



MUTUALIDAD DE PROCURADORES

REGLAMENTO DEL SEGURO PROCU-AHORRO Y VIDA

MUTUALIDAD DE PROCURADORES DE LOS TRIBUNALES DE ESPAÑA

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	2
II. DEFINICIONES.....	2
III. OBJETO.....	4
IV. COBERTURAS ASEGURADAS	4
V. CONTRATACIÓN	5
VI. PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO.....	6
VII. MODIFICACIÓN DEL RIESGO	6
VIII. PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS.....	7
IX. DERECHO DE RESCATE.....	8
X. DERECHO DE RESCISIÓN.....	8
XI. PRIMA DEL SEGURO	8
XII. APORTACIONES ADICIONALES.....	8
XIII. PAGO DE PRESTACIONES.	9
XIV. EXCLUSIONES	9
XV. BAJA, RESCISIÓN Y PÉRDIDA DE DERECHOS.....	10
XVI. MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.	11
XVII. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN.....	12
XVIII. COMUNICACIONES	12
XIX. DEBERES DE INFORMACIÓN	13
XX. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES.....	13
XXI. IMPUESTOS Y RECARGOS	14
XXII. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES.....	14
XXIII. DISPOSICIÓN ADICIONAL. Recargo en el Seguro de Riesgos Extraordinarios Daños Directos en las personas.	15
XXIV. DISPOSICIÓN FINAL	18

I. INTRODUCCIÓN

Las coberturas y prestaciones reguladas por el presente Reglamento se rigen además de por éste, por el vigente Estatuto de la Mutualidad y por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento de mutualidades de previsión social aprobado por RD 1430/2002, en las Condiciones Particulares del contrato y en el resto de normativa aplicable.

La Mutualidad de Previsión Social de los Procuradores de los Tribunales de España, está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, tomo 1.728, folio 190, hoja M-31275, inscripción 1ª, sociedad 423.133. Inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras, Sección de Previsión Social con el número P-2997 tiene su domicilio social en España, sito en la calle Bárbara de Braganza nº 2 de Madrid y tiene como número de identificación fiscal V85599611.

El control y supervisión de la actividad de la Mutualidad, corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad del Estado Español.

II. DEFINICIONES

Asegurador

La Mutualidad de Previsión Social de los Procuradores de los Tribunales de España (en adelante la Mutualidad), que se obliga al pago de las prestaciones definidas en este Reglamento y que han sido contratadas y valoradas en las condiciones particulares mediante el pago de la cuota o prima correspondiente.

Tomador

Es la persona física que contrata una o varias de las coberturas objeto de este Reglamento para sí o para otros Asegurados, por lo que adquiere la condición de mutualista.

Asegurado

Cada una de las personas físicas sobre las que se estipulan las coberturas objeto de este Reglamento.

Beneficiario

Es la persona física o jurídica designada por el Tomador en las Condiciones Particulares de cada una de las prestaciones garantizadas, que resulta titular del derecho a la prestación asegurada. En ausencia de designación expresa en la prestación de fallecimiento, se entenderá como Beneficiarios al cónyuge o situación asimilada del Tomador, en su defecto a sus hijos y, en defecto de estos últimos, a sus herederos legales.

Reglamento de prestaciones

Conjunto de normas contractuales complementarias de la Ley de Contrato de Seguro que rigen la cobertura de los riesgos que garantizan.

Condiciones Particulares

Estipulaciones que individualizan las coberturas contratadas para cada Asegurado, incluyendo cualquier limitación o ampliación de cobertura que les afecte directamente. Se emitirán por el Asegurador incluyendo a cada Asegurado que haya sido aceptado, en función de la solicitud de seguro y del cuestionario de salud que hubiese remitido para la contratación del seguro.

Fecha de efecto

Es la fecha en que entra en vigor la cobertura pactada para cada uno de los Asegurados. En ningún caso la cobertura entrará en vigor con anterioridad al momento en que el Tomador haya satisfecho la primera prima correspondiente a dicho Asegurado.

Fecha de vencimiento

Es la fecha recogida en las condiciones particulares para la finalización del contrato.

Prima

Es el coste de las coberturas cuyo importe, junto con los impuestos, tasas y recargos que correspondan, deberá satisfacer por adelantado y al inicio de cada anualidad del contrato el Tomador o en su defecto el

Asegurado según las condiciones establecidas en el presente Reglamento.

Riesgo

Hecho causante ajeno a la voluntad del Mutualista que determina una situación sujeta a protección en el marco de este Reglamento.

Prestación

Es el importe que tiene derecho a percibir el Beneficiario cuando se producen uno o varios de los hechos causantes o riesgos cubiertos y suscritos en las condiciones particulares del contrato.

Enfermedad preexistente

Toda enfermedad del Asegurado padecida con anterioridad a la contratación de esta cobertura.

III. OBJETO

El seguro de PROCU-AHORRO Y VIDA tiene por objeto instrumentar un sistema de ahorro y previsión voluntario que se ajuste a las necesidades de cada mutualista.

El Asegurador garantiza la cobertura de aquellos riesgos que hayan sido contratados por el mutualista y pactados en las Condiciones Particulares, con los límites, ampliaciones y condiciones que en ellas se determinen.

IV. COBERTURAS ASEGURADAS

SUPERVIVENCIA

La prestación de supervivencia, garantiza al vencimiento del contrato, al mutualista, el valor del capital constituido hasta la fecha del vencimiento del seguro. Esta fecha está establecida en las condiciones particulares del mismo y será como máximo la fecha en la que el mutualista cumple 75 años de edad.

FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

1. En el caso de producirse la contingencia de fallecimiento con anterioridad a la fecha de vencimiento del seguro, el Asegurador garantiza el pago a favor de los Beneficiarios de un capital igual al capital constituido en la fecha del fallecimiento más un capital adicional establecido en las condiciones particulares y que como mínimo será de 2.000 euros.

El capital constituido se incrementa según lo establecido en las Bases técnicas del seguro y en las Condiciones particulares hasta alcanzar el capital constituido al vencimiento del seguro o al fallecimiento del mutualista si este se produce con anterioridad al vencimiento.

Esto produce la extinción del contrato de seguro y sus coberturas.

2. Se establece un capital de fallecimiento máximo adicional al capital constituido en función de la edad del mutualista en la fecha de contratación:
 - Hasta 60 años: 20.000€
 - Entre 61 y 65: 10.000€
 - Más de 65 años: 5.000€

V. CONTRATACIÓN

1. El Tomador que desee contratar, modificar y/o ampliar la cobertura cumplimentará una solicitud de seguro, que incluirá un cuestionario de salud para todos los posibles Asegurados. Cada Asegurado deberá declarar todas las circunstancias conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

Igualmente, deberán comunicar al Asegurador durante la vigencia del contrato y tan pronto como sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de suscribir el Reglamento, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. A la vista de estos cuestionarios, el Asegurador podrá exigir los oportunos reconocimientos médicos o de Tribunal médico.

No podrá contratarse para Asegurados menores de 18 años de edad ni mayores de 74 años.

2. Examinada la solicitud, el cuestionario de salud, y, en su caso, el resultado de los reconocimientos médicos, el Asegurador comunicará al Tomador su aceptación total o parcial de la solicitud de seguro o, en su caso, la denegación de la misma, que deberá ser siempre justificada.

3. La contratación se efectuará mediante la suscripción por el Tomador de un original y una copia de las Condiciones Particulares. La copia, una vez firmada, se entregará al Asegurador.
4. El Tomador, una vez recibida la copia del Reglamento y de las Condiciones Particulares, deberá comprobar que los datos y pactos en ellos contenidos son correctos. En caso de no ser así, podrá solicitar, en el plazo de un mes, la rectificación de los errores producidos. Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación alguna, surtirán efecto las disposiciones contenidas en el Reglamento y las Condiciones Particulares. La rectificación de los errores producidos podrá conllevar la modificación de las primas, sin que la modificación entre en vigor hasta que la mayor prima, en su caso, se satisfaga.
Únicamente en el supuesto de que el Tomador o el Asegurado hubieren actuado con dolo al efectuar las declaraciones esenciales, la Mutualidad podrá impugnar las Condiciones Particulares con los efectos previstos en la Ley del Contrato de Seguro.

VI. PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

El contrato se perfecciona por el consentimiento de las partes contratantes manifestado con la suscripción de la póliza.

La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto hasta el pago del primer recibo de prima.

Las obligaciones del Asegurador comenzarán a las 24 horas del día en que hayan sido cumplidos ambos requisitos.

La duración del contrato será la establecida en las Condiciones Particulares.

VII. MODIFICACIÓN DEL RIESGO

1. El tomador del seguro o el asegurado tienen el deber durante la vigencia del contrato de comunicar a la Mutualidad, tan pronto como les sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias, declaradas en el cuestionario al que hayan sido sometidos, que puedan influir en la variación del riesgo.

En ningún caso las variaciones de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado se considerarán agravación del riesgo.

2. La Mutualidad puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del tomador, el asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

La Mutualidad igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador o el asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

3. El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante el curso del contrato, poner en conocimiento de la Mutualidad todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador en caso contrario a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

VIII. PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS.

El producto no otorga Participación en Beneficios.

IX. DERECHO DE RESCATE

El Tomador del Seguro podrá rescatar el seguro de ahorro en cualquier momento siendo el importe del rescate el de las primas aportadas a este seguro.

X. DERECHO DE RESCISIÓN.

El tomador del seguro puede resolver el contrato en el plazo de 30 días siguientes a la fecha en la que la Mutualidad le entregue las Condiciones Particulares, sin indicar motivos y sin penalización alguna.

Esta facultad deberá ejercitarse por escrito por el Tomador en el plazo señalado. Desde el día de expedición de la comunicación cesará la cobertura del riesgo por parte de la Mutualidad y el tomador del seguro tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia.

XI. PRIMA DEL SEGURO

La aportación al seguro constituye una prima única y no podrá ser inferior a 1.000 euros.

El importe de las primas de riesgo correspondientes al capital adicional de fallecimiento, se determinará conforme a lo establecido en las bases técnicas en vigor del seguro, en función del capital asegurado que se pacte en las Condiciones Particulares y la edad actuarial del mutualista al inicio de cada periodo o anualidad. En el primer año se detraen de la prima del seguro la prima de riesgo y los gastos de gestión del primer año, así como los recargos que soporte este seguro, posteriormente, al inicio de cada año, estos importes se detraen del capital acumulado en ese momento.

XII. APORTACIONES ADICIONALES

El Mutualista podrá en cualquier momento, durante la vigencia de este contrato, efectuar aportaciones adicionales destinadas a incrementar su capital de ahorro.

XIII. PAGO DE PRESTACIONES.

Para ser acreedor a cualquier prestación, el Asegurado deberá estar al corriente de pago en sus obligaciones. El pago de las prestaciones se efectuará por transferencia bancaria a la cuenta facilitada a la Mutualidad, en el plazo máximo de cuarenta días a partir del momento en que resulten exigibles.

El Asegurador, para efectuar el pago de la prestación del Seguro, exigirá la presentación de la siguiente documentación:

- En caso de supervivencia del Asegurado:
 - Fe de Vida del Asegurado en la fecha de vencimiento de la prestación.
 - La documentación que acredite la personalidad y en su caso la condición de Beneficiario.

- En caso de fallecimiento del Asegurado:
 - El certificado de defunción del Asegurado.
 - En su caso, certificado del Registro de actos de Últimas Voluntades, copia del último Testamento otorgado por el Tomador o Declaración de Herederos.
 - En su caso, carta de pago o declaración de exención del Impuesto sobre Sucesiones, o cualquier otro Impuesto vigente en el momento del pago de las prestaciones.
 - La documentación que acredite la personalidad, NIF y, en su caso, la condición de Beneficiario.

El pago del capital no se producirá en tanto no se haya presentado toda la documentación pertinente.

XIV. EXCLUSIONES

El Asegurador garantiza el pago de la prestación, en los términos que se expresan en este Reglamento y en las Condiciones Particulares, con las siguientes exclusiones:

- 1. El fallecimiento por las enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes salvo que hayan sido declarados en el cuestionario de salud y el Asegurador haya aceptado expresamente su cobertura en las Condiciones Particulares.**
- 2. El fallecimiento por accidentes cuya causa fuese originada por la ingestión de bebidas alcohólicas, o uso de estupefacientes**

no prescritos médicamente, así como todas sus consecuencias y secuelas.

3. Los siniestros causados intencionadamente por el Asegurado.

4. Todas las alteraciones del estado de salud derivadas de:

- **Epidemias declaradas oficialmente o cuya causa sea originada por guerras, revoluciones, terrorismo o alzamiento, de fenómenos naturales tales como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y fenómenos meteorológicos o de radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- **Operaciones quirúrgicas o tratamientos innecesarios para la curación de un accidente o enfermedad.**
- **La práctica profesional de cualquier deporte o de las que tengan origen en actividades de alto riesgo que persigan un fin comercial o publicitario.**

XV. BAJA, RESCISION Y PÉRDIDA DE DERECHOS

1. Se causará baja en el Seguro Procu Ahorro Vida por alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Adquisición de la condición de Beneficiario como consecuencia del reconocimiento de las prestaciones que establece el presente Reglamento.
- b) Rescate del capital constituido, en los términos establecidos en el presente Reglamento.
- c) Fallecimiento del asegurado.
- d) Por extinción, resolución o rescisión del contrato de seguro por cualquiera de las causas que se señalan en el presente Reglamento, o cualquier causa que derive de la legislación aplicable.

2. **La Mutualidad podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro.** Corresponderán a la Mutualidad, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Mutualidad haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima

convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará el asegurador liberado del pago de la prestación.

3. En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, el asegurador podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

Si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima de riesgo pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación del asegurador se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el asegurador restituirá el exceso de las primas percibidas sin intereses.

4. **En caso de falta de pago de una de las primas siguientes a la primera, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento.** Si la Mutualidad no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del días en que el tomador pagó su prima.

XVI. MECANISMOS DE SOLUCIÓN DE CONFLICTOS.

Los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados de cualquiera de los anteriores podrán plantear una reclamación ante:

- Servicio de Atención al Mutualista.

Si el asegurado estuviera disconforme con la resolución dictada por la oficina o servicio objeto de la queja o reclamación, podrá formularla ante este Departamento.

Para ello será necesario que el interesado, en el plazo de dos meses, presente un escrito en el que se haga constar sus datos personales, el motivo de la queja o reclamación, con especificación clara sobre las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento, el departamento o servicio donde se

hubieran producido los hechos, declaración expresa de no tener conocimiento de que la materia objeto de la queja o reclamación esté siendo sustanciada en un procedimiento administrativo arbitral o judicial, y el lugar, fecha y firma.

Asimismo, el interesado deberá aportar las pruebas que obren en su poder.

La reclamación se podrá presentar en la dirección de correo electrónico, habilitada al efecto, mediante el sistema de firma electrónica avanzada.

- Servicio de reclamaciones ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Debiéndose acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses sin recibir respuesta del Servicio de Atención al Mutualista o que éste ha desestimado su petición.

- Juzgados y Tribunales:

En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales, siendo competentes los del domicilio del asegurado.

XVII. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN

1. En caso de extravío, robo o destrucción de las Condiciones Particulares, el Tomador o, en su defecto, el Beneficiario, lo comunicará por escrito que, de acuerdo con las disposiciones legales vigentes, procederá a la emisión de un duplicado.
2. En la petición se explicarán las circunstancias del caso, se aportarán las pruebas de haberlo notificado a quienes resulten titulares de algún derecho y el solicitante se comprometerá, si apareciese, a devolver las Condiciones Particulares originales y a indemnizar al Asegurador de los perjuicios que le irroque la reclamación de tercero.

XVIII. COMUNICACIONES

1. Todas las comunicaciones derivadas del presente Reglamento deberán hacerse por escrito.

Las realizadas al Asegurador se dirigirán a su domicilio social o al correo electrónico de la Mutualidad.

2. El Asegurador enviará sus comunicaciones, por escrito, mediante correo postal o correo electrónico al tomador, al asegurado o

beneficiarios que, salvo notificación expresa y escrita en contrario, se entenderá el que conste en las Condiciones Particulares.

XIX. DEBERES DE INFORMACIÓN

1. Del Asegurador:

Anualmente, facilitará al Tomador del Seguro una información detallada respecto a las prestaciones garantizadas, de acuerdo con las Bases Técnicas aplicables, referida al final de cada anualidad.

2. Del Tomador:

El Tomador se obliga a aportar la documentación exigida en este Reglamento, así como toda aquella información adicional que sea precisa para el adecuado desarrollo de lo estipulado en éste y en las Condiciones Particulares.

3. La falsedad en la documentación o información aportada por el Tomador, Asegurado o Beneficiario, exonerará al Asegurador del pago de cualquier prestación y dará lugar a la reclamación de las prestaciones ya satisfechas.

XX. PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

1. La entrega de todos los datos personales facilitados al Asegurador en la solicitud es totalmente voluntaria, pero necesaria para la formalización del presente Reglamento y el mantenimiento de la relación contractual.

2. En cumplimiento de lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Asegurador informa al Tomador de que los datos suministrados se incluirán en ficheros automatizados o no de su propiedad y serán tratados de forma confidencial tanto por el Asegurador como por aquellas entidades que, de acuerdo con la finalidad y objeto del contrato, así como por cuestiones de coaseguro y reaseguro, intervengan en la gestión de las coberturas, al exclusivo efecto del correcto cumplimiento de las obligaciones pactadas. El Tomador y los asegurados autorizan a la entidad Aseguradora al tratamiento de los referidos datos, comprendiendo los que afecten al estado de salud, incluso en el caso de que ello requiera la cesión a que se acaba de hacer referencia, a los exclusivos efectos de que el Asegurador pueda cumplir adecuadamente con su prestación.

El consentimiento del Tomador y de cada Asegurado se expresará al firmar la solicitud de seguro. Si un Asegurado no consintiera en la inclusión de sus datos en estos ficheros o en su posterior tratamiento informático, el contrato de seguro no podrá llevarse a efecto respecto del mismo.

3. El Tomador y cada Asegurado podrán ejercer respecto de los ficheros automatizados los derechos reconocidos por la ley. En concreto, gozarán, entre otros, de los derechos de acceso, modificación y cancelación de los datos contenidos en el referido fichero.
4. Conforme a la Disposición Adicional Sexta de la L.O. 15/1999, 13 diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Asegurador informa que los datos o parte de ellos, así como los que se generen en caso de siniestro, serán cedidos a entidades públicas relacionadas con el sector asegurador con fines estadístico-actuariales y de prevención del fraude, en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

XXI. IMPUESTOS Y RECARGOS

1. Los impuestos y demás tributos y recargos legalmente repercutibles que deban satisfacerse por razón de las primas, tanto en el presente como en el futuro, serán de cuenta del Tomador.
2. Los impuestos y demás tributos que tengan por causa el pago de las prestaciones garantizadas en el presente Reglamento serán exigibles a quien corresponda, a tenor de lo que disponga la normativa reguladora vigente en cada momento.

XXII. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES

De acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, todas las acciones para el reconocimiento de los derechos que puedan derivarse del presente Reglamento quedarán extinguidas en el plazo de cinco años a computar desde el día en que aquellos pudieron ejercitarse.

XXIII. DISPOSICION ADICIONAL. Recargo en el Seguro de Riesgos Extraordinarios Daños Directos en las personas.

Cuando se entiende que existe una garantía exclusiva o principal de fallecimiento, el seguro incluye la cobertura del seguro de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas del Consorcio de Compensación de Seguros. Se entiende que una póliza de seguro de Vida garantiza principalmente el riesgo de fallecimiento si el capital en riesgo sobrepasa en algún momento el 25% de la provisión matemática que la entidad aseguradora que hubiese emitido la póliza debe de tener constituida de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados.

De presentarse la anterior circunstancia, el recargo por esta cobertura se detraerá de la aportación el primer año y del capital constituido a principio de año en los años siguientes hasta el vencimiento.

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 902 222 665).

- 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.

XXIV. DISPOSICIÓN FINAL

Las modificaciones aprobadas por el Consejo Directivo celebrado el día 27 de abril de 2018, son de obligado cumplimiento para todos aquellos Mutualistas que se encuentren sometidos a este Reglamento.