÍTULO XXIV: Reglamento de la prestación complementaria de Exoneración por Incapacidad Permanente Absoluta

Artículo 1º. Naturaleza de la prestación

Consistirá en la exoneración del pago de las cuotas periódicas de la prestación a la que complementa, que denominamos principal, en el supuesto de que el asegurado se encuentre en una situación de Incapacidad Permanente y Absoluta.

Se entiende por Incapacidad Permanente y Absoluta la situación física irreversible provocada por un accidente o enfermedad originados independientemente de la voluntad del asegurado, determinante de la total ineptitud de éste para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional.

Artículo 2º. Cuantía de la prestación

La cuantía de la prestación será el importe de las cuotas periódicas de la prestación principal a la que complementa.

En caso de producirse el hecho causante de la prestación, el mutualista queda exonerado del pago de las cuotas periódicas futuras de la prestación principal que complementa.

Artículo 3º. Importe de las cuotas

Las cuotas de esta prestación se calculan en base a la cuota anual con la posibilidad de fraccionamiento, sin que sea de aplicación ningún recargo por este concepto. El fraccionamiento será el mismo que el de la prestación principal.

Las cuotas son temporales renovables, en cada vencimiento anual se calcula la cuota en función de la edad del asegurado y del capital equivalente de la prestación suscrita, entendiéndose como tal, el valor actual de las cuotas de la prestación principal a la que complementa, desde la fecha hasta el vencimiento previsto, teniendo en cuenta la probabilidad de producirse la Incapacidad, el tipo de interés previsto para la actualización y los gastos que correspondan.

A los efectos de la determinación de la cuota, se computará como edad la que corresponda al aniversario más cercano del asegurado, tanto por defecto como por exceso.

El pago de las sucesivas cuotas finaliza en la fecha de vencimiento que figura en el título de suscripción de la prestación principal o bien cuando se produce la situación de incapacidad permanente absoluta.

Artículo 4º. Duración de la Prestación

Este seguro tiene una duración de un año y se prorroga por sucesivos periodos anuales, hasta la fecha máxima de vencimiento de la prestación principal.

La fecha de efecto o alta del seguro será la fecha inicial de la propia cobertura de la prestación complementaria de Exoneración por Incapacidad Permanente Absoluta.

La fecha de vencimiento anual será la fecha a partir de la cual el seguro se renovará por periodos anuales y coincidirá con la fecha de vencimiento anual o aniversario del seguro de la prestación principal.

A efectos de esta prestación, se entenderá por anualidad el período que va desde la fecha de efecto o alta del seguro hasta la fecha de vencimiento anual. La duración de la primera y de la última anualidad pueden ser inferiores al año.

La cobertura cesará, necesariamente, a la fecha de finalización del pago de las cuotas periódicas de la prestación principal.

Asimismo, la cobertura o la exoneración del pago de las cuotas periódicas finalizará en el supuesto de reducción, rescate o baja de la prestación principal o de muerte del mutualista cancelándose la prestación, sin que corresponda por esta cobertura ningún pago ni extorno.

La exoneración del pago de las cuotas periódicas de la prestación principal se producirá mientras el asegurado esté en situación de incapacidad permanente absoluta, la prestación principal vigente y hasta llegar a la fecha de finalización del pago de las cuotas periódicas de la prestación principal.

Artículo 5º. Asegurados

Podrán ser asegurados de esta prestación únicamente los mutualistas que tengan la condición de mutualista y asegurado de la prestación principal a la que complementa.

La edad máxima para suscribir esta prestación será 50 años.

Artículo 6º. Requisitos para tener derecho a la prestación

6.1 Que tenga una antigüedad mínima de seis meses desde la contratación de la prestación cuando se produzca el hecho causante de la incapacidad permanente absoluta. No se contará antigüedad en caso de accidente sufrido tras la incorporación o la reincorporación del mutualista.

6.2 Que se presente la correspondiente solicitud en las oficinas de la Mutua.

6.3 Estar al corriente en el pago de cuotas.

6.4 Solicitar la prestación de la Mutua en un plazo máximo de un año desde la fecha de acreditación de la situación de incapacidad permanente absoluta, presentando la resolución otorgada por el órgano administrativo competente o bien por los facultativos designados por la entidad, así como toda la información médica necesaria, que acredite dicha situación.

Una vez completa la documentación presentada y obtenidos los informes que se consideren necesarios, la Mutua procederá a la apertura del correspondiente expediente de exoneración de pago de las cuotas en un plazo máximo de treinta días, o bien comunicará a los interesados la denegación de la solicitud. Este acuerdo podrá ser recurrido según lo dispuesto en los estatutos sociales.

Durante el período de exoneración de las cuotas, el asegurado deberá acreditar anualmente su estado de salud, aportando la documentación médica que certifique el mantenimiento de la situación de incapacidad permanente absoluta.

Artículo 7º. Exclusiones

El riesgo de Incapacidad Permanente y Absoluta está cubierto sea cual sea la causa, sin ninguna limitación territorial ni profesional.

No obstante, quedan excluidas de la prestación las situaciones producidas por algunas de las siguientes causas:

- a) Por actividad dolosa del asegurado.
- b) Por los siniestros causados intencionadamente por el asegurado de la prestación.
- c) Por las consecuencias de enfermedad o accidente originados con anterioridad a la entrada en vigor de este seguro.
- d) Actos de imprudencia temeraria, hechos delictivos o dolosos o para intervenir en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidades profesionales.
- e) Las lesiones o las consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos que se realicen por razones diferentes a las sanitarias, como los procesos de cirugía estética o derivados de los mismos.
- f) Consecuencias directas o indirectas de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, excepto las producidas por tratamiento médico.
- g) Aquellas que no sean clínicamente comprobables o en las que la única manifestación sea el dolor.
- h) Accidentes producidos como consecuencia de fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico, así como conflictos armados.
- i) Consecuencias directas de la práctica, de forma habitual, de deportes calificados como de riesgo, tales como actividades subacuáticas, el barranquismo, la escalada, el puenting, el parapente, el vuelo libre con o sin motor y de otras actividades análogas que puedan incluirse en esta catalogación.

Artículo 8º. Valores garantizados.

Esta prestación complementaria no otorga al mutualista derechos de rescate, ni de reducción ni de anticipo.

Artículo 9º. Prescripción.

Las acciones que se deriven de esta prestación prescribirán en el plazo de cinco años, a contar desde el día que hubieran podido ejercitarse.

TÍTULO XXV: Reglamento de la Prestación Jubilación Autónomo

Artículo 1º. Objeto de la prestación

Esta prestación se constituye como un seguro mixto de Vida y Ahorro que tiene por objeto instrumentar un sistema de ahorro y previsión privado, voluntario y complementario para la jubilación, dirigido a mutualistas que realizan una actividad profesional por cuenta propia y que están adscritos y en alta en el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (RETA) o en el alternativo de Alter Mutua o en el de otras mutualidades de Previsión Social.

Mediante esta prestación, el asegurado, o en su caso el beneficiario designado, tendrá derecho a los capitales determinados en el Título correspondiente, en base a las siguientes especificaciones:

1.1 En caso de jubilación:

La cobertura principal de este seguro es la jubilación. Esta contingencia se entenderá producida cuando el asegurado acceda efectivamente a la jubilación en el Régimen de la Seguridad Social correspondiente o en el alternativo de Alter Mutua o de otra mutualidad, sea a la edad ordinaria, anticipada o posteriormente, se le abonará el capital garantizado con los incrementos que, en su caso, se hayan producido hasta aquel momento, es decir, el valor acumulado del ahorro o provisión matemática a dicha fecha.

En caso de que no vaya a ser posible el acceso del asegurado a la jubilación, se entenderá producida la misma en el momento en el que se acredite la simultánea concurrencia de los siguientes requisitos:

- a. No ejercer o haber cesado en toda actividad laboral o profesional.
- b. Tener cumplidos 65 o más años de edad.
- c. No encontrarse cotizando para la contingencia de jubilación en ningún régimen de la Seguridad Social ni realizando aportaciones con dicha finalidad a una mutualidad de Previsión Social alternativa.

La prestación se podrá percibir en forma de capital o mediante la transformación en cualquiera de las modalidades de renta aprobadas por la Entidad en el momento de la transformación.

1.2 En caso de Incapacidad Permanente y Absoluta del asegurado:

Cuando el asegurado se encuentre en una situación física o psíquica irreversible provocada por un accidente o enfermedad originados independientemente de su voluntad que le inhabiliten por completo para toda profesión u oficio por cuenta propia o ajena, se le abonará la provisión matemática que corresponda a la fecha de reconocimiento de la prestación.

1.3 En caso de muerte del asegurado antes del vencimiento:

Se abonará al beneficiario designado de acuerdo con el artículo 7º, una indemnización por defunción equivalente a la provisión matemática que corresponda a la fecha de la muerte del asegurado más un 1,5% de dicha provisión, sin que el importe que supone dicho porcentaje supere el límite máximo de 10.000 euros.

1.4 En el Título anexo se detallarán por periodos anuales los valores garantizados de ahorro, incapacidad permanente y defunción, de acuerdo con las bases técnicas actuariales vigentes en cada momento.

Artículo 2º. Definiciones

2.1 Edad: A los efectos de la determinación de la aportación, se computará como edad la que corresponda al aniversario más próximo del asegurado, tanto por defecto como por exceso.

2.2 Título anexo: Es el documento anexo al Título de mutualista en el que se expresan las especificaciones de la cobertura. Deberá contener la concreción de las prestaciones, sumas garantizadas y aportaciones correspondientes, así como también la identificación del asegurado y, en caso necesario, de los beneficiarios.

La mutua emitirá cada año, cuando haya reparto de beneficios, la actualización del Título anexo incorporando los valores garantizados por el citado incremento.

Artículo 3º. Duración de la cobertura, vencimiento

La cobertura de esta prestación estará en vigor siempre que se satisfagan las aportaciones correspondientes, si bien se tomará en consideración lo establecido en el artículo 6.2 de este Reglamento para la situación de capital reducido.

La extinción de la cobertura se producirá automáticamente en el momento en el que el asegurado solicite y se le conceda la prestación por jubilación, por incapacidad permanente y absoluta o por disposición anticipada total, o por la muerte del asegurado.

Artículo 4º. Asegurados

Podrán ser asegurados de esta prestación únicamente los mutualistas.

Artículo 5º. Actualización de la situación profesional del asegurado

5.1 Durante la vigencia del contrato, el asegurado deberá proporcionar puntualmente a la mutua la información que le sea requerida e informar de cualquier variación o error en los datos personales y/o profesionales facilitados en el momento del alta como, entre otros, la pérdida de su condición de empresario individual o profesional.

Si la fecha de nacimiento declarada fuera errónea, la prestación se ajustará automáticamente a la que corresponda con las aportaciones que se estén abonando.

5.2 El asegurado deberá comunicar a la mutua, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que puedan significar el nacimiento del derecho a la prestación asegurada.

Artículo 6º. Aportaciones

6.1 Posibilidad, tipología, fijación, importe y frecuencia.

El mutualista solo podrá hacer aportaciones mientras mantenga su actividad profesional por cuenta propia y esté adscrito y en alta en el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos (RETA) o en el alternativo de Alter Mutua o en el de otras mutualidades de Previsión Social.

Las aportaciones que realice el mutualista serán necesariamente efectuadas en su condición de empresario individual o profesional (aportaciones empresariales) y su importe anual estará sujeto a los límites financieros que establezca la legislación vigente.

Las aportaciones a esta prestación se fijan de acuerdo con las técnicas actuariales de capitalización individual. Las aportaciones se podrán fijar sobre la base de dos modalidades: únicas o periódicas.

Las aportaciones periódicas se establecen sobre la base anual y se abonan por anticipado en la fecha de efecto y sucesivos aniversarios. No obstante, las aportaciones periódicas, podrán fraccionarse por meses siempre con pago anticipado. En este caso, la Mutua podrá fijar los correspondientes recargos.

Para cada aportación se detallarán en el Título anexo de forma agregada los valores garantizados de ahorro, incapacidad permanente y defunción, de acuerdo con las bases técnicas actuariales vigentes en cada momento, hasta la edad prevista de jubilación, definida en el Título anexo.

Si llegada la edad prevista de jubilación, el asegurado no accede efectivamente a la jubilación, se incrementará en cinco años la edad prevista de jubilación, se mantendrá, si corresponde, el régimen de aportaciones periódicas y se generarán unos nuevos valores garantizados de ahorro, incapacidad permanente y defunción, de acuerdo con las bases técnicas actuariales vigentes en ese momento, hasta la nueva edad prevista de jubilación.

En caso de defunción del asegurado, la Mutua procederá a liquidar contra la prestación correspondiente, las aportaciones pendientes de pago para la anualidad en curso.

Dada la naturaleza de esta prestación, las aportaciones realizadas en este seguro estarán sujetas a las condiciones y límites establecidos en la normativa vigente sobre el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF).

6.2 Impago de aportaciones

Si la primera aportación no ha sido satisfecha por causa imputable al mutualista, la mutua tiene derecho a resolver la prestación dejándola sin efecto, quedando liberada de sus obligaciones de acuerdo con el artículo 4.2 del Título I de los Reglamentos.

Es condición indispensable para causar derecho a las prestaciones establecidas, que el mutualista esté al corriente del pago de las aportaciones. En los casos de capital reducido o aportaciones únicas se entiende que el mutualista está al corriente de pago respecto a las prestaciones garantizadas.

La falta de pago de las aportaciones periódicas sucesivas producirá la reducción del capital garantizado en la forma prevista en el artículo 8.1.

Artículo 7º. Beneficiarios

7.1 En caso de jubilación o incapacidad permanente y absoluta será beneficiario el propio asegurado.

7.2 En caso de fallecimiento previo al vencimiento, serán beneficiarios de la indemnización que corresponda satisfacer, las personas designadas por el mutualista. De no existir designación expresa, la mutua reconocerá como beneficiarios los herederos legales del asegurado a partes iguales.

En el tiempo de vigencia de la cobertura, el mutualista podrá designar beneficiarios o modificar la designación efectuada. La designación se podrá hacer constar en el Título, en una posterior declaración escrita y fehaciente a la mutua o bien expresamente en testamento. La revocación deberá hacerse en cualquiera de las formas establecidas para la designación.

En caso de designación de más de un beneficiario, la prestación se distribuirá entre todos ellos a partes iguales, excepto cuando el mutualista hubiera fijado otro criterio de distribución.

Artículo 8º. Valores garantizados

Los valores garantizados de ahorro, incapacidad permanente y absoluta y de defunción, se detallarán por periodos anuales en el Título anexo de acuerdo con las bases técnicas actuariales vigentes en cada momento.

Esta prestación no da derecho de rescate ni de anticipo, en cumplimiento de la legislación vigente para este tipo de cobertura.

Esta prestación da derecho a reducción en las condiciones que seguidamente se especifican.

8.1 Valor reducido.

El mutualista tiene derecho a solicitar a la mutua que su prestación quede en un valor reducido.

Una vez aceptada la solicitud del mutualista o cuando la mutua sea concedora que el mutualista ha perdido su condición de empresario individual o profesional, la prestación quedará en valor reducido.

La prestación reducida se obtiene aplicando la provisión matemática en el momento de la reducción como aportación única para liberar al mutualista del pago de las aportaciones posteriores a la fecha de reducción. La prestación adopta, desde el momento de la reducción, las características específicas de la prestación de aportación única.

El capital garantizado quedará automáticamente como valor reducido transcurrido el plazo de 60 días desde el momento en que el mutualista deje de satisfacer a su vencimiento la correspondiente aportación.

La suscripción mediante aportación única no tiene valor de reducción.

Artículo 9º. Derecho de disposición anticipada

9.1 El mutualista podrá disponer de forma anticipada de su ahorro acumulado en su totalidad o en parte, en el supuesto de enfermedad grave, así como de los derechos económicos correspondientes a aportaciones realizadas con al menos diez años de antigüedad, en los términos legales establecidos en los párrafos primero y segundo del artículo 8.8 del Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones y en el artículo 9º del Reglamento de planes y fondos de pensiones aprobado a través del Real Decreto 304/2004, de 20 de febrero.

9.2 La liquidación parcial del ahorro acumulado en el supuesto de enfermedad grave implicará la interrupción temporal del pago de las aportaciones periódicas lo que no resultará de aplicación, por el contrario, en el caso de disposición anticipada de derechos económicos correspondientes a aportaciones realizadas con al menos diez años de antigüedad.

9.3 La liquidación total del ahorro acumulado en el supuesto de enfermedad grave o de disposición anticipada de derechos económicos correspondientes a aportaciones realizadas con al menos diez años de antigüedad, implicará la extinción de la prestación.

9.4 El derecho de disposición anticipada se valorará por el importe de la provisión matemática.

9.5 La acreditación del acaecimiento y mantenimiento de las situaciones excepcionales a que se refiere el presente artículo deberá efectuarse de conformidad con lo establecido en los siguientes apartados y, en todo caso, ante la mutua, siendo obligación del mutualista aportar a la misma cuanta documentación le sea requerida a tales efectos.

9.6 Enfermedad grave:

- a) La liquidación del ahorro acumulado podrá efectuarse en los supuestos de enfermedad grave del mutualista, su cónyuge o alguno de los ascendientes o descendientes, en primer grado, de ambos, así como de persona que, en régimen de tutela o acogimiento, conviva con el mutualista o dependa del mismo.
- b) Se considera enfermedad grave a estos efectos, siempre que pueda acreditarse mediante certificado médico de los servicios competentes de las entidades sanitarias de la Seguridad Social, de los servicios médicos colegiales o de los servicios médicos contratados con la propia mutua:
 - Cualquier dolencia o lesión que incapacite temporalmente para la ocupación o actividad habitual de la persona durante un período continuado mínimo de tres meses, y que requiera intervención clínica de cirugía mayor o tratamiento en un centro hospitalario.
 - Cualquier dolencia o lesión con secuelas permanentes que limiten parcialmente o impidan totalmente la ocupación o actividad habitual de la persona afectada, o la incapaciten para la realización de cualquier ocupación o actividad, requiera o no, en este caso, asistencia de otras personas para las actividades más esenciales de la vida humana.

- c) Los supuestos anteriores se reputarán enfermedad grave en tanto no den lugar a la percepción por el mutualista de una prestación por incapacidad permanente en cualquiera de sus grados, y siempre que supongan para el mismo una disminución de su renta disponible por aumento de gastos o reducción de sus ingresos.
- d) El mutualista que pretenda hacer efectiva la liquidación del capital acumulado deberá dirigirse a la mutua mediante escrito razonado, en el que se harán constar las circunstancias clínicas de la enfermedad, persona que la padece, dependencia o vinculación económica con el solicitante y justificación de los gastos a los que se aplicarán los derechos liquidados, todo ello debidamente acreditado. La mutua podrá reclamar al solicitante cuanta documentación adicional estime pertinente.
- e) La liquidación del capital acumulado constituido no podrá exceder de la cuantía justificada para atender los gastos acreditados ni de la cuantía total de aquella en el momento de solicitarla. Dentro de las indicadas cuantías, la mutua podrá cuantificar los derechos objeto de liquidación en razón a todas las circunstancias concurrentes. En el caso de concederse una liquidación inferior a la solicitada por el mutualista, la mutua deberá razonar debidamente su decisión.

Artículo 10º. Incrementos de las prestaciones garantizadas por excedentes de rentabilidad

La Asamblea General de mutualistas será quien determine si se distribuyen los posibles excedentes de rentabilidad, en función de las exigencias de Capital de Solvencia. Si así lo determina la Asamblea General, el asegurado participará, de acuerdo con las condiciones del presente artículo, en los resultados financieros excedentes que se produzcan por las inversiones afectas a la cobertura de las provisiones matemáticas.

Se entenderá por rendimientos financieros excedentes ("rfe") la diferencia positiva entre la rentabilidad real media obtenida por los activos afectos a la cobertura de la totalidad de las provisiones matemáticas ("rr"), en el porcentaje que se considere razonablemente distribuable por parte de la Asamblea General a propuesta de la Junta Directiva ("rrd") y el interés técnico utilizado en las bases actuariales de la prestación ("tig").

La rentabilidad real media obtenida por los activos afectos a la cobertura de la totalidad de las provisiones matemáticas ("rr"), se define como un cociente:

1. En el numerador, con signo positivo se incluyen los ingresos financieros, y con signo negativo los gastos financieros, que tengan su origen en las inversiones que se encuentren afectas a la cobertura de las provisiones matemáticas:
 - a. Los ingresos financieros son principalmente, pero no están limitados a, los ingresos por intereses de las inversiones de renta fija, dividendos, intereses de cuentas corrientes, ingresos por alquileres de inmuebles, plusvalías realizadas del ejercicio, aplicaciones de deterioros de las inversiones y los intereses de anticipos de pólizas.
 - b. Los gastos financieros incluyen principalmente, pero no se encuentran limitados a, los gastos de las inversiones de renta fija y variable, las minusvalías en la realización de inversiones, las dotaciones de deterioros de las inversiones, las dotaciones a la amortización directamente imputables, la participación en beneficios prevista en la póliza, así como el resto de los gastos imputables a las inversiones.
2. En el denominador, se incluye la provisión matemática media del periodo, considerando la que figure en el pasivo del balance a 31 de diciembre del ejercicio de cálculo y del inmediatamente anterior, y al final de cada uno de los periodos intermedios trimestrales.

Al cierre de cada ejercicio se determinarán los rendimientos medios obtenidos por todas las carteras de inversiones de la Mutua y en caso de que la rentabilidad real media obtenida por los activos afectos a la cobertura de la totalidad de las provisiones matemáticas ("rr"), en el porcentaje que la Asamblea General considere distribuable ("rrd"), supere el tipo de interés mínimo garantizado ("tig") recogido en el Título, el 100% de tal exceso se aplicará a cada póliza en proporción a su provisión matemática promedia del año.

$$PB(d) = (rrd - tig) \times PM \text{ media}(d) \times d/365$$

Siendo,

rrd = % distribuable en forma de PB x rr

rr = rentabilidad real media obtenida por los activos afectos a la cobertura

tig = tipo de interés mínimo garantizado recogido en el Título

La Asamblea General determinará anualmente y de manera discrecional el porcentaje de participación en beneficios que considera razonable distribuir en base a la rentabilidad media obtenida.

La participación se concederá en forma de incremento de las sumas garantizadas, según el procedimiento que se detalla seguidamente:

- A cada título con derecho a participación le será asignada una parte del total de rendimientos financieros excedentes, de forma proporcional a las provisiones matemáticas mantenidas en la mutua durante todo el ejercicio cerrado. A estos efectos se ponderarán adecuadamente las provisiones iniciales y las sucesivas aportaciones pagadas durante el ejercicio.
- La participación asignada se aplicará al aumento de la provisión matemática correspondiente al título con efecto desde el mismo momento del cierre. Este incremento de provisión matemática significará un incremento de las sumas garantizadas para el supuesto de jubilación, incapacidad permanente y absoluta y como para el caso de defunción. El importe exacto del incremento se calculará como si en el momento del cálculo se aportara una aportación única, con el mismo vencimiento que el inicialmente suscrito y utilizando las bases actuariales de la prestación que la entidad tenga en vigor en ese momento.
- Las participaciones asignadas y los incrementos de prestación producidos se incorporarán en el Título anexo, estableciendo los nuevos capitales garantizados.

Artículo 11º. Ampliación de coberturas

En cualquier momento el mutualista podrá ampliar la prestación mediante el pago de nuevas aportaciones.

A cada nueva aportación se le aplicará todo lo que se dispone en este Reglamento, se le asignará la base técnica actuarial vigente en el momento de la ampliación y sus valores garantizados de ahorro, incapacidad permanente y defunción se agregarán en el Título anexo.

Artículo 12º. Requisitos para el cobro de la prestación

En el momento en que se produzca el hecho causante de la prestación, la mutua hará efectivo el pago, una vez aportada la documentación exigida **de acuerdo con los requisitos siguientes:**

12.1 Estar al corriente de pago de las aportaciones. Este requisito se entiende cumplido en los casos de prestaciones a capital reducido o prestaciones suscritas a aportación única.

12.2 Que el interesado haga la correspondiente solicitud en las oficinas de la mutua.

12.3 Aportar la siguiente documentación:

12.3.1 En caso de jubilación:

- **Documentación que acredite el acceso efectivo a la jubilación en el Régimen de la Seguridad Social correspondiente o de otra mutualidad.**
- **Copia del D.N.I. del asegurado.**
- **Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria de cobro de la prestación.**

Y en todo caso, la documentación que razonadamente la mutua considere conveniente para el reconocimiento del derecho a la prestación.

12.3.2 En caso de incapacidad permanente y absoluta del asegurado:

- **Copia del D.N.I. del asegurado.**
- **Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria de cobro de la prestación.**
- **Acreditación de la situación de incapacidad permanente, presentando la resolución otorgada por el órgano administrativo competente o por los facultativos designados por la mutua, así como toda la documentación médica necesaria que acredite la situación mencionada.**

Y en todo caso, la documentación que razonadamente la mutua considere conveniente para el reconocimiento del derecho a la prestación.

12.3.3 En caso de muerte, el beneficiario o beneficiarios deberán aportar la siguiente documentación:

- **Copia del D.N.I. del beneficiario.**
- **Documento acreditativo de la titularidad de la cuenta bancaria de cobro de la prestación.**
- **Certificado de defunción del asegurado.**

- Si no hay designación expresa de beneficiarios, aportar documentación suficiente para el reconocimiento de la cualidad de herederos legales.

Y, en todo caso, la documentación que razonadamente la mutua considere conveniente para el reconocimiento del derecho a la prestación.

12.4 Pago de las sumas garantizadas

12.4.1 Una vez completada la documentación y acreditada la identidad del beneficiario o beneficiarios, la mutua procederá, en un plazo máximo de 40 días desde la solicitud, al pago de la correspondiente prestación o bien comunicará la denegación de la solicitud.

12.4.2 La prestación se calculará de acuerdo con las especificaciones del último título, teniendo en cuenta el momento en que se produce el derecho a la prestación.

12.4.3 En el caso que la prestación a percibir excediera los límites cuantitativos fijados en la legislación vigente sobre Mutualidades de Previsión Social, antes de efectuar el pago, el valor garantizado se reducirá automáticamente hasta el límite en vigor, entregándose como exceso de aportaciones la parte de provisión matemática que corresponda por diferencia.

12.4.4 La prestación se podrá percibir en forma de capital o mediante la transformación en cualquiera de las modalidades de renta aprobadas por la entidad en el momento de la transformación.

Artículo 13º. Prescripción

Las acciones que se deriven de este seguro prescribirán en el plazo de cinco años, a contar desde el día que habrían podido ejercitarse.