



MUTUALIDAD DE PROCURADORES

REGLAMENTO DEL SEGURO DE PREVISIÓN SOCIAL
MUTUALIDAD DE PROCURADORES DE LOS TRIBUNALES DE ESPAÑA

Aprobado por la Asamblea General Extraordinaria de Representantes
de 11 de abril de 2025

Contenido

TÍTULO PRELIMINAR	3
I. INTRODUCCIÓN	3
II. DEFINICIONES	3
III. OBJETO	6
TÍTULO PRIMERO: DERECHOS Y OBLIGACIONES	8
IV. CUOTAS	8
V. APORTACIONES ADICIONALES O EXTRAORDINARIAS	9
V BIS. APORTACIONES QUE SUPEREN EL LIMITE MÁXIMO FIJADO CADA AÑO POR EL GOBIERNO	9
VI. BAJA, RESCISIÓN Y PÉRDIDA DE DERECHOS	9
VII. PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS	11
VIII. DERECHOS DE RESCATE Y DE REDUCCIÓN	12
IX. NOTIFICACIONES Y VÍAS PARA LA IMPUGNACIÓN DE ACUERDOS	13
TÍTULO SEGUNDO: PRESTACIONES ASEGURADAS	14
X. FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA	14
XI. JUBILACIÓN DEL MUTUALISTA	14
XII. INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA	15
XIII. INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR CUALQUIER CAUSA	18
XIV. EXCLUSIONES	20
XV. NORMAS GENERALES	21
TÍTULO TERCERO: DISPOSICIONES COMUNES	24
XVI. CONTRATACIÓN	24
XVII. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN	24
XVIII. COMUNICACIONES	25
XIX. DEBERES DE INFORMACIÓN	25
XX. TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES	25
XXI. IMPUESTOS Y RECARGOS	29
XXII. INDISPUTABILIDAD	29
XXIII. PRESCRIPCIÓN DE LAS ACCIONES	29
XXIV. JURISDICCIÓN	30
TÍTULO FINAL	31
XXV. DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA	31
XXVI. DISPOSICIÓN FINAL	34

TÍTULO PRELIMINAR

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, la Ley 20/2015, de 14 de julio, y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el Reglamento de Mutualidades de previsión social aprobado por RD 1430/2002, las Condiciones Particulares del contrato, y 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.

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 establecida por la normativa o designada por el Tomador en las Condiciones Particulares de cada una de las prestaciones garantizadas, que resulta titular del derecho a la prestación asegurada.

Cuando no esté establecido por la normativa aplicable y en ausencia de designación expresa, en la prestación de fallecimiento, se entenderá como beneficiarios al cónyuge, pareja de hecho o relación análoga de afectividad, junto a aquellas personas que hayan mantenido un vínculo matrimonial o unión de hecho con el Tomador y, en su defecto, a sus herederos legales. En el caso en que el seguro se contrate como alternativa al Régimen especial de trabajadores por cuenta propia o autónomos de la Seguridad Social (en adelante RETA), los beneficiarios serán en primer lugar cónyuge, pareja de hecho o relación análoga, así como personas que hayan mantenido un vínculo matrimonial o unión de hecho con el Tomador e hijos menores de 21 años y, en su defecto, 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 se 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, en función del contenido de la solicitud de seguro y del cuestionario de salud que hubiese remitido para la contratación, informando además de la prima a abonar y resto de condiciones contractuales.

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 jubilación

Es la fecha en que el Mutualista cumple 67 años y a partir de la cual tiene derecho a percibir la prestación de jubilación.

Carencia

Periodo de tiempo inicial durante el cual no estará cubierta una garantía ni se devengará prestación alguna; este período se computa desde la fecha de efecto de la cobertura contratada.

Cuota

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, o fracción establecida, 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.

Accidente

Todo evento acaecido durante la vigencia del contrato derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales y haga preciso tratamiento médico o quirúrgico o cause la muerte.

Accidente de trabajo

Toda lesión corporal que el Asegurado sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo realizado por cuenta propia o ajena. Tendrán la consideración de accidente de trabajo:

1. Los que sufra el Asegurado al ir o volver del lugar de trabajo.
2. Las lesiones que sufra el Asegurado durante el tiempo y en el lugar del trabajo.

No tendrán la consideración de accidente de trabajo los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del Asegurado.

Accidente no profesional

Todo accidente que el Asegurado sufra y que no pueda ser considerado accidente de trabajo. No tendrán la consideración de accidente no profesional los que sean debidos a dolo o a imprudencia temeraria del Asegurado.

Enfermedad profesional

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que sea diagnosticada por un médico o tribunal médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico y que sea ocasionada como consecuencia del trabajo realizado por cuenta propia o ajena en las actividades especificadas en el RD 1299/2006 de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social o cualquier otra interna de la propia Mutuality.

Enfermedad común

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que

sea diagnosticada por un médico o tribunal médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico y que no sea ocasionada como consecuencia del trabajo realizado por cuenta propia o ajena.

Enfermedad congénita

Toda enfermedad con la que nace el Asegurado, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético, manifestada y reconocida inmediatamente después del nacimiento o descubierta con posterioridad.

Enfermedad preexistente

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

Incapacidad Permanente Absoluta para toda profesión

Situación física secular acreditada por sus limitaciones, provocada por un accidente o enfermedad originada independientemente de la voluntad del asegurado siendo determinante para la realización de cualquier tipo de actividad laboral por cuenta propia o ajena.

Incapacidad laboral transitoria

A los efectos de esta cobertura, se entiende por incapacidad laboral transitoria a toda alteración en el estado de salud del Asegurado que le impida temporalmente de manera clínicamente explicable, el ejercicio de la actividad laboral o profesional de forma total.

Riesgo durante el embarazo

Situación en la que las Aseguradas necesiten guardar reposo absoluto por prescripción médica, debido a alguna patología que pueda poner en peligro el embarazo.

III. OBJETO

El presente Reglamento regula el seguro de previsión social que tiene por objeto otorgar protección social básica y obligatoria a los Mutualistas que hayan optado por el mismo como alternativa al régimen de autónomos (RETA), al amparo de la legislación vigente, así como instrumentar sistemas de ahorro y previsión voluntarios para todos los Mutualistas de la Entidad.

El seguro de previsión social se rige por el régimen financiero de capitalización individual, conforme al cual quedan determinados los derechos de contenido económico de los Mutualistas. Pertenece a la modalidad de aportación definida para las contingencias de ahorro y de prestación definida para las contingencias de riesgo. Las prestaciones de

ahorro tienen la naturaleza y el tratamiento de prestación definida. La concreción financiera y actuarial de este seguro está desarrollada en la Base Técnica del mismo, así como, en su caso, en las Condiciones Particulares.

Punto 1. MUTUALISTAS CON RÉGIMEN ALTERNATIVO AL RETA (en adelante mutualistas alternativos)

El presente Reglamento regula las coberturas susceptibles de contratación por el Tomador que, en todo caso, deberá ser Procurador de los Tribunales, en el ámbito alternativo a la Seguridad Social.

Los riesgos o situaciones objeto de cobertura en el presente Reglamento son:

- Fallecimiento por cualquier causa y, en su caso, viudedad y orfandad derivadas.
- Jubilación.
- Incapacidad laboral transitoria que incluye maternidad, paternidad, adopción y riesgo durante el embarazo.
- Incapacidad permanente absoluta por cualquier causa.

Punto 2. MUTUALISTAS CON RÉGIMEN COMPLEMENTARIO AL RETA (en adelante mutualistas complementarios)

Los Procuradores que tengan a la Mutualidad como régimen complementario contratarán las prestaciones de jubilación y fallecimiento y podrán contratar libremente el resto de las coberturas recogidas en este Reglamento, reflejándose todas ellas en las Condiciones Particulares.

Punto 3. MUTUALISTAS NO PROCURADORES.

El resto de los Mutualistas contratarán la prestación de jubilación y de fallecimiento y podrán contratar libremente el resto de las coberturas recogidas en este Reglamento, reflejándose todas ellas en las Condiciones Particulares.

Punto 4.

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

Las anteriores contingencias deberán ser cubiertas, salvo que al amparo de la técnica aseguradora, bajo la que opera la Mutualidad, proceda a rechazar o delimitar alguno de los riesgos mencionados.

TÍTULO PRIMERO: DERECHOS Y OBLIGACIONES

IV. CUOTAS

La cuota anual se fraccionará, devengándose de forma mensual, con carácter general, y su pago se efectuará por anticipado. Si bien, el Mutualista puede abonar la cuota anual, por períodos semestrales o trimestrales.

La fecha del alta y/o contratación será la del día primero del mes en que se recibe la solicitud, siempre y cuando se aporten todos los documentos necesarios y se haya abonado la cuota correspondiente a la primera mensualidad.

La fecha de cobro indica la fecha de inicio de la cobertura. El importe mensual será al menos el 80% del mínimo de la base de cotización al RETA.

Es obligación del Mutualista satisfacer el importe de las cuotas, así como las primas o aportaciones que les correspondan como consecuencia de las prestaciones suscritas, en el plazo y condiciones establecidas.

En caso de falta de pago de unas de las cuotas siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, detrayendo del capital consolidado las primas de riesgos y el importe del gasto de gestión correspondiente a dicho mes. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la cuota se entenderá que el contrato queda reducido.

Los Mutualistas que opten por la Mutualidad alternativamente al RETA, podrán abonar la cuota bonificada aprobada por el Órgano Directivo de la Mutualidad, tomando como referencia la bonificación de cuotas establecidas por la Seguridad Social, para sus afiliados.

Las cuotas se incrementan anualmente en un porcentaje establecido inicialmente en las Condiciones Particulares y que puede variar a lo largo del contrato siempre y cuando se apruebe su modificación por la Asamblea General, dicho incremento se produce a 1 de enero de cada anualidad.

Los Mutualistas complementarios, podrán elegir el importe de la cuota, dentro de las opciones previstas por la Mutualidad.

El importe de las primas de riesgo, correspondientes al capital adicional de fallecimiento, incapacidad permanente absoluta e incapacidad laboral transitoria, se determinará conforme a la nota técnica en vigor, en función de los niveles de cobertura que se pacten en Condiciones Particulares, la edad actuarial del Mutualista y su estado de salud, inicialmente en el momento de la contratación.

La Mutualidad podrá modificar las Bases Técnicas adecuándolas a la normativa vigente en cada momento y ajustando los parámetros, en éstas recogidos, a los resultados que se vayan observando con el desarrollo del

seguro cada año (reevaluación del riesgo por siniestralidad, gastos y rentabilidad reales).

En cualquier momento, el Mutualista podrá solicitar a la Mutualidad, por escrito, el aplazamiento o interrupción temporal del pago de sus aportaciones periódicas. Se le propondrá un plan de pagos garantizándose que todas las cuotas sean satisfechas dentro de la anualidad. En caso de impago, será de aplicación lo dispuesto para el impago de la cuota general.

V. APORTACIONES ADICIONALES O EXTRAORDINARIAS

El Mutualista podrá en cualquier momento, durante la vigencia de este contrato, efectuar aportaciones adicionales. Se destinan exclusivamente a la prestación de jubilación y a la prestación de fallecimiento, incrementando el capital acumulado. El importe mínimo de cada aportación será el que a estos efectos figure en ese momento en la base técnica. No se admiten cuotas extraordinarias si el mutualista no está al corriente en el pago de la cuota ordinaria.

La Mutualidad podrá en cualquier momento definir y/o modificar los límites establecidos para estas cuotas.

V BIS. APORTACIONES QUE SUPEREN EL LIMITE MÁXIMO FIJADO CADA AÑO POR EL GOBIERNO.

A fin de evitar la pérdida de rentabilidad y derechos en las prestaciones a percibir, cuando las aportaciones realizadas por el Mutualista superen el límite máximo fijado cada año por el Gobierno de la Nación, el exceso aportado irá destinado al seguro PLAN AHORRO PLUS, sistema de ahorro flexible que no está sujeto a limitación alguna. Este nuevo sistema cubrirá el exceso de cuotas que supere la cantidad fijada legalmente como límite de la aportación.

VI. BAJA, RESCISIÓN Y PÉRDIDA DE DERECHOS

1. Además de por las causas establecidas en el artículo 12º del Estatuto y en la normativa vigente aplicable, el Mutualista causará baja:
 - a) Salvo que se mantenga alguna cobertura de riesgo suscrita y al corriente de pago, por la adquisición de la condición de beneficiario como consecuencia del reconocimiento de la prestación de jubilación o rescate que consista en el cobro íntegro del saldo acumulado.
 - b) La Mutualidad podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al mutualista en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud de las circunstancias,

declaradas por el mutualista, que puedan influir en la valoración del riesgo. La Mutualidad no podrá impugnar el contrato una vez transcurrido el plazo de un año, a contar desde su fecha de conclusión, salvo que el mutualista haya actuado con dolo.

- c) Al solicitar su ingreso en la Mutualidad ocultando, con manifiesta mala fe, cualquier circunstancia personal agravante del riesgo a asumir por esta Entidad. En este caso, se perderá automáticamente todo derecho a la prestación si no pudiera ser subsanada y quedarán las cuotas satisfechas del período en curso a favor de la Mutualidad, a partir del momento en que se comuniqué al Mutualista la rescisión, conforme a la Ley de contrato de seguro.

Al causar baja un Mutualista, de acuerdo con lo establecido en los apartados b) y e) del artículo 12 del Estatuto, se procederá a la reducción del contrato. En este caso, el Mutualista tiene derecho a percibir exclusivamente el capital consolidado en los supuestos establecidos en este Reglamento.

2. Las coberturas de riesgo del contrato cesarán automáticamente al producirse la resolución del mismo, sin que el Asegurado tenga derecho al pago de prestación alguna de este tipo con posterioridad a dicho momento.

3. En todo caso, el seguro se extinguirá para el Asegurado que:

- **No emplee los medios a su alcance para limitar razonablemente los costes de la prestación, pudiendo perder el derecho a la misma si se comprueba que ha obrado con mala fe o abuso manifiesto.**
- **No facilite al Asegurador, en caso de accidente con un tercero civilmente responsable, la información y documentación necesaria para la reclamación que proceda.**
- **Impida la comprobación por parte del Asegurador de la realidad de las coberturas por las que solicita la indemnización.**

4. La extinción del contrato para un Asegurado por cualquiera de estos motivos se producirá en el día de su concurrencia o en el día en que el Asegurador tenga conocimiento de ellos, no existiendo para el Asegurado derecho a la devolución de la prima no consumida en el mes en el que se hace efectiva.

5. No obstante lo expuesto anteriormente y 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.

6. **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.
7. El Mutualista 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.

VII. PARTICIPACIÓN EN BENEFICIOS.

Al final de cada año y una vez cubiertos todos los requerimientos técnicos, contables y de solvencia exigidos por la normativa aplicable, y siempre que el resultado de la cuenta técnica sea positivo, se concederá una participación en el resultado financiero de las inversiones en las que se materializa la provisión matemática de este seguro, así como en el resultado técnico del producto.

Dicha participación en el resultado financiero y el resultado técnico del producto será del 90% (50% para los contratos reducidos) de la diferencia entre la rentabilidad financiera neta de los activos afectos a las provisiones técnicas medias correspondientes, más el resultado técnico del producto y el interés mínimo garantizado.

La rentabilidad financiera neta real de los activos afectos a las provisiones matemáticas medias se calculará dividiendo el resultado financiero neto de la cartera asignada al producto por la provisión técnica media entre el ejercicio anterior y el actual.

En el cálculo del resultado financiero neto de la cartera asignada se tienen en cuenta: rentabilidad implícita y explícita positiva y negativa, cambios en valoración positivos y negativos de activos cuya valoración va a la cuenta técnica, dividendos, ingresos por alquileres y deterioros si los hubiese, deduciéndose los gastos asociados a las inversiones, y no se computarán las plusvalías o minusvalías no realizadas de los activos afectos, salvo que estas últimas tengan la consideración de irrecuperables.

El resultado técnico del producto se calculará como la diferencia entre los Ingresos obtenidos por primas de riesgo menos los Gastos ocasionados por

siniestros derivados de las coberturas de riesgo y rentas pagadas, dividido todo ello por la provisión técnica media entre el ejercicio anterior y el ejercicio actual.

La asignación de dicha Participación en Beneficios al mutualista se realizará mensualmente capitalizando el Capital constituido en el período anterior junto con la Prima de ahorro del período actual al interés adicional o Participación en Beneficios.

Dicha participación estará condicionada a que la ratio de solvencia se mantenga por encima de la ratio mínima establecida en el informe ORSA. En caso contrario, el Consejo Directivo puede establecer el porcentaje de la rentabilidad financiera y técnica, que será empleada para el cálculo de la Participación en Beneficios.

En caso de producirse la contingencia asegurada y que da lugar al vencimiento del seguro antes de final de año o antes de realizar el cálculo de dicha rentabilidad con datos reales, en ese año se estima la rentabilidad de las inversiones y se adjudica la participación en beneficios estimada hasta ese momento.

La rentabilidad no distribuida, una vez cubierta la ratio mínima establecida en el informe ORSA, podrá destinarse, previa aprobación del Consejo Directivo y posterior ratificación por la Asamblea General, a mejorar la solvencia de la Mutualidad mediante la constitución de reservas o a cualquier otra medida que se estime en beneficio de los mutualistas y beneficiarios de la Mutualidad, dentro de su objeto social y de los fines que persigue la Mutualidad.

VIII. DERECHOS DE RESCATE Y DE REDUCCIÓN

Siendo la previsión social la finalidad de este seguro mediante las coberturas obligatorias establecidas en el Punto III, este producto no tiene derecho de rescate, salvo en las circunstancias establecidas por Ley y solo por el capital constituido por las aportaciones realizadas a la Mutualidad en el régimen complementario.

La base del rescate sobre la que se aplica el porcentaje establecido será el capital constituido hasta el momento de la solicitud del rescate.

Los Mutualistas podrán dejar reducido su contrato, si bien lo tendrán que comunicar a la Mutualidad. Ello significa que dejan de abonar la cuota y dejan de tener garantizadas las coberturas de riesgo (capital adicional de fallecimiento, ILT, paternidad/maternidad, riesgo durante el embarazo e incapacidad permanente absoluta) desde el mismo momento en que se deja de abonar la cuota.

En este caso, el capital consolidado, neto del importe del gasto de gestión

anual, se capitaliza al interés garantizado y al interés adicional, según lo recogido en las Condiciones Particulares y teniendo en cuenta las actualizaciones recogidas en bases técnicas.

Si no se comunica la reducción del contrato y se dejan de pagar cuotas, durante un mes la Mutualidad seguirá considerando el contrato activo y detrayendo de dicho capital los gastos y manteniendo las coberturas contratadas, con la consiguiente minoración del capital consolidado de las primas de riesgo que correspondieran en ese momento. A partir de ese momento el contrato se considera reducido.

El tomador podrá, en cualquier momento, reanudar el pago de las primas, la Mutualidad estipulará los nuevos capitales y demás condiciones particulares, así como las primas a satisfacer a partir de ese momento.

IX. NOTIFICACIONES Y VÍAS PARA LA IMPUGNACIÓN DE ACUERDOS

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 una resolución dictada podrá formular queja ante este Departamento según las competencias y el proceso establecidos para tal fin en el Reglamento del Servicio de Atención al Mutualista.
- 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.

TÍTULO SEGUNDO: PRESTACIONES ASEGURADAS

X. FALLECIMIENTO POR CUALQUIER CAUSA

Si el Mutualista fallece antes de cumplir los 67 años de edad, el asegurador garantiza el pago a favor de los beneficiarios del capital constituido a la fecha de fallecimiento más el capital adicional contratado que se establezca en las Condiciones Particulares, éste último siempre que no tenga declarada una incapacidad permanente absoluta.

La forma de cobro de la prestación de viudedad y orfandad depende de si el Mutualista se encontraba en régimen alternativo o complementario:

- Mutualistas fallecidos en régimen alternativo: El cobro de la prestación puede ser en forma de capital, siempre y cuando el beneficiario, justifique que va a percibir una pensión vitalicia de mayor cuantía que la equivalente a ese capital. En otro caso deberá ser en forma de renta vitalicia o renta temporal con una duración mínima de 10 años.
- Mutualista fallecido en régimen complementario: El cobro de la prestación podrá ser en forma de capital, renta vitalicia o renta temporal o cualquier combinación de las anteriores.

Serán considerados beneficiarios los descritos en la definición recogida en la sección segunda del presente Reglamento.

Las reglas generales y condiciones de reparto de las prestaciones de viudedad y orfandad del capital constituido por el Mutualista en caso de fallecimiento estarán recogidas en un documento con el mismo nombre, adjuntado a las Condiciones Particulares.

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

XI. JUBILACIÓN DEL MUTUALISTA

1. A partir del momento en que el Mutualista cumple 67 años de edad, éste tiene derecho a percibir la prestación de jubilación, consistente en el capital constituido hasta ese momento. La forma de cobro de la prestación depende de si el Mutualista se encuentra en régimen alternativo o complementario.
 - Mutualistas en régimen alternativo: El cobro de la prestación debe ser necesariamente en forma de renta. La renta podrá ser vitalicia o temporal con una duración mínima de 10 años.
 - Mutualista en régimen complementario: El cobro de la prestación podrá ser en forma de capital, renta vitalicia o renta temporal o cualquier combinación de las anteriores.
 - Mutualistas que han pasado del régimen alternativo al régimen complementario: El cobro de la prestación puede ser en forma de capital, siempre y cuando justifique que va a percibir otra renta. En otro caso deberá ser en forma de renta vitalicia o renta temporal con

una duración mínima de 10 años.

Cualquiera de las prestaciones en forma de renta puede calcularse con reversión o con reembolso a los beneficiarios designados por el Mutualista.

El Asegurado podrá retrasar la solicitud de la prestación de jubilación con el fin de incrementar el capital constituido.

2. En caso de que un Mutualista tenga cumplida la edad de jubilación establecida e incumpla con sus obligaciones Mutuales, se procederá a jubilarle.
3. **Las prestaciones en forma de renta finalizarán en el primer momento entre la fecha de fallecimiento del asegurado o la fecha de vencimiento de la renta.**

XII. INCAPACIDAD LABORAL TRANSITORIA.

1. Se considera situación determinante de incapacidad laboral transitoria:
 - Enfermedad común o profesional.
 - Accidente de cualquier tipo ajeno a la voluntad del Mutualista.
 - Maternidad, paternidad o adopción.
 - Riesgo durante el embarazo.

Para los casos de maternidad, paternidad, adopción y riesgo durante el embarazo se fija un periodo de carencia de 10 meses desde la fecha de efecto de las Condiciones Particulares, o en su caso, desde la contratación de dicha cobertura.

Los plazos indemnizables están establecidos en el baremo publicado en la página web de la Mutualidad, excepto en los casos de maternidad, paternidad o adopción con una duración máxima de 45 días.

2. Ocurrido un hecho que pudiera dar lugar a indemnización, de acuerdo con las garantías del Reglamento, el Tomador deberá comunicarlo al Asegurador dentro del plazo máximo de 15 días tal como previene el artículo 16 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro o la legislación vigente.

De recibirse la declaración de siniestro transcurrido este plazo máximo de 15 días, el Asegurado comenzará a devengar la indemnización diaria desde la fecha en que haya recibido la comunicación el Asegurador.

A los efectos del devengo de la indemnización diaria, el Asegurado deberá presentar debidamente cumplimentada la Declaración de Siniestro, este impreso será facilitado a su solicitud por el Asegurador debiendo ser cumplimentado en todas sus partes, siendo indispensable que el Informe Médico de la enfermedad o del accidente, incluido en el mismo, sea extendido y firmado por el médico que asista al paciente.

A falta del impreso de Declaración de Siniestro, el aviso de siniestro podrá facilitarse al Asegurador mediante escrito en que conste:

- El número de Mutualista.
- Nombre y apellidos del Tomador.
- Nombre y apellidos, N.I.F., teléfono y domicilio del Asegurado.

3. El Tomador o Asegurado están obligados a entregar al Asegurador el informe del médico que le ha asistido como paciente, reseñando la enfermedad o el accidente y sus causas, si guarda cama permanente o reposo relativo, si está hospitalizado y, en su caso, el nombre del Centro, si ha padecido con anterioridad la dolencia y en qué fecha, y si su dolencia le impide dedicarse a sus actividades habituales y/o profesionales de forma absoluta o parcial, fecha de iniciación del proceso, fecha en que comenzó a prestarle la asistencia y, por último, fecha en que se emite el informe. Este informe deberá ir firmado por dicho médico, haciendo éste constar su especialidad y número de colegiado.

En caso de accidente, se deberá adjuntar, en todo caso, el parte de primera asistencia.

En caso de la prestación de maternidad o adopción legal, el Asegurado deberá presentar fotocopia compulsada del Libro de Familia en el que figure el menor nacido o adoptado.

En todo caso, el Asegurador se reserva el derecho de solicitarle al Asegurado toda la información que precise, así como que se someta al estudio médico que se considere oportuno, en orden a la determinación del siniestro, así como el de realizar cuantas consultas estime convenientes a los médicos que atiendan o hayan atendido al Asegurado.

En caso de una enfermedad sobrevenida o accidente que tuvieran como causa un proceso distinto de lo declarado anteriormente, empezará a contar el nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de cada una de las enfermedades o accidentes, todo ello sin sobrepasar los días establecidos en el baremo.

En caso de que surjan discrepancias en cuanto a las declaraciones de la incapacidad laboral transitoria, se acudirá al procedimiento pericial contradictorio previsto en los artículos 38 y 104 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro o la legislación vigente.

4. Esta situación de incapacidad laboral transitoria podrá ser revisada en cualquier momento a instancias del Asegurador, para lo que podrá requerir al Asegurado la realización de cuantas declaraciones y reconocimientos estime oportunos.

El derecho a la prestación quedará extinguido desde el momento en que

se constate por el Asegurador la desaparición de la situación de incapacidad laboral transitoria de la que traía causa.

5. El Asegurador se compromete a abonar por transferencia bancaria al Asegurado, la indemnización correspondiente en un sólo pago, una vez haya aportado la documentación requerida. La prestación a percibir se calculará en función de la aplicación del baremo establecido conforme a la resolución del Asesor Médico de la Mutualidad.

El importe de la prestación no se acumulará aún en el caso de que el Asegurado padeciera varias enfermedades y/o accidente.

No obstante, cuando la indemnización fuese superior a 30 días, y previa petición expresa del Asegurado, se podrá realizar mensualmente el abono parcial de la prestación correspondiente mediante la presentación de los informes médicos y colegiales que permitan verificar la persistencia de la situación de incapacidad laboral transitoria. A la finalización de la incapacidad se liquidará con un único pago el periodo que exceda del pago anterior.

Si transcurridos 180 días desde la fecha de baja acreditada no se completa la documentación reglamentaria, por la Mutualidad se procederá al archivo de la solicitud de indemnización.

- 6. El Asegurador rechazará el pago de la prestación cuando se cumpla alguno de los siguientes requisitos:**

- a) **Cuando el estado de salud no impida temporalmente al Asegurado de manera clínicamente justificable el ejercicio de la actividad laboral o profesional.**

- b) **Cuando el asegurado no reciba asistencia facultativa médica en caso de enfermedad o accidente o no cumpla el tratamiento prescrito.**

En cualquier caso, ya sea de un modo consecutivo o en distintos periodos con intervalos de salud, ningún Asegurado podrá devengar indemnizaciones diarias por alteraciones en su estado de salud que, por cualquier causa o distinta, estén vinculadas o no, o sean originadas o no, por un mismo proceso, por tiempo superior a lo establecido en el baremo para cada patología indemnizable.

Cesará el devengo de esta indemnización desde el momento en que se pueda diagnosticar médicamente que la enfermedad o accidente, que ha motivado el siniestro padecido por el Asegurado, se ha transformado en una incapacidad permanente absoluta para toda profesión.

7. En el supuesto de que el Asegurado hubiera percibido la prestación por maternidad, paternidad o adopción legal, equivalente a 45 días de indemnización diaria, no tendrá derecho a percibir la indemnización diaria por cualquier otra patología hasta transcurrido dicho período.

8. Agotado el plazo de duración establecido en el baremo en situación de incapacidad laboral transitoria el Mutualista deberá someterse al dictamen de un médico o tribunal médico designado por la Mutualidad que evalúe, califique y revise su situación.

En el caso de que el dictamen médico o del tribunal médico emitido antes de la expiración de la duración máxima regulada en el baremo no confirme la situación de incapacidad laboral transitoria la prestación por esta cobertura cesará al día siguiente de la fecha del informe.

Si valida la situación de incapacidad el Mutualista pasará a la situación de incapacidad permanente absoluta.

Si el Mutualista no se presenta al médico designado por la Mutualidad o no se somete al resultado del dictamen perderá el derecho a la prestación de incapacidad laboral transitoria.

En caso de disconformidad con el dictamen médico o tribunal médico, Mutualista y Mutualidad podrán designar de común acuerdo un perito médico independiente cuyo dictamen será aceptado por ambas partes.

En el supuesto de que el derecho a la prestación se extinga por el transcurso del plazo establecido en el baremo sin la calificación de incapacidad absoluta permanente solo podrá generarse un nuevo proceso de incapacidad laboral transitoria por la misma o similar patología si media un período de actividad profesional superior a ciento ochenta días.

9. Durante la duración de la incapacidad laboral transitoria el Mutualista está obligado al pago de las primas según su forma de pago.

10. Esta cobertura se extinguirá automáticamente al cumplir el Mutualista los 67 años de edad.

XIII. INCAPACIDAD PERMANENTE ABSOLUTA POR CUALQUIER CAUSA

1. Tendrá la consideración de incapacidad permanente absoluta la situación del Mutualista que presenta reducciones anatómicas o funcionales provocadas por enfermedad o accidente, ajenos a la voluntad del mismo, determinantes de la incapacidad absoluta para el mantenimiento permanente de cualquier actividad profesional o relación laboral y así lo comunique a su Colegio Profesional para su baja definitiva.
2. El Mutualista que alegue la situación de incapacidad permanente absoluta deberá aportar la documentación necesaria para acreditar la situación de incapacidad siendo documentos imprescindibles el informe del médico que le trate en el que consten pruebas objetivas de la

existencia de una limitación del menoscabo de la persona del 100%, todas las circunstancias relevantes (origen, naturaleza, evolución, posible curación, tratamiento aplicado) y el certificado de baja definitiva del Colegio Profesional.

3. Las minusvalías del 30 al 70% no equivalen a una Incapacidad Permanente Absoluta. La suma de patologías, que pueda sufrir un asegurado, no representa un efecto sumatorio ya que, por el sistema de valoración del sistema español y americano, dichas sumas según las tablas combinadas suelen disminuir el grado de incapacidad.

Hay patologías que pueden experimentar mejoría, en este caso la incapacidad será revisable en un tiempo, pudiendo perder tal consideración en la revisión que será indicada en el dictamen médico.

4. El Asegurador garantiza el pago de la prestación a favor del Asegurado. La prestación se devenga mensualmente a partir de la confirmación de la incapacidad permanente absoluta.
5. La situación de incapacidad permanente absoluta exime al Tomador del pago de primas y la Mutualidad le abonará la prima de ahorro hasta la jubilación que se corresponda con la cuota mínima exigida como alternativa al RETA (cuota neta de gastos). **Teniendo declarado una situación de incapacidad permanente absoluta perderá el derecho a percibir la garantía adicional de fallecimiento establecida en las Condiciones Particulares.**
6. El Mutualista que alegue la situación de incapacidad permanente absoluta podrá ser convocado por la Mutualidad para su reconocimiento por un médico o tribunal médico designado por ésta que evalúe, califique y revise su situación con el fin de establecer si procede el pago de la prestación.

Si el Mutualista no se presenta al médico o tribunal médico designado por la Mutualidad o no se somete al resultado del dictamen, perderá el derecho a la prestación de incapacidad permanente absoluta.

En caso de disconformidad con el dictamen médico, asesor, Mutualista y Mutualidad podrán designar de común acuerdo un perito médico independiente o Tribunal médico independiente cuyo dictamen será aceptado por ambas partes. Los gastos, derivados de la solicitud de un informe médico independiente, serán subsanados por ambas partes al 50%.

7. La situación de incapacidad podrá ser revisada en cualquier momento a instancias del Asegurador, para tal fin podrá requerir al Asegurado la realización de cuantas aclaraciones y reconocimientos estime oportuno.
8. Las posibles discrepancias en torno a la calificación de la incapacidad

permanente absoluta se someterán a la decisión de peritos médicos conforme a lo previsto en los artículos 38 y 104 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

9. Esta cobertura se extinguirá:
 - A. Al cumplir el Mutualista los 67 años de edad.**
 - B. Al fallecer el Mutualista.
 - C. Al revertir la situación de incapacidad permanente absoluta. En este caso, el Mutualista podrá volver a abonar las cuotas a la Mutualidad, si bien, ésta tiene la potestad de decidir que coberturas de riesgo e importes garantizados y qué cuota tendría que abonar a partir de ese momento el Mutualista, al amparo de la técnica aseguradora.

XIV. EXCLUSIONES

Para las coberturas de incapacidad laboral transitoria, incapacidad permanente absoluta y fallecimiento, serán de aplicación las siguientes exclusiones:

- 1. El coste de las prótesis y gastos de cualquier índole, traslados y otros que pudieran ser ocasionados.**
- 2. 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.**
- 3. Las situaciones de incapacidad laboral transitoria e incapacidad permanente absoluta causadas intencionadamente por el Asegurado.**
- 4. Las enfermedades o accidentes cuya causa derive de la participación del Asegurado en actos delictivos o declarados judicialmente como imprudencia temeraria o negligencia grave.**
- 5. Las enfermedades o 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.**
- 6. El suicidio durante el primer año de efecto de la póliza, así como de cualquier accidente causado intencionadamente por el Asegurado, de su participación en riñas, salvo defensa propia, o de actividades delictivas. Si la muerte del Asegurado fuese causada dolosamente por el beneficiario, privará a dicho beneficiario del derecho a la prestación establecida en el contrato.**
- 7. 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.**
 - **Una situación de incapacidad permanente absoluta para toda profesión, objeto de la cobertura de incapacidad permanente absoluta.**
 - **La práctica profesional de cualquier deporte o que las que tengan origen en actividades de alto riesgo que persigan un fin comercial o publicitario.**
- 8. Quedan expresamente excluidas del pago de la prestación por incapacidad laboral transitoria, las enfermedades mentales y nerviosas, salvo que el Asegurado haya requerido ingreso hospitalario, en cuyo caso se abonará la indemnización correspondiente al periodo determinado en el baremo.**
- 9. Asimismo, en ningún caso es objeto de esta cobertura el coste de los servicios médicos y/o quirúrgicos que pudiera ocasionar la incapacidad laboral transitoria.**

XV. NORMAS GENERALES

El pago de las prestaciones se efectuará por transferencia bancaria a la cuenta facilitada a la Mutualidad.

El Asegurador se compromete a pagar los importes de las prestaciones en el plazo máximo de 40 días desde la recepción de la declaración del siniestro con toda la documentación requerida. El incumplimiento de este plazo por parte del Asegurador por causa no justificada o que le fuere imputable, incrementará la correspondiente indemnización conforme a lo señalado en el artículo 20 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, o la legislación aplicable.

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

- En caso de jubilación del Asegurado:
 - Solicitud de jubilación mediante modelo facilitado por la Mutualidad.
 - En el caso de cese en el ejercicio, oficio del colegio comunicándolo, a efectos del Fondo Social o de la Fundación.
 - La Mutualidad se reserva el derecho de requerir en cualquier momento al beneficiario de la prestación para que remita documento

de fe de vida con la finalidad de que el interesado acredite su supervivencia y situación vital.

- 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.
 - En los casos de solicitud de pensión de viudedad y orfandad, además de la documentación a aportar en caso de fallecimiento, se aportará:
 - Certificado de matrimonio o convivencia, y en su caso, acuerdo o sentencia de divorcio.
 - Para el cobro de la prestación en forma de renta, la Mutualidad se reserva el derecho a requerir en cualquier momento al beneficiario de la prestación para que remita documento de fe de vida con la finalidad de que el interesado acredite su supervivencia y situación vital.
 - Fotocopia del DNI del solicitante.
 - Impreso en relación con las retenciones del trabajo personal a aplicar.
 - Certificado acreditativo de si percibe o no pensión de la Seguridad Social.
 - En los casos de menores de 14 años sin DNI, documento de la Agencia Tributaria con el número asignado.
- En caso de incapacidad laboral transitoria o incapacidad permanente absoluta del Asegurado:
 - La solicitud de la prestación.
 - La documentación que acredite la personalidad.
 - Para la incapacidad permanente absoluta, certificado de baja en el ejercicio de la profesión.
 - En el caso de incapacidad laboral transitoria, en el certificado expedido por el Colegio de Procuradores correspondiente, se acreditará la situación de baja temporal del Asegurado por la situación que corresponda.

- Informes médicos, debidamente documentados, que acrediten la situación de incapacidad permanente absoluta o de incapacidad laboral transitoria.

Los Mutualistas deberán proporcionar puntualmente a la Mutualidad la información que les sea requerida, las alteraciones de su domicilio o residencia y la dirección de correo electrónico, así como poner en conocimiento de aquella las circunstancias personales y/o profesionales que supongan el nacimiento de derecho a prestaciones, variación de las mismas, agravación de los riesgos asegurados o implicar quebranto para la Mutualidad.

Si transcurridos 5 años, desde la fecha de solicitud, no se ha presentado la documentación requerida al Asegurado, se extinguirá el derecho al cobro de la prestación.

TÍTULO TERCERO: DISPOSICIONES COMUNES

XVI. CONTRATACIÓN

1. El Tomador que desee contratar, modificar y/o ampliar la cobertura de uno o varios riesgos 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.
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. En caso de que se produjera modificación en la situación del Mutualista, el Asegurador expedirá anexo a las Condiciones Particulares recogiendo las nuevas coberturas y prima.
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.
5. Sin perjuicio de los periodos de carencia que pudiesen establecerse, la cobertura de los riesgos previstos tendrá efecto desde la fecha de solicitud de seguro, para aquellas coberturas que hubiesen sido aceptadas posteriormente por el Asegurador.

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 correo certificado al Asegurador 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 irroge 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 a cualquiera de sus oficinas.
2. El Asegurador enviará sus comunicaciones al domicilio del Tomador 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, se 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. TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES

Los datos de carácter personal obtenidos de los mutualistas estarán sometidos, en todo caso, a la privacidad que obliga el Reglamento/UE/2016/679 del Parlamento Europeo, de 27 de abril de 2016 y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

La incorporación voluntaria a la Mutualidad de Procuradores llevará consigo el tratamiento de los datos de los mutualistas por esta entidad, cuyos datos de contacto son los siguientes:

- Domicilio: C/ Bárbara de Braganza, 2 - 1ª Planta 28004 Madrid, con CIF: V85599611.
- Teléfono: 91.308.21.63
- E-mail: info@mutuaprocuradores.es

La Mutualidad dispone de un Delegado de Protección de Datos (DPD), que es una figura legalmente prevista cuyas funciones principales son las de informar y asesorar a la entidad sobre las obligaciones que le afectan en materia de protección de datos personales y supervisar su cumplimiento. Además, el DPD actúa como punto de contacto con la entidad para cualquier cuestión relativa al tratamiento de datos personales, pudiendo los Mutualistas dirigirse a él. Para más información sobre el DPD, diríjase a la política de privacidad que se encuentra en la página web corporativa de la Mutualidad.

Los datos personales facilitados, incluidos los datos de salud, junto a los obtenidos durante la vigencia del contrato en la condición de mutualista, se tratarán para la gestión de los productos o servicios contratados. Los datos serán tratados sobre la base de la relación contractual que vincula a las partes (contrato de alta del mutualista).

En caso de asistencia sanitaria, los datos de salud podrán ser tratados para la determinación de la asistencia sanitaria que deba facilitarse al mutualista, así como para la indemnización, en caso de que procediera, y el abono a los prestadores sanitarios o el reintegro al asegurado o sus beneficiarios de los gastos de dicha asistencia. Asimismo, los datos aportados por los mutualistas, incluidos los datos de salud, podrán ser cedidos a las compañías reaseguradoras con las que trabaja la Mutualidad para la celebración y desarrollo del contrato de reaseguro, así como para operaciones conexas (estudios estadísticos, actuariales, análisis de riesgo, etc.). En estos casos, los datos serán tratados en virtud del artículo 99 de la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras, como consecuencia de la relación contractual indicada previamente que habilita al tratamiento de datos con estas finalidades.

En cualquier caso, es obligatorio que el mutualista facilite sus datos, al ser un requisito imprescindible para que se pueda tramitar su alta en la Mutualidad y pueda disfrutar de los servicios ofrecidos por esta entidad, ya que, en caso contrario, no podría ejecutarse la prestación de servicios correspondiente. Los datos serán conservados durante todo el tiempo en que se mantenga la relación contractual y, aún después, hasta que prescriban las eventuales responsabilidades que se pudieran derivar de la misma y durante todo el tiempo exigido por la normativa aplicable.

Los datos de los mutualistas serán cedidos a las entidades financieras para el cobro de los servicios ofrecidos y a las Administraciones Públicas en los casos previstos por la Ley y para las finalidades en ella definidas.

Asimismo, la incorporación voluntaria a la Mutualidad llevará consigo que los datos aportados por el Mutualista serán comunicados a las empresas vinculadas, MUTUAPROCURADORES CORREDURIA DE SEGUROS, S.L., con N.I.F. B-86366838 y con domicilio social en calle Bárbara de Braganza, 2, 2º A, 28004 Madrid, con la finalidad de ofertar productos y servicios de todo tipo de seguros privados a los Mutualistas, no obstante, los mutualistas tienen derecho a oponerse a este tratamiento de sus datos, pudiendo hacerlo por cualquiera de los medios de contacto de la mutualidad; así como a la FUNDACIÓN MUTUALIDAD DE PROCURADORES, con N.I.F. G8002688 y con domicilio en calle Bárbara de Braganza 2, 1º, 28004 Madrid, cuya finalidad es el fomento, la protección y el desarrollo de la educación, cultura y el bienestar social y sanitario dirigido al colectivo de beneficiarios de los Procuradores de los Tribunales de España y demás profesionales del derecho, así como sus familiares, siendo necesario que se comuniquen los datos personales de los mutualistas para el cumplimiento de sus fines sociales.

Los tratamientos de datos personales indicados por las citadas empresas vinculadas son necesarios para la satisfacción de intereses legítimos perseguidos por la Mutualidad. Dicho interés legítimo se considera prevalente, teniendo en cuenta que el tratamiento de los datos efectuado tiene como objeto dar un mejor servicio a los Mutualistas en las finalidades perseguidas por cada una de las empresas vinculadas; que dichas entidades cuentan con las mismas garantías jurídicas y procedimientos en materia de protección de datos que la Mutualidad, se encuentran comprometidas contractualmente con la Mutualidad a respetar la confidencialidad de los datos cedidos, que solo pueden tratar los datos para las finalidades indicadas, que las personas afectadas son sólo mutualistas que acceden voluntariamente a darse de alta en la Mutualidad y que únicamente se facilitan los datos estrictamente necesarios, además de que dichas entidades vinculadas dependen funcionalmente de la Mutualidad.

La Mutualidad podrá utilizar los datos de los mutualistas, salvo que se indique lo contrario ante cualquier dirección de contacto de la Mutualidad, para enviar información sobre los productos y servicios de la entidad. La oferta prospectiva de productos y servicios tiene como base la satisfacción del interés legítimo empresarial consistente en poder ofrecer a nuestros mutualistas la contratación de otros productos o servicios y conseguir así su fidelización. Dicho interés legítimo se reconoce por la normativa legal aplicable, que permite expresamente el tratamiento de datos personales sobre esa base con fines de mercadotecnia directa. No obstante, le recordamos que los mutualistas tienen derecho a oponerse a este

tratamiento de sus datos, pudiendo hacerlo por cualquiera de los medios de contacto de la mutualidad.

Los datos personales utilizados para la remisión de comunicaciones comerciales podrán conservarse, para este fin, de manera indefinida, salvo que el mutualista se oponga en cualquier de las direcciones de contacto indicadas o revoque su consentimiento. La entrega de los datos para las finalidades comerciales indicadas no es obligatoria, en cuyo caso el mutualista no podrá ser destinatario de estas comunicaciones.

La ejecución y control de los acuerdos suscritos entre el Colegio Profesional del que el mutualista es colegiado y la Mutualidad puede hacer necesario que esta entidad deba informar al Colegio sobre los colegiados que se den de alta en la Mutualidad (datos de contacto), al disponer este de un interés legítimo en saber qué colegiados son mutualistas a los efectos de que el Colegio profesional correspondiente pueda comprobar si están en el régimen de la seguridad social o en la Mutualidad y a los efectos de mantener sus bases de datos actualizadas y que no puedan ser miembros de la Mutualidad usuarios no colegiados. En caso de modificación de los datos del colegiado mutualista o de baja del mismo del Colegio, los datos podrán ser comunicados por parte del Colegio Profesional al que pertenezca a la Mutualidad a los efectos de que esta entidad tenga los datos actualizados en su base de datos y conozca las bajas de los colegiados con el objeto de proceder al cese de su condición de mutualista o realizar las gestiones que correspondan. Esta cesión de datos se fundamenta en el interés legítimo de la Mutualidad para disponer de los datos actualizados de los colegiados mutualistas, con el fin de poder dar de baja a aquellos mutualistas que hayan dejado de ser colegiados o realizar las modificaciones que correspondan. Por todo lo anterior, el interés legítimo referenciado en este párrafo se considera prevalente sobre los derechos y libertades del interesado.

El mutualista tiene derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, su rectificación o supresión, así como a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo y a su portabilidad. Ante cualquier eventual vulneración de sus derechos, se puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (www.aepd.es). Todos los derechos mencionados pueden ejercerse a través de los medios de contacto de la Mutualidad.

La Mutualidad utiliza la plataforma de Mailchimp para enviar sus comunicaciones comerciales, por lo que los datos de los destinatarios serán almacenados en la plataforma de Mailchimp, que es propiedad y está operado por The Rocket Science Group LLC ubicada en Estados Unidos, por lo que se estaría produciendo una transferencia internacional de datos. No obstante, esta entidad ofrece garantías adecuadas de protección de datos al aplicar las Cláusulas Contractuales Tipo aprobadas por la Comisión

Europea para las transferencias internacionales de datos. Para más información <https://mailchimp.com/help/mailchimp-european-data-transfers/>.

En caso de que facilitase los datos personales de un tercero, el mutualista se compromete, bajo su exclusiva responsabilidad, a haber obtenido previamente el consentimiento de esa persona para que sus datos sean tratados por la Mutualidad, debiendo haberle informado previamente de todo lo previsto en el artículo 14 del Reglamento General de Protección de Datos.

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. INDISPUTABILIDAD

1. **En el supuesto de existencia de reserva o inexactitud en las declaraciones del Tomador o del Asegurado, el Asegurador podrá rescindir la relación contractual en el plazo de un mes desde que haya conocido dicha reserva o inexactitud.** Dicha rescisión deberá ser notificada al Tomador mediante escrito con acuse de recibo y eximirá al Asegurador de pagar en lo sucesivo prestación alguna. En todo caso, el Asegurador no estará obligado a prestaciones más gravosas para ella que las que se deriven de los datos consignados en las Condiciones Particulares.
2. Transcurrido el plazo de un año a contar desde que se hubiera satisfecho la prima inicial, el Asegurador no podrá impugnar las Condiciones Particulares.
3. Únicamente en el supuesto de que el Tomador o el Asegurado hubieren actuado con dolo al efectuar las declaraciones esenciales, el Asegurador podrá impugnar las Condiciones Particulares con los efectos previstos en la Ley del Contrato de Seguro.

XXIII. 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.

XXIV. JURISDICCIÓN

El presente Reglamento queda sometido a la legislación y jurisdicción españolas, siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado fijado en las Condiciones Particulares, conforme al artículo 24 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro.

TÍTULO FINAL

XXV. DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA

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.

El recargo por esta cobertura se cobra en su totalidad junto con la primera prima de cada año.

COBERTURA DE LOS RIESGOS EXTRAORDINARIOS POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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.

XXVI. DISPOSICIÓN FINAL

Las modificaciones aprobadas por la Asamblea General de Representantes celebrada el día 11 de abril de 2025, entrarán en vigor el día 12 de abril de 2025, siendo de obligado cumplimiento para todos aquellos Mutualistas que se encuentren sometidos a este Reglamento.