

mutuacat
SEGUROS



**REGLAMENTO
ACCIDENTES**

DEPORTE Y OCIO

ÍNDICE

CAPÍTULO PRELIMINAR	4
Art.1.- OBJETO Y REGULACIÓN LEGAL.....	4
Art.2.- DEFINICIONES.....	4
Art.3.- OBJETO DEL SEGURO.....	7
ART. 4.- REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN Y CONTRATACIÓN.....	7
Art. 5.- RIESGOS NO CUBIERTOS.....	8
Art. 6.- GARANTÍAS CONTRATABLES.....	8
6.1. Asistencia Sanitaria a consecuencia de accidente.....	9
6.1.1. Modalidad "Centros Concertados por la Mutualidad".....	9
6.1.2. Modalidad "Libre elección".....	9
6.2. Indemnización en caso de invalidez permanente a consecuencia de accidente	10
6.3. Indemnización en caso de fallecimiento del asegurado a consecuencia de accidente.....	12
Art. 7.- TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO.....	12
7.1.- Obligaciones generales en todas las coberturas:	12
7.2.- Documentación a presentar en caso de siniestro:	13
Art. 8.- PERITAJE	14
Art. 9.- CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS POR PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS.....	14
9.1 RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES.....	15

CAPÍTULO PRELIMINAR

La Junta Directiva de Mútua Manresana, Mutualitat de Previsió Social (*), el 28 de marzo de 2018, aprobó el siguiente Reglamento de Accidentes, que será de aplicación en las relaciones entre la mutualidad y el tomador del seguro y/o los sujetos protegidos que estos inscriban, conjuntamente con los Estatutos, el Reglamento general de las personas y las condiciones particulares y especiales, las cuales forman parte del condicionado del presente reglamento en todo aquello que sea de aplicación.

(*Desde ahora, Mutuacat)

Art.1.- OBJETO Y REGULACIÓN LEGAL

Por medio de este reglamento, la mutualidad ofrece a los sujetos protegidos la cobertura de los riesgos que expresamente se especifican, previo cobro de la cuota correspondiente.

1.- Estado miembro y autoridad a quienes corresponde el control de la entidad aseguradora. España, Direcció General de Política Financera, Assegurances i Tresor (Generalitat de Catalunya).

2.- Legislación aplicable al Reglamento. Ley 10/2003, de 3 de junio, sobre mutualidades de previsión social, Ley 50/80, del 8 de octubre, del contrato de seguros, Decreto 279/2003, de 4 de noviembre, de despliegue de determinados aspectos de la Ley 10/2003, de 3 de junio, sobre mutualidades de previsión social, Reglamento de Mutualidades (RD 1430/2002), Ley 20/2015, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, Real decreto ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español varias directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario de litigios fiscales (libro segundo), Ley 22/2010, de 20 de julio, del código de consumo de Catalunya.

En cuanto a la protección de datos personales, son de aplicación la Ley orgánica 2/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales i el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo i del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección física de las personas en lo que respecta al tratamiento de los datos personales y a la libre circulación de estos datos, y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos)

Art.2.- DEFINICIONES

Además de las definiciones estipuladas en el Reglamento general de las personas, también, a efectos de este Reglamento, se entiende por:

Accidente: Es el suceso fortuito, sufrido durante la vigencia del documento de asociación, que produce directamente y por causa súbita, externa y violenta y totalmente ajena a la intencionalidad del asegurado, un daño corporal a la persona protegida. **A todos los efectos, no se consideran como accidentes las afectaciones cardiovasculares, los AVC, ni tampoco las patologías derivadas de procesos degenerativos que se vean o no agravadas por situaciones de esfuerzo (lumbalgias, dorsalgias, pinzamientos, cervicalgias, dolores dorsales, lumbares, musculares, procesos mecánicos de repetición), y en general ninguno de los trastornos derivados de esfuerzos excesivos o repetitivos.**

Asistencia: Toda prestación de servicios médicos realizados por un profesional sanitario legalmente habilitado, destinado a atender o velar por la salud del sujeto protegido.

Asociado: Persona física o jurídica que forma parte de la mutualidad. Le corresponden las obligaciones derivadas de este reglamento, excepto las que por su naturaleza tengan que ser realizadas por los sujetos protegidos.

Condiciones particulares: Recogen los datos propios o individuales de cada contrato de seguro, como la identificación de las partes, determinación y calificación de las garantías aseguradas, régimen de cuotas, etc.

Gastos razonables: Los gastos razonables o acostumbrados son aquellos que, no considerándose excesivos para la mutualidad, se utilizaran para reembolsar al sujeto protegido. A estos efectos, se considerarán gastos excesivos aquellos que superen un 150% las tarifas concertadas por la mutualidad, por una misma especialidad, patológica o intervención quirúrgica o de los honorarios que consten en el nomenclátor vigente del Colegio de Médicos de Barcelona.

Duración del seguro: Período de vigencia de la cobertura. Se indicará en las condiciones particulares.

Centro Hospitalario: Cualquier centro de asistencia, hospital, clínica o dispensario, publico i/o privado, legalmente autorizado y provisto con los medios técnicos y humanos necesarios para efectuar diagnósticos, tratamientos e intervenciones quirúrgicas, donde se admitan sólo personas enfermas o lesionadas, para ser atendidas las 24 horas del día por personal cualificado. Al efecto de este reglamento, no son considerados centros hospitalarios los balnearios, asilos, residencias geriátricas, casas de reposo, centros de estética, instalaciones dedicadas al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos o centros similares, ni los centros dedicados a tratamiento de enfermedades crónicas o terminales.

Lesión: Alteración patológica que se produce en el tejido u órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación de la integridad física o del equilibrio funcional.

Lesiones deportivas por sobreuso: Son aquellas lesiones no traumáticas causadas por un sobreuso, sobreesfuerzo o microtraumatismo repetitivo, tales como la osteopatía dinámica de pubis, fracturas de estrés, choque acetábulo femoral, tendinitis, periostitis y síndrome de estrés tibial, síndrome de la cinta isquiotibial...

Lesiones deportivas tipo LANT: Son aquellas lesiones agudas de aparición repentina, que ocurren durante la práctica deportiva en competición o entrenamiento, sin que exista traumatismo y que originen impotencia funcional por la aparición de dolor, inflamación, edema, como ruptura fibrilar muscular, rotura tendinosa, rotura ligamentosa, etc.
No tendrán esta consideración las lesiones no traumáticas causadas por el sobreuso.

Prótesis: Cualquier elemento de cualquier naturaleza que reemplace temporalmente o permanentemente la falta de un órgano, tejido, fluido orgánico o miembro. A título de ejemplo, tienen esta consideración los elementos mecánicos o biológicos como: recambios valvulares cardíacos; sustituciones articulares; piel sintética; lentes intraoculares; materiales biológicos como la córnea, fluidos, geles y líquidos sintéticos o semisintéticos sustitutivos de humores o líquidos orgánicos, etc.

Ortesis y aparatos externos: Apoyo u otro dispositivo externo aplicado al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético.

Sujeto protegido: Persona física inscrita en este reglamento, expuesta a un riesgo relacionado con su salud y que, una vez cumplidas las normas establecidas en los estatutos y reglamentos, recibirá las prestaciones médico asistenciales y/o económicas contratadas con la mutua.

Suma asegurada: Límite económico anual, por sujeto protegido, de los servicios, reembolso o indemnizaciones cubiertas, fijado en el reglamento, en el título de socio o en las condiciones particulares.

Plazo de disputabilidad: Período de tiempo durante el que la entidad puede negar las prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores del sujeto protegido y no declaradas por él. Transcurrido este plazo, la mutualidad sólo tendrá esta facultad en caso de que el sujeto protegido haya actuado con dolo.

Título de socio: Es el documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integral de la póliza: las condiciones generales; las especiales, si las hubiere; las particulares, que individualizan el riesgo y los suplementos y apéndices que se emitan para completar o modificar la póliza.

Traslados en ambulancia: evacuación de la persona lesionada titular del derecho a la prestación, desde el lugar donde se ha producido el accidente hasta el centro sanitario concertado con Mutuacat más cercano, o bien hasta el centro no concertado más cercano en

los casos de urgencia vital, mediante ambulancia, medicalizada o no, en función de la gravedad de las lesiones.

Art.3.- OBJETO DEL SEGURO

Por el presente reglamento, la mutualidad proporciona, dentro de los límites y condiciones establecidas en las condiciones generales, particulares, anexos y apéndices de la póliza, las prestaciones contratadas acordadas cuando el asegurado o beneficiario padezca un accidente durante el ejercicio de alguna de las actividades de ocio o modalidades de deporte que se estipulan en la póliza.

ART. 4.- REQUISITOS DE INSCRIPCIÓN Y CONTRATACIÓN

Hay que rellenar la declaración o cuestionario de salud que se facilita en el momento de solicitar el contrato de cualquier cobertura, sin omitir ninguna patología y renunciando expresamente a las prestaciones o asistencias que se pudiesen derivar de ello, y de sus consecuencias.

Es necesario que la mutualidad admita a las personas que soliciten la cobertura.

Personas no asegurables:

No podrán figurar como asegurados, excepto si se ha pactado otra cosa en las condiciones particulares:

- **Con carácter general, las personas menores de 14 años y mayores de 65 años, salvo que se pacte otra edad en las condiciones particulares.**
- **Las personas con una incapacidad absoluta y permanente para el desarrollo de cualquier actividad profesional o laboral.**
- **Los afectados por demencia, alienación mental, ceguera o fuerte miopía (más de 10 dioptrías en cualquiera de ambos ojos), sordera, parálisis, secuelas de lesiones neurológicas, epilepsia, diabetes, alcoholismo, toxicomanía, SIDA y/o VIH positivo, enfermedades de médula espinal, sífilis, apnea del sueño, encefalitis letárgica y, en general, por cualquier lesión, enfermedad o minusvalía física o psíquica que, a juicio de la mutualidad, disminuya su capacidad en comparación con una persona físicamente íntegra y de salud normal.**

Si se presenta cualquiera de estas enfermedades, el seguro del beneficiario afectado se considera anulado desde el momento en que se tenga constancia de ello, y la mutualidad deberá restituir la parte de prima no meritada a partir de la fecha en la que reciba la notificación de este estado.

Art. 5.- RIESGOS NO CUBIERTOS

Además de las exclusiones indicadas en el Reglamento general de prestaciones a las personas, que son de aplicación a todos los reglamentos de la mutualidad, se excluyen de la cobertura de este seguro:

1. **Cualquier daño o lesión a consecuencia de un riesgo que no se encuentre especificado en las condiciones particulares, o que sea diferente de los estrictamente definidos en este reglamento.**
2. **Los accidentes que, a los efectos del reglamento, no tengan la consideración de tales de acuerdo con la definición especificada en este reglamento.**
3. **Las cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias, lumbociatalgias y procesos similares, aunque sean causados por un sobreesfuerzo, a menos que sean resultado de traumatismo directo y documentado.**
4. **Las hernias de cualquier tipo o naturaleza, tanto abdominales como de los discos vertebrales, aunque sean consecuencia de un sobreesfuerzo.**
5. **Las enfermedades de cualquier naturaleza, incluso el infarto de miocardio y el derrame o accidente vascular cerebral, así como las lesiones u otras consecuencias debidas a intervenciones quirúrgicas o actos terapéuticos, cuando no sean resultado de un accidente cubierto por la póliza.**
6. **Las consecuencias de accidentes ocurridos antes de la fecha de entrada en vigor de las coberturas del seguro, aunque las consecuencias se manifiesten o determinen durante la vigencia del mismo.**
7. **Lesiones deportivas por sobreuso, lesiones no traumáticas causadas por un sobreuso, sobreesfuerzo o microtraumatismo repetitivo, tales como la osteopatía dinámica de pubis, fracturas de estrés, choque acetábulo femoral, tendinitis, periostitis y síndrome de estrés tibial, síndrome de la cinta isquiotibial...**
8. **Lesiones deportivas tipo LANT, lesiones agudas de aparición repentina, que ocurren durante la práctica deportiva en competición o entrenamiento, sin que exista traumatismo y que originen impotencia funcional por la aparición de dolor, inflamación, edema, como ruptura fibrilar muscular, rotura tendinosa, rotura ligamentosa, etc.**
No tendrán esta consideración las lesiones no traumáticas causadas por el sobreuso.
9. **Traslados en ambulancia**
10. **Prótesis, material de osteosíntesis, fijadores, implantes, mallas, material biodegradable y ortesis, todos ellos tan internos como externos. También irán a cargo del asociado los materiales biológicos suministrados por el banco de huesos y tejidos**
11. **La utilización de neuronavegador, monitorización neurofisiológica, nuevas tecnologías y nuevas técnicas quirúrgicas**

Art. 6.- GARANTÍAS CONTRATABLES

Durante el período de vigencia del seguro y dentro de los límites y términos establecidos en las condiciones generales y particulares de esta póliza, la mutualidad cubre exclusivamente las

prestaciones correspondientes a cada una de las garantías del seguro contratadas e indicadas en las condiciones particulares. Las prestaciones son las que se anuncian a continuación:

- Asistencia sanitaria a consecuencia de un accidente.
- Indemnización en caso de invalidez permanente a consecuencia de un accidente.
- Indemnización en caso de defunción del asegurado a consecuencia de un accidente.

6.1. Asistencia Sanitaria a consecuencia de accidente

La mutualidad se hará cargo o, en su caso, reintegrará al asociado, según la modalidad que este haya contratado, los gastos derivados de la asistencia médica quirúrgica y hospitalaria, los gastos farmacéuticos intrahospitalarios y los gastos de rehabilitación física que precise el asegurado como consecuencia directa de un accidente cubierto en este reglamento, con el límite de la cantidad que se haya contratado en las condiciones particulares y durante el plazo máximo de 365 días, que se cuentan desde la fecha del accidente.

Correrán a cargo del asociado los gastos por prótesis, material de osteosíntesis, fijadores, implantes, mallas, material biodegradable y ortesis, todos ellos tanto internos como externos. También correrán a cargo del asociado los materiales biológicos suministrados por el banco de huesos y tejidos.

11.1.1. Modalidad "Centros Concertados por la Mutualidad"

Si en las condiciones particulares aparece contratada esta modalidad, la asistencia sanitaria será prestada exclusivamente por los facultativos y centros concertados por la mutualidad. El límite de cantidad y el límite temporal constarán en las condiciones particulares.

Sólo en caso de URGENCIA VITAL, el lesionado podrá recibir la asistencia médica de urgencia vital en el centro sanitario más cercano. Mutuacat se hará cargo de las facturas derivadas de la asistencia de urgencia prestada como máximo en las primeras 48 horas desde la ocurrencia del accidente.

Una vez superada la primera asistencia de urgencia, el lesionado deberá ser trasladado a un centro médico concertado para continuar su tratamiento.

La permanencia en un centro médico NO CONCERTADO más de 48 horas, comportará que Mutuacat no asuma el pago de las facturas que se deriven de ello.

11.1.2. Modalidad "Libre elección"

Si en las condiciones particulares aparece contratada esta modalidad, el asegurado deberá abonar directamente los gastos derivados de la asistencia sanitaria a consecuencia del accidente. La mutualidad los reembolsará, debidamente justificados mediante las correspondientes facturas hasta un límite económico, que será igual al capital contratado para esta garantía que conste en las condiciones particulares, y que se hayan generado durante un periodo máximo de 365 días desde la producción del accidente, y siempre que los actos médicos

realizados estén bajo la cobertura de la póliza y se hayan contratado, por lo que, sería aconsejable, antes de realizar un acto médico, consultar su cobertura a la Entidad.

6.2. Indemnización en caso de Invalidez Permanente a consecuencia de accidente

A los efectos de la presente cobertura se definen los siguientes tipos de invalidez permanente:

- **Invalidez Permanente Absoluta:** Situación física irreversible, provocada por accidente, determinante de la total ineptitud del asociado para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional o de trabajos en el hogar. Las lesiones comprendidas en esta definición son las correspondientes a la primera categoría de las desarrolladas en el baremo de esta agrupación.
- **Invalidez Permanente Parcial:** Situación física del asociado, causada por accidente, que esté indicada entre las categorías segunda y octava de dicho anexo. La indemnización a satisfacer será la resultante de la aplicación de los coeficientes determinantes del grado de invalidez que sufra el asociado, según se especifica más adelante en el baremo.

La calificación de los grados de invalidez del baremo y del derecho de prestación, si fuera necesario, tendrá en cuenta, además, las siguientes normas complementarias:

- a) La lesión medular a consecuencia de un accidente indemnizable es considerada como invalidez, y es clasificada por semejanza dentro de la categoría correspondiente de entre las lesiones enumeradas.
- b) La impotencia funcional absoluta y permanente de un miembro es equivalente a su pérdida orgánica.
- c) Cuando la pérdida o inutilización de un miembro u órgano se produzca sólo de manera parcial, se fijará el grado de invalidez deduciendo la tasación en la misma proporción sobre el porcentaje señalado en la categoría correspondiente.
- d) Cuando el asociado resulte afectado, en un mismo accidente, con diversas pérdidas o inutilizaciones, la indemnización total se calculará por la acumulación de los porcentajes establecidos para cada una de aquellas, sin exceder, en ningún caso, del importe conjunto de la suma garantizada por la primera categoría.
- e) Si el asociado presentara secuelas con anterioridad al accidente, la indemnización se fijará teniendo en cuenta el grado de invalidez que habría resultado si el asociado, antes del accidente, hubiera sido una persona normal desde el punto de vista de la integridad corporal.
- f) Las lesiones no especificadas en el baremo, no tendrán derecho a recibir indemnización.
- g) La mutua fijará el grado de invalidez una vez el estado del asociado sea reconocido como definitivo.

BAREMO DE CATEGORÍAS Y COEFICIENTES DETERMINANTES DEL GRADO DE INVALIDEZ

PRIMERA CATEGORÍA: Coeficiente 100%

Pérdida de ambos brazos o ambas manos; de las piernas o de los dos pies; de un brazo y de una pierna; de una mano y de un pie. Ceguera absoluta. Parálisis completa. Enajenación mental incurable y absoluta.

SEGUNDA CATEGORÍA: Coeficiente 75%

Pérdida completa y definitiva de un miembro inferior. Amputación o fractura no consolidada de la pierna.

TERCERA CATEGORÍA: Coeficiente 60%

Amputación o pérdida definitiva del brazo o la mano derechos.

CUARTA CATEGORÍA: Coeficiente 50%

Amputación o pérdida definitiva del brazo o mano izquierdos; de toda la parte inferior a la rodilla; de un pie. Fractura no consolidada de una pierna. Pseudoartrosis del fémur por efectos de una gran pérdida de sustancia ósea. Sordera completa e incurable de ambos oídos.

QUINTA CATEGORÍA: Coeficiente 30%

Pérdida completa de la visión de un ojo, con o sin ablación. Reducción de la mitad de la visión binocular. Ablación de la mandíbula inferior. Mutilaciones extensas de ambos maxilares y de la nariz. Pseudoartrosis del húmero, a consecuencia de una gran pérdida de sustancia ósea. Codo movedizo o luxación irreductible del mismo. Anquilosis del codo en posición defectuosa. Fractura no consolidada de un brazo. Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos. Parálisis externa de un miembro superior. Rodilla anquilosante en posición defectuosa. Fístula gástrica o estercorácea.

SEXTA CATEGORÍA: Coeficiente 20%

Pérdida completa o luxación irreductible del hombro. Pérdida completa del movimiento de la cadera. Muñeca o cuello del pie movedizo. Pseudoartrosis de los huesos del antebrazo. Anquilosis del codo o la rodilla en buena posición. Amputación total del pulgar derecho.

SÉPTIMA CATEGORÍA: Coeficiente 15%

Amputación total de los pulgares izquierdos. Amputación total de uno de los índices o de los otros tres dedos de una mano o del dedo gordo o de los otros cuatro dedos de un pie. Acortamiento de un miembro inferior, no menos de cinco centímetros. Fractura no consolidada de la mandíbula inferior. Grandes pérdidas de sustancia ósea en las paredes craneales. Fístula pleural. Fístula o cualquier otra lesión del aparato urinario. Sordera completa y definitiva de un oído.

OCTAVA CATEGORÍA: Coeficiente 5%

Amputación o pérdida completa de uno o dos dedos de una mano; o de dos o tres dedos de un pie; o de una falange del pulgar o de cuatro falanges de los dedos restantes de una mano. Pérdida completa del movimiento de la muñeca o del cuello del pie. Pseudoartrosis de uno de los huesos del antebrazo. Acortamiento de menos de cinco centímetros y superior a un centímetro de cualquiera de los dos miembros inferiores.

6.3. Indemnización en caso de fallecimiento del asegurado a consecuencia de accidente

La mutualidad pagará a los beneficiarios designados el capital indicado en las condiciones particulares si en el plazo máximo de 365 días, contados desde la fecha del accidente, el asociado causa defunción a consecuencia directa del mismo, siempre que se trate de uno de los supuestos cubiertos en el presente reglamento.

El asociado deberá designar a los beneficiarios en un escrito dirigido a la mutualidad, teniendo esta designación efecto desde el momento en que llegue el escrito a su conocimiento. De no haber designación expresa, la mutualidad reconocerá como beneficiario la persona o personas señaladas a continuación y siguiendo el orden excluyente indicado: el cónyuge que conviva con el causante; los hijos a partes iguales; sus padres, si conviven con él, a partes iguales; el pariente más cercano con el que conviva; sus herederos legales.

Los pagos que podrían haberse efectuado en concepto de cualquier otra garantía del presente reglamento como consecuencia del accidente que ocasione la muerte del asociado, se considerarán una anticipación sobre la prestación a satisfacer por defunción, y se deducirán de la misma, al efectuar la liquidación final.

La indemnización prevista será satisfecha tanto si la defunción sucede de inmediato en el accidente, como si se produce a causa de éste, dentro del plazo de 365 días, contados desde la fecha del accidente.

Art. 7.- TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO

7.1.- Obligaciones generales en todas las coberturas:

En caso de siniestro, el tomador, el asegurado y/o el beneficiario deberán:

- a) Utilizar todos los medios posibles para conservar la vida del asegurado, aminorando las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho a la mutualidad a reducir la prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta el grado de culpa e importancia de los daños.
- b) Comunicarlo a la mutualidad, dentro del plazo máximo de siete días desde su conocimiento, indicando:
 1. *Número de título.*
 2. *Tipo de siniestro ocurrido.*
 3. *Fecha y hora del siniestro.*
 4. *Documentación del accidente.*

7.2.- Documentación a presentar en caso de siniestro:

Con independencia de los plazos de comunicación establecidos en el presente condicionado para la notificación del siniestro, y en función de la cobertura efectuada, deberá presentarse en el plazo más breve posible la siguiente documentación, dependiendo de la cobertura contratada y de qué se trate:

7.2.1.- En caso de defunción:

1. Informe/s del médico que haya asistido al asegurado, indicando las causas y circunstancias de la defunción, o autopsia en su caso.
2. Certificado literal de la inscripción de defunción del asegurado en el Registro Civil.
3. Certificado del Registro de Últimas Voluntades y Testamentos, aportando copia del mismo, si hay.
4. Documentación acreditativa de la condición de beneficiarios, NIF o NIE en su caso.
5. Acreditación del cumplimiento de las obligaciones fiscales del beneficiario.
6. Liquidación del Impuesto de Sucesiones, carta de pago o exención.

7.2.2.- En caso de Invalidez Permanente:

Certificado médico y certificado de la autoridad competente que especifique el motivo de la lesión, detallando el diagnóstico de las secuelas que tienen que ser objeto de valoración por parte de la mutualidad.

En caso de existir, sobre todo para la invalidez permanente absoluta, notificación del Instituto Nacional de la Seguridad Social (o del organismo análogo en aquellas comunidades autónomas que tengan competencia) en la que figure: dictamen médico emitido por la Unidad de Valoración de Incapacidades, la propuesta y la resolución de la Dirección Provincial concediendo la incapacidad permanente.

Diligencias judiciales y documentos, en caso de existir, que acrediten la invalidez permanente por accidente.

7.2.3.- En caso de Asistencia Sanitaria derivada de accidente:

Modalidad "Centros concertados de la Mutualidad"

Informe médico donde se indique el diagnóstico completo del proceso, la fecha y el tipo de accidente, así como secuelas definitivas del mismo, si existen.

Modalidad "Libre elección"

1. Informe médico donde se indique el diagnóstico completo del proceso, la fecha y el tipo de accidente, así como secuelas definitivas del mismo, si existen.

2. Factura en la que se detallen los gastos ocasionados indicando el NIF o CIF, según sea emitida por profesionales o Sociedad Médica, respectivamente, la especialidad y el número de colegiado.

La mutualidad se reserva el derecho de pedir otra documentación que considere oportuna a efectos de la correcta tramitación del siniestro.

Art. 8.- PERITAJE

Ante la resolución de la mutualidad, el asociado o sus beneficiarios podrán presentar un recurso de acuerdo con los trámites establecidos en los estatutos. Si la discrepancia obedece a razones tecnomédicas se designará, de común acuerdo, un tercer facultativo para que, conjuntamente con los médicos de ambas partes, firmen el correspondiente diagnóstico, que será inapelable. Los honorarios de este tercer facultativo serán satisfechos por ambas partes a partes iguales.

Art. 9.- CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS POR PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS.

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real decreto legislativo 7/20014, del 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguros de los que deben incorporar obligatoriamente recargo a favor de la mencionada entidad pública empresarial tiene la facultad de convertir la cobertura de riesgos extraordinarios con cualquier entidad de seguros que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por eventos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagados 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 este amparado por la póliza del seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aunque esté amparado por la mencionada póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudiesen ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeto 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 a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de contrato del 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.

9.1 RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

- Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y seísmos submarinos; inundaciones extraordinarias incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluye 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 tiempos de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de los 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 eventos de carácter político o social, así como en el de 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.

- Riesgos excluidos

- a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley del contrato de seguros.
- 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, del 27 de mayo sobre la responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radioactivos.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza diferentes 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, además, 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 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 mencionadas 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 seguros, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros esté suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.**
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad estén calificados por el gobierno de la nación como “catástrofe” o “calamidad nacional”.**

- Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios llegará a las mismas personas y a las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguros a efecto de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con el previsto contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de las aseguradoras privadas, generan 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 remitido debe 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 por el mismo 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 por cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y en el estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
3. Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 o 902 222 665).
4. Mediante la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).
5. Valoración de los daños: la valoración de los daños que resulten indemnizables conforme 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.
6. Abono de la indemnización: el Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Asistencia en viajes dentro de España

902 144 400

Resto del mundo

34 934 963 935

Marina, 16-18
(Torre Mapfre), planta 27
08005 - Barcelona
Tel. 938 773 333

mutuacat
SEGUROS