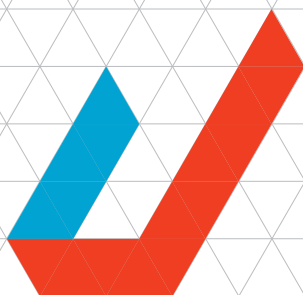




**MUTUALIDAD
ABOGACÍA**



PLAN UNIVERSAL

**REGLAMENTO
DE APORTACIONES
Y PRESTACIONES**



MUTUALIDAD
ABOGACÍA



PLAN UNIVERSAL DE LA ABOGACÍA

REGLAMENTO DE APORTACIONES Y PRESTACIONES DEL PLAN UNIVERSAL DE LA ABOGACÍA (CONDICIONES GENERALES)

Incluye las modificaciones aprobadas por las Asambleas Generales de Mutualistas de 24 de junio de 2006, 30 de junio de 2007, 28 de junio de 2008, 27 de junio de 2009, 19 de junio de 2010, 18 de junio de 2011, 9 de junio de 2012, 8 de junio de 2013, 21 de junio de 2014, 27 de junio de 2015, 25 de junio de 2016, 17 de junio de 2017, 9 de junio de 2018, 8 de junio de 2019 y 3 de octubre de 2020.

Edición marzo de 2021.

ÍNDICE

TÍTULO PRIMERO NORMAS GENERALES

- Artículo 1.-** Denominación, Objeto y Naturaleza. **P. 7**
- Artículo 2.-** Normativa aplicable. **P. 7**
- Artículo 3.-** Sistemas. **P. 7**
- Artículo 4.-** Contingencias cuyas coberturas ofrece el Plan Universal de la Abogacía. **P. 8**
- Artículo 5.-** Régimen financiero. **P. 9**

TÍTULO SEGUNDO ALTAS Y BAJAS

- Artículo 6.-** Solicitud de alta y/o contratación. Condiciones Particulares. **P. 9**
- Artículo 7.-** Derechos de información del mutualista. **P. 10**
- Artículo 8.-** Estado de salud. **P. 10**
- Artículo 9.-** Actualización de las circunstancias personales. **P. 11**
- Artículo 10.-** Bajas. **P. 11**

TÍTULO TERCERO APORTACIONES

- Artículo 11.-** Aportantes. **P. 11**
- Artículo 12.-** Nacimiento, duración y extinción de la obligación de aportación. **P. 12**
- Artículo 13.-** Cuantía de las aportaciones periódicas. **P. 12**
- Artículo 14.-** Periodicidad de las aportaciones. **P. 12**
- Artículo 15.-** Alteraciones de la cuantía de las aportaciones periódicas. Aportaciones extraordinarias. **P. 12**
- Artículo 16.-** Lugar y forma de pago de las aportaciones periódicas. **P. 13**
- Artículo 17.-** Impago de las aportaciones periódicas. **P. 13**
- Artículo 18.-** Interrupción temporal del pago de las aportaciones periódicas. **P. 13**

TÍTULO CUARTO CONTINGENCIAS CUBIERTAS Y PRESTACIONES

CAPÍTULO PRIMERO. COBERTURAS DEL PLAN UNIVERSAL DE LA ABOGACÍA

- Artículo 19.-** Cobertura de Ahorro-Jubilación. **P. 14**
- Artículo 20.-** Cuantía de la prestación de jubilación. **P. 15**
- Artículo 21.-** Complemento anual de rentabilidad sobre la rentabilidad abonada a cuenta. **P. 16**
- Artículo 22.-** Anticipación de la percepción de la prestación de jubilación. **P. 17**
- Artículo 23.-** Cobertura de Fallecimiento. **P. 17**
- Artículo 24.-** Forma de pago de las prestaciones de jubilación y fallecimiento. **P. 18**
- Artículo 25.-** Incapacidad Permanente. **P. 19**
- Artículo 26.-** Incapacidad Temporal Profesional. **P. 21**
- Artículo 27.-** Dependencia Severa y Gran Dependencia. **P. 26**
- Artículo 28.-** Prestaciones a favor de los mutualistas que han interrumpido el pago de aportaciones periódicas. **P. 28**

CAPÍTULO SEGUNDO. SOLICITUD Y TRAMITACIÓN DE LAS PRESTACIONES

- Artículo 29.-** Solicitud de la prestación. **P. 28**
- Artículo 30.-** Reconocimiento del derecho a las prestaciones. **P. 29**
- Artículo 31.-** Reconocimiento de la prestación de incapacidad permanente. **P. 29**
- Artículo 32.-** Reconocimiento de las prestaciones de incapacidad temporal. **P. 29**
- Artículo 33.-** Reconocimiento de las prestaciones de dependencia severa o gran dependencia. **P. 31**
- Artículo 34.-** Pago de las prestaciones. **P. 32**
- Artículo 35.-** Reintegro de prestaciones indebidas. **P. 32**
- Artículo 36.-** Suspensión y extinción de la percepción de prestaciones. **P. 32**
- Artículo 37.-** Prescripción de acciones. **P. 33**

CAPÍTULO TERCERO. BENEFICIARIOS DE LAS PRESTACIONES

Artículo 38.- Beneficiarios y su designación. **P. 33**

Artículo 39.- Obligaciones de los beneficiarios. **P. 33**

Artículo 40.- Entrega de las prestaciones a los beneficiarios. **P. 34**

Artículo 41.- Revocación de la designación de beneficiarios. **P. 34**

CAPÍTULO CUARTO. LIQUIDACIÓN, MOVILIZACIÓN Y RESCATE DEL VALOR ACUMULADO

Artículo 42.- Liquidación del saldo acumulado de la cobertura de ahorro jubilación en el Sistema de Previsión Profesional en supuestos excepcionales. **P. 34**

Artículo 43.- Liquidación del saldo acumulado de la cobertura de ahorro jubilación en los supuestos excepcionales en el Sistema de Previsión Personal. **P. 34**

Artículo 44.- Derecho de movilización del saldo acumulado de ahorro jubilación en los Sistemas de Previsión Personal y de Ahorro Sistemático. **P. 36**

Artículo 45.- Derecho de rescate del saldo acumulado de ahorro jubilación en los Sistema de Ahorro Sistemático y Sistema de Ahorro Flexible. **P. 36**

TÍTULO QUINTO DISPOSICIONES COMUNES

Artículo 46.- Información al mutualista y resolución de controversias. **P. 36**

DISPOSICIONES ADICIONALES

ÚNICA.- Establecimiento de contingencias obligatorias y/o de prestaciones mínimas en el Sistema de Previsión Social Profesional. **P. 37**

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- Integración en el Plan Universal de la Abogacía de los Mutualistas encuadrados en los Planes Básicos de la Mutualidad a fecha 26 de noviembre de 2005. **P. 37**

SEGUNDA.- Mantenimiento voluntario en el Plan de Seguridad Profesional, en el Plan de Previsión Profesional de la Abogacía o en el Sistema Plus 50 Abogados de los mutualistas integrados en los mismos a fecha 26 de noviembre de 2005. **P. 37**

TERCERA.- Asignación de la provisión matemática inicial a los mutualistas que se integren en el Plan Universal de la Abogacía procedentes de los demás Planes Básicos. **P. 37**

CUARTA.- Prestaciones causadas dentro de los seis meses posteriores a la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento. **P. 38**

QUINTA.- Mutualistas que a fecha 26 de noviembre de 2005 mantengan derechos reducidos en los Planes Básicos de la Mutualidad. **P. 38**

SEXTA.- Solicitudes que correspondan a hijos o menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave con ingreso hospitalario anterior al 1 de abril de 2019 y que no hayan causado alta médica. **P. 38**

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA.- Prestaciones causadas a la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento. **P. 38**

SEGUNDA.- Acuerdos de desarrollo y ejecución. **P. 38**

TERCERA.- Disposición derogatoria. **P. 38**

CUARTA.- Entrada en vigor. **P. 38**



CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR
EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN
DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS
DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS
EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE
PERSONAS **P. 39**

GLOSARIO DE TÉRMINOS **P. 40**

BAREMO DE INDEMNIZACIONES
POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
Y TRATAMIENTOS DE CIRUGÍA **P. 43**

BAREMO DE INDEMNIZACIONES
POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS
Y TRATAMIENTOS POR ENFERMEDADES
Y PATOLOGÍAS **P. 44**

TÍTULO PRIMERO

NORMAS GENERALES

Artículo 1.- Denominación, Objeto y Naturaleza

1.1 El presente Reglamento establece y regula el Plan Universal de la Abogacía establecido por la MUTUALIDAD GENERAL DE LA ABOGACÍA, MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA (la Mutualidad en lo sucesivo) en cumplimiento de sus fines.

1.2 El Plan Universal de la Abogacía tiene por objeto otorgar protección social básica y obligatoria a los mutualistas que hayan optado por el mismo al amparo de la legislación vigente, así como instrumentar sistemas de ahorro y previsión voluntarios para todos los mutualistas de la Entidad.

1.3 De conformidad con lo establecido en el artículo 10.3 del Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, mediante el presente Reglamento se regula el régimen jurídico específico de cada una de las coberturas que otorga la Mutualidad, sin perjuicio de la emisión, caso de considerarse oportuno o necesario, de pólizas de seguro o de condicionados particulares o especiales referidos a las distintas contingencias y prestaciones.

1.4 En el Plan Universal de la Abogacía, la Entidad Aseguradora es la Mutualidad, que tiene su sede social en Madrid, C/ Serrano, 9, correspondiendo a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda, el control y supervisión de su actividad.

Artículo 2.- Normativa aplicable

2.1 El Plan Universal de la Abogacía se rige por lo dispuesto en los Estatutos de la Mutualidad y en el presente Reglamento, así como, en cuanto resulten aplicables a cada Sistema definido en el artículo 3 del presente Reglamento, en las siguientes

disposiciones: Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; Ley 10/2010, de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo, y su Reglamento, aprobado por Real Decreto 304/2014, de 5 de mayo; Ley 35/2006 de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas; Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Mutualidades de Previsión Social; Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y se modifica el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones; Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo de 2004, por la que se regulan los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras; así como en las demás normas legales y reglamentarias que sean de aplicación.

2.2 Asimismo, el Plan Universal de la Abogacía se rige, en cuanto le sea de aplicación, por lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, así como en la Disposición Adicional Decimonovena del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Artículo 3.- Sistemas

3.1 El Plan Universal de la Abogacía se articula en los siguientes Sistemas:

a) Sistema de Previsión Social Profesional

Serán encuadrados en este Sistema los mutualistas que, ejerciendo la abogacía por cuenta propia conforme a las normas colegiales correspondien-

tes, estén exentos de la obligación de afiliación y/o alta en el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos como consecuencia de optar, o de haber optado, por incorporarse a la Mutualidad a título de régimen alternativo al Sistema público de la Seguridad Social, de conformidad con lo establecido en la Disposición Adicional 18ª del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Igualmente serán encuadrados en este Sistema los profesionales mutualistas de otras Mutualidades de Previsión Social alternativas a la Seguridad Social con las que la Mutualidad de la Abogacía haya concertado su absorción o incorporación por cualquier título, así como los profesionales que en el futuro se incorporen a sus Colegios profesionales con posterioridad a la fecha de absorción de su Mutualidad, y que hayan optado u opten por incorporarse a la Mutualidad como alternativa conforme a lo indicado en el párrafo anterior.

No obstante lo dispuesto en los párrafos anteriores, permanecerán en el sistema de previsión social profesional los mutualistas afiliados a algún régimen de Seguridad Social y los mutualistas que incumplan los mínimos establecidos en la Disposición Adicional 19ª del antedicho texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, si bien las aportaciones tendrán en estos casos el carácter de complementarias.

b) Sistema de Previsión Personal (PPA)

Serán encuadrados en este Sistema los mutualistas que, hallándose integrados y en alta en cualquiera de los regímenes de la Seguridad Social, o estando exentos o no estando obligados a dicha integración, se incorporen a la Mutualidad a título de sistema privado, voluntario y complementario de pensiones, con la naturaleza y tratamiento fiscal de los Planes de Previsión Asegurados (PPA), equivalentes a un Plan de Pensiones, regulados en la Ley 35/2006 de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y el Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y se modifica el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones.

c) Sistema de Ahorro Sistemático (PIAS)

Serán encuadrados en este Sistema los mutualistas que voluntariamente contraten el mismo. Tendrá naturaleza y tratamiento fiscal de un Plan Individual

de Ahorro Sistemático (PIAS), regulado en la Ley 35/2006 de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y en su normativa complementaria vigente en cada momento siempre que con los recursos aportados se constituya una renta vitalicia y concurran los requisitos exigidos en dicha normativa para adquirir tal condición, en cuyo caso así se hará constar en las condiciones particulares.

d) Sistema de Ahorro Flexible (SVA)

Serán encuadrados en este Sistema los mutualistas que voluntariamente contraten el mismo. Tendrá naturaleza de Seguro de Vida de Ahorro (SVA), lo que se reflejará en el correspondiente documento de Condiciones Particulares.

3.2 La Mutualidad encuadrará a los mutualistas en los sistemas que corresponda, de conformidad con las circunstancias personales y profesionales que concurran en aquellos y según la naturaleza de las aportaciones que efectúen.

Artículo 4.- Contingencias cuyas coberturas ofrece el Plan Universal de la Abogacía

4.1 El Plan Universal de la Abogacía incluye las siguientes contingencias:

- a) **Ahorro-Jubilación** del mutualista.
- b) **Fallecimiento** del mutualista.
- c) **Incapacidad permanente** para todo tipo de trabajo.
- d) **Incapacidad temporal** profesional.
- e) **Dependencia** en sus grados de dependencia severa y gran dependencia.
- f) **Cualesquiera otras** que permita la legislación vigente y acuerde incorporar la Mutualidad para cada Sistema.

4.2 Las contingencias cubiertas en el Sistema de Previsión Social Profesional serán en todo caso las de Ahorro Jubilación y Fallecimiento. Además, para que este sistema tenga el carácter de alternativo al sistema público de Seguridad Social, necesariamente también serán cubiertas, en los niveles exigidos conforme a lo previsto en el siguiente párrafo, las de Incapacidad Permanente, e Incapacidad Temporal Profesional, siendo éstas opcionales cuando el sistema tiene carácter complementario. Las anteriores contingencias deberán ser cubiertas, salvo que al amparo de la técnica aseguradora bajo la que opera la Mutualidad, proceda rechazar o delimitar alguno de los riesgos mencionados tal

y como se establece, con carácter general, en el párrafo d) del artículo 49.3 de los Estatutos. Los planes suscritos por mutualistas que se den de alta en este sistema a partir de los 65 años de edad, solamente tendrán cubiertas las contingencias de Ahorro-Jubilación y Fallecimiento.

De conformidad con la Disposición Adicional 19ª del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, en la que se regulan los mínimos necesarios para el mantenimiento en el sistema de previsión del carácter alternativo al sistema público de la Seguridad Social, la Junta de Gobierno adaptará en todo momento las cuotas a satisfacer por el mutualista al Sistema de Previsión Social Profesional al objeto de mantener el carácter alternativo de su plan de previsión, verificándose que el total de cuotas satisfechas, desde la entrada en vigor de la Disposición o fecha de alta en el Sistema de Previsión Social Profesional si esta es posterior, supere en todo caso un límite del 80 % de las cuotas mínimas que hubieran correspondido satisfacerse con carácter general en el Régimen Especial de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, o el mínimo de aportación que en cada caso disponga la normativa.

La cobertura de Dependencia será opcional en todos los casos.

4.3 Las contingencias cubiertas en el Sistema de Previsión Personal (Plan de Previsión Asegurado - PPA) serán, necesariamente, las de Ahorro-Jubilación y Fallecimiento. El mutualista podrá optar voluntariamente por suscribir además las coberturas de Incapacidad Permanente y Dependencia.

En el Sistema de Previsión Personal la cobertura de Ahorro-Jubilación deberá ser en todo caso la cobertura principal, debiendo alcanzar las provisiones matemáticas de la cobertura de Ahorro-Jubilación materializadas en la cuenta de fondo acumulado, en todo momento y como mínimo, el triple del importe de las cuotas o primas correspondientes a las coberturas de las contingencias de riesgo.

Podrán constituirse Sistemas de Previsión Personal a favor de personas discapacitadas de conformidad con la disposición adicional décima de la Ley 35/2006 de 28 de noviembre del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, en cuyo caso las contingencias cubiertas serán las de Ahorro-Jubilación y fallecimiento y las demás previstas en el artículo 19.3 de este Reglamento.

4.4 En el Sistema de Ahorro Sistemático (PIAS), las contingencias cubiertas serán necesariamente las de Ahorro-Jubilación y Fallecimiento, no siendo

posible la contratación de las demás coberturas en el mismo. En este sistema, las aportaciones anuales, la suma de las mismas, y los plazos mínimos hasta la constitución de la renta vitalicia deberán someterse a los límites fijados en la Ley 35/2006 de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y su normativa complementaria vigente en cada momento.

4.5 En el sistema de Ahorro Flexible (SVA) podrán suscribirse cualesquiera de las coberturas indicadas en el apartado 4.1 anterior, siendo necesaria la contratación de la de fallecimiento cuando se suscriba la de Ahorro-Jubilación.

4.6 La Mutualidad podrá establecer sistemas de revalorización automática de las sumas aseguradas en cada cobertura mediante la aplicación de índices de precios al consumo u otros. Esta revalorización será en todo caso voluntaria y podrá afectar exclusivamente a las coberturas de fallecimiento, incapacidad permanente e incapacidad temporal, conforme a lo que a tal efecto figure en las condiciones particulares.

Artículo 5.- Régimen financiero

5.1 El Plan Universal de la Abogacía se rige por el régimen financiero de capitalización individual, conforme al cual quedan determinados los derechos de contenido económico de los mutualistas.

5.2 El Plan Universal de la Abogacía pertenece a la modalidad de aportación definida en relación a la cobertura de Ahorro-Jubilación y de prestación definida respecto a las de riesgo.

5.3 Las prestaciones de Ahorro-Jubilación tienen la naturaleza y el tratamiento de prestación definida del objetivo cuantitativo que se pretende obtener.

TÍTULO SEGUNDO ALTAS Y BAJAS

Artículo 6.- Solicitud de alta y/o contratación. Condiciones Particulares

6.1 La incorporación al Plan Universal deberá solicitarse a la Mutualidad por el interesado mediante la correspondiente Solicitud. No obstante, también se podrán llevar a cabo incorporaciones por acuerdos adoptados colectivamente en el seno de entidades públicas o privadas, salvo oposición expresa del interesado.

6.2 La Mutualidad comprobará que la Solicitud reúne los requisitos exigidos y procederá, seguidamente, al encuadramiento del solicitante en el Sistema o Sistemas que correspondan.

6.3 La fecha del alta y/o contratación será la del día primero del mes siguiente al de recepción de la Solicitud, siempre y cuando aparezca debidamente cumplimentada, se adjunte la documentación necesaria a efectos de dar cumplimiento a la Ley 10/2010, de 28 de abril, y todos los documentos o certificaciones correspondientes al Sistema de que se trate; además es necesario que se efectúe la primera aportación. En otro caso, se considerará fecha de recepción aquella en que se cumplimente adecuadamente la indicada Solicitud y se adjunte la totalidad de la documentación requerida.

6.4 En el Sistema de Previsión Social Profesional, a petición del mutualista podrán retrotraerse los efectos del alta y/o contratación al día primero del mes que conste en la fecha de registro de entrada en la Mutualidad de la Solicitud de alta y/o contratación o la fecha de colegiación acreditada por el Colegio de Abogados o el Colegio Profesional que corresponda, siempre y cuando se adjunte a la misma la totalidad de la documentación requerida y así lo acepte expresamente la Mutualidad. En estos casos la fecha de cobro indica la fecha de inicio de la cobertura.

6.5 Causada el alta y/o producida la contratación, la Mutualidad hará entrega al solicitante de una copia del presente Reglamento, así como del documento de Condiciones Particulares correspondiente al Sistema o Sistemas de que se trate, pudiendo el mutualista ejercer la facultad unilateral de resolver el contrato, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 30 días siguientes a la fecha de entrega de la copia del Reglamento y del documento de Condiciones Particulares.

Artículo 7.- Derechos de información del mutualista

7.1 Al tiempo de formularse la Solicitud de contratación, se hará entrega al solicitante de una nota informativa en la que conste el contenido establecido al efecto en el Artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; en los artículos 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y rea-

seguradoras y la Resolución de 20 de octubre de 2008 de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sobre obligaciones de información de las entidades aseguradoras que comercialicen Planes de Previsión Asegurados. Asimismo y en caso de causarse el alta y/o de efectuarse la contratación, la Mutualidad mantendrá informado al mutualista de las modificaciones de la información inicialmente suministrada, en los términos establecidos en la normativa antes mencionada.

7.2 Asimismo, con periodicidad al menos trimestral la Mutualidad informará a cada mutualista y en su caso a los beneficiarios, sobre los siguientes extremos:

- a) El saldo de la cuenta de fondo acumulado al final del año anterior.
- b) El saldo de la cuenta de fondo acumulado al final del período de referencia y al final del periodo anterior, así como la información explicativa de su evolución, incluyendo en su caso el complemento de rentabilidad asignado.
- c) Tipo de interés anual correspondiente a la rentabilidad a cuenta aplicable al próximo trimestre natural o periodo que se establezca.
- d) Gastos de gestión aplicados como porcentaje sobre el fondo acumulado.
- e) Información de la rentabilidad media obtenida en periodos anteriores, así como la rentabilidad del último ejercicio y la acumulada del ejercicio corriente hasta la fecha del informe.

7.3 Con periodicidad anual la Mutualidad remitirá al mutualista información relativa al valor del fondo acumulado al cierre de cada ejercicio, incluyendo el complemento de rentabilidad, así como a las cuotas aportadas durante el ejercicio a efectos de la declaración fiscal correspondiente.

7.4 A efectos de lo dispuesto en el presente Reglamento, se considerarán domicilio y direcciones postal y electrónica del mutualista, o del beneficiario, los últimos comunicados por el mismo a la Mutualidad.

Artículo 8.- Estado de salud

8.1 El solicitante declarará a la Mutualidad, de acuerdo con el cuestionario que se le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, incluido su estado de salud. La Mutualidad podrá requerir al solicitante la aportación de datos o informes adicionales.

8.2 En caso de falseamiento, reserva o inexactitud en la declaración de salud efectuada por el solicitante, mediando dolo o culpa grave, la Mutualidad quedará liberada del pago de las prestaciones de riesgo correspondientes.

8.3 La Mutualidad podrá condicionar el alta y/o contratación a la realización de pruebas médicas y clínicas complementarias que tengan por objeto la valoración del riesgo cuando éste no pueda deducirse o precisarse, razonablemente, de la declaración de salud efectuada, y proponer las condiciones, exclusiones o sobreprimas con las que pueda ser aceptado, pudiendo el solicitante renunciar en esos casos a la cobertura de riesgo de que se trate.

Artículo 9.- Actualización de las circunstancias personales

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 la modificación del carácter alternativo o complementario de su sistema de previsión social profesional, o cuyo acaecimiento o alteración puedan suponer el nacimiento de derecho a prestaciones, variación de las mismas, o implicar quebranto para la Mutualidad.

En el caso de que la cuota de cualquiera de las coberturas sea satisfecha por persona distinta del asegurado, el mutualista, como tomador, estará obligado a suministrar a la Mutualidad la misma información y en los mismos términos expresados en el párrafo anterior respecto de cada uno de los asegurados.

En el supuesto de pérdida de la condición alternativa del sistema profesional, la Mutualidad notificará este hecho al Colegio Profesional en el que el mutualista se encuentre colegiado, en el plazo de un mes desde que recibió la comunicación del mutualista, procediendo a la emisión de un nuevo documento de Condiciones Particulares.

Artículo 10.- Bajas

10.1 Se causará baja en el Sistema correspondiente por alguna de las siguientes circunstancias, salvo que se mantenga alguna cobertura de riesgo suscrita y al corriente de pago:

a) Adquisición de la condición de Beneficiario como consecuencia del reconocimiento de la

prestación de Ahorro-Jubilación que consista en el cobro íntegro del saldo de la cuenta de fondo acumulado.

- b) Liquidación excepcional de la de la totalidad del saldo de la cuenta de fondo acumulado, en los términos establecidos en el artículo 43 del presente Reglamento.
- c) Movilización de la totalidad del saldo de la cuenta de fondo acumulado, en los términos establecidos en el artículo 44 del presente Reglamento.
- d) Rescate de la totalidad del saldo de la cuenta de fondo acumulado, en los términos establecidos en el artículo 45 del presente Reglamento.
- e) Agotamiento del fondo acumulado del mutualista.
- f) Fallecimiento del mutualista.

10.2 En caso de que la baja se cause en el Sistema de Previsión Social Profesional alternativo al Sistema Público de la Seguridad Social, salvo que esta baja se produzca por el reconocimiento de prestación de la cobertura de Ahorro-Jubilación consistente en el retiro total del saldo de la cuenta de fondo acumulado, se advertirá por escrito al mutualista que en el caso de seguir ejerciendo por cuenta propia, deberá necesariamente mantener las cotizaciones a dicho Sistema o, alternativamente, causar alta en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos.

TÍTULO TERCERO APORTACIONES

Artículo 11.- Aportantes

Los mutualistas son los únicos responsables de efectuar las aportaciones programadas en el documento de Condiciones Particulares a que se refiere el artículo 6.5 del presente Reglamento. No obstante, también se podrán admitir aportaciones al Plan Universal efectuadas por cuenta del mutualista por terceros, sean personas físicas o jurídicas.

En los Sistemas de Previsión Personal que se establezcan al amparo de lo previsto en el artículo 51.7 de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, las aportaciones las efectuará el cónyuge del mutualista.

En los Sistemas de Previsión Personal constituidos a favor de discapacitados podrán efectuar aportaciones además del propio mutualista discapacitado, las personas que tengan con él una relación de parentesco en línea directa o colateral

hasta el tercer grado inclusive, así como el cónyuge o aquellos que le tuviesen a su cargo en régimen de tutela o acogimiento.

Artículo 12.- Nacimiento, duración y extinción de la obligación de aportación

12.1 Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 6.4 del presente Reglamento, la obligación de aportación nace con el alta del mutualista en el Sistema correspondiente o la contratación o ampliación de cada cobertura y tiene efectos desde esa misma fecha.

12.2 Las obligaciones de aportación se mantendrán, en cada Sistema, hasta la fecha del hecho causante de la contingencia de cualquiera de las coberturas en vigor establecidas en el presente Reglamento, momento en que quedarán extinguidas. En la cobertura de Incapacidad Temporal Profesional el reconocimiento de prestaciones no extingue la obligación de aportación.

12.3 La cuota correspondiente a la cobertura de Dependencia podrá ser única o periódica, y en este caso pagadera hasta una fecha determinada, sin que el reconocimiento de la prestación por Ahorro-Jubilación o Incapacidad Permanente con carácter previo a esta fecha extinga la obligación de aportación por esta cobertura. Asimismo, podrán establecerse sistemas de nivelación de las cuotas periódicas que eviten el crecimiento excesivo de las mismas en edades muy avanzadas, haciéndose constar en las Condiciones Particulares la opción elegida. También podrán efectuarse, para esta cobertura, las aportaciones adicionales o extraordinarias previstas en el artículo 15 o reverse sean satisfechas contra el saldo de la cuenta de fondo acumulado.

Artículo 13.- Cuantía de las aportaciones periódicas

13.1 La cuantía de las aportaciones periódicas y de sus revalorizaciones anuales se determinarán, en el momento de solicitarse la contratación o ampliación por el mutualista. Las cuotas de la cobertura de ahorro-jubilación que incluyen de forma indivisible las de la garantía básica de fallecimiento prevista en el artículo 23.2, se elegirán por el mutualista dentro de los límites mínimos y máximos que se establezcan, de acuerdo con el capital objetivo de Ahorro-Jubilación que desee alcanzar, pudiendo ser modificadas en un momento posterior, atendiendo a los límites mínimos que en cada momento establezca la Junta de Gobierno, de conformidad con lo previsto en el artículo 4.2 del presente Reglamento. Las cuotas de las coberturas de riesgo

se calcularán para cada año natural en función de la edad actuarial del asegurado y el importe de las coberturas aseguradas en cada momento, siendo susceptibles de modificación ulterior como consecuencia de un acuerdo adoptado por la Junta de Gobierno o en la Asamblea anual, para su adecuación a la normativa vigente en cada momento, a la experiencia de la Mutualidad o a sus expectativas de futuro, lo que en su caso comunicará al menos con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso. Se entiende como edad actuarial la más próxima al día en que el mutualista cumpla años respecto al 1 de enero.

13.2 Podrá establecerse una cuantía mínima anual de las aportaciones periódicas y/o de sus fraccionamientos.

13.3 La cuantía anual de las aportaciones periódicas, su duración, importe y revalorizaciones, así como el fraccionamiento de las mismas, se hará constar en el documento de Condiciones Particulares.

Artículo 14.- Periodicidad de las aportaciones

14.1 Las aportaciones periódicas son de carácter anual y su pago se efectuará por anticipado.

14.2 El mutualista podrá fraccionar el pago de las aportaciones anuales por periodos inferiores, mensuales, trimestrales o semestrales, igualmente anticipados. El fraccionamiento se solicitará por el mutualista en la solicitud contratación o ampliación y su régimen se hará constar en el documento de Condiciones Particulares correspondiente.

14.3 El primer pago de las aportaciones periódicas se efectuará con fecha de efectos del alta del mutualista en cada Sistema o de la contratación o ampliación de las coberturas, salvo que se haya acordado su retroacción conforme a lo dispuesto en el artículo 6.4 del presente Reglamento. Las aportaciones sucesivas se ajustarán a la planificación contenida en el documento de Condiciones Particulares correspondiente y se harán efectivas a sus correspondientes vencimientos.

Artículo 15.- Alteraciones de la cuantía de las aportaciones periódicas. Aportaciones extraordinarias

15.1 El mutualista podrá solicitar a la Mutualidad, al menos con 2 meses de antelación a la fecha en que deba producirse, la alteración de la cuantía de sus

aportaciones periódicas, la variación de la revalorización anual de las mismas o la modificación de su periodicidad. Las modificaciones tomarán efecto de la fecha en que se acepten por la Mutualidad, debiendo expedirse un nuevo documento de Condiciones Particulares en el que conste el nuevo régimen de cotización.

15.2 Se admitirá el pago de aportaciones extraordinarias, cuya cuantía no podrá ser inferior a la establecida, en cada momento, en la correspondiente solicitud de contratación. El mutualista hará constar, al tiempo de efectuar cada aportación extraordinaria, a qué sistema establecido en el presente Reglamento y a qué cobertura se deberá imputar la misma.

15.3 En todo caso, la suma anual de las aportaciones periódicas y extraordinarias no podrá exceder los límites máximos legalmente establecidos en cada momento.

Artículo 16.- Lugar y forma de pago de las aportaciones periódicas

16.1 Las aportaciones periódicas se abonarán mediante domiciliación bancaria previa acreditación de su titularidad por el aportante, a través de la institución de crédito situada en España, y señalada por el mutualista en la solicitud de alta.

16.2 El mutualista vendrá obligado a dar cuenta a la Mutualidad de los cambios de domiciliación bancaria, quedando exonerada aquella de toda responsabilidad por los perjuicios o gastos adicionales que se pudieran originar por el incumplimiento de esta obligación.

16.3 El pago de las aportaciones periódicas se acreditará con cualquier medio válido en derecho.

16.4 Las aportaciones extraordinarias se abonarán mediante recibo emitido por la Mutualidad o directamente con la correspondiente imposición o transferencia bancaria, en la cuenta señalada por la Mutualidad a tales efectos. En el documento de pago o de transferencia se hará constar, con la necesaria claridad, la naturaleza de la aportación y el Sistema al que deba ser aplicada.

Artículo 17.- Impago de las aportaciones periódicas

17.1 En caso de impago de las aportaciones periódicas o de alguno de sus fraccionamientos, se procederá a deshacer el abono realizado en la fecha

en que se dio por cobrada. Si posteriormente fuera abonada por el mutualista, se aplicará con valor de la fecha de su cobro efectivo.

17.2 En caso de que el impago afecte a 3 fraccionamientos consecutivos de las aportaciones periódicas, o de que transcurran 3 meses a contar desde el primer impago, se entenderá como comunicación por el mutualista de interrupción de pago de aportaciones periódicas.

Si el impago de aportaciones periódicas se produce en el Sistema de Previsión Profesional como alternativo al Sistema Público, sin manifestación expresa del mutualista, este tendrá un plazo máximo de 24 meses para mantener su situación de alternativo y regularizar el importe de cuotas impagadas adquiriendo en este caso el mutualista la condición de mutualista en suspenso con los efectos previstos en el artículo 18.1. Perdido el carácter alternativo del Sistema de Previsión Profesional, la Mutualidad notificará este hecho en el plazo de un mes al Colegio Profesional en el que el mutualista se encuentre colegiado, procediendo a la emisión de un nuevo documento de Condiciones Particulares.

17.3 En caso de que el impago afecte a la primera aportación debida, se entenderá anulada, a todos los efectos, el alta del mutualista en el Sistema correspondiente. Igualmente, si el impago de la aportación corresponde con una nueva contratación o con una ampliación, se entenderá anulada la misma.

17.4 Los gastos bancarios que se ocasionen con motivo del impago serán de cuenta del mutualista, que hará frente a los mismos mediante la detracción de su importe del saldo de su cuenta de fondo acumulado.

Artículo 18.- Interrupción temporal del pago de las aportaciones periódicas

18.1 En cualquier momento, el mutualista podrá solicitar a la Mutualidad, por escrito, la interrupción temporal del pago de sus aportaciones periódicas. La interrupción tendrá efectos del día primero del mes siguiente al de su aceptación por la Mutualidad.

Si la interrupción temporal de aportaciones periódicas se produce en el Sistema de Previsión Profesional como alternativo al Sistema Público, el mutualista adquirirá, la condición de mutualista en suspenso, de acuerdo con los artículos 50 y 54 de los Estatutos.

Cuando se realice una solicitud de interrupción del pago de las aportaciones periódicas, de un mutualista en el Sistema de Previsión Profesional como alternativo al Sistema Público, según el Artículo 52 de los Estatutos, se producirán los siguientes efectos:

- a) Por cese en el ejercicio por cuenta propia, el sistema profesional será clasificado como complementario con el mismo efecto que la interrupción de aportaciones. En este supuesto, la reanudación del Sistema Profesional con carácter alternativo no llevará aparejada la obligación de abonar las cuotas del periodo que haya mantenido la situación de mutualista en la interrupción de aportaciones.
- b) Por solicitar la interrupción de sus aportaciones al tener dificultades de pago, y deseando mantener el sistema como alternativo para el ejercicio de la profesión por cuenta propia, la Junta de Gobierno podrá proponerle un plan de pagos distinto al recogido en el Título correspondiente, garantizándose que todas las cuotas previstas en el plan sean satisfechas.

Cuando el mutualista no se acoja al plan de pagos propuesto que le ofrezca la Junta de Gobierno para mantenerlo en activo, según prevé el Artículo 4º de este Reglamento, pasará a la condición de mutualista en suspenso.

18.2 Una vez aceptada la interrupción temporal del pago, la Mutualidad dará de baja las coberturas de incapacidad permanente e incapacidad temporal profesional que el mutualista tuviera suscritas en su caso, salvo que mantenga un capital adicional de fallecimiento y un saldo en la cuenta de fondo acumulado de importe superior a los exigidos en la contratación, en cuyo caso se seguirán detrayendo los costes de las primas por las coberturas de riesgo que permanezcan en vigor, con cargo al saldo de la cuenta de fondo acumulado, a partir de la fecha de efectos de la interrupción temporal del pago, con el fin de mantener la vigencia de dichas coberturas. No obstante, el interesado podrá solicitar a la Mutualidad, mediante constancia por escrito, que la interrupción temporal de pago produzca la baja en ese momento o en un momento posterior de las coberturas de capital adicional de Fallecimiento, Incapacidad Permanente, Incapacidad Temporal Profesional y Dependencia si las tuviere suscritas. Si la baja afectara a la cobertura de Dependencia y se hubieran satisfecho como mínimo dos primeras anualidades completas de las cuotas de esta cobertura, el mutualista podrá -en el caso de haber elegido alguna

modalidad de pago que otorga derecho a valores de reducción-, seguir asegurado por una prestación reducida en esta cobertura, según lo que al respecto se indique en las Condiciones Particulares.

18.3 El mutualista podrá reanudar posteriormente el pago de cuotas. En el caso de que la reanudación tenga lugar en el Sistema de Previsión Social Profesional, como alternativo al Sistema Público, la nueva escala de cuotas periódicas mínimas a pagar será en estos casos, suficiente para cumplir con los requerimientos de prestaciones mínimas o cuotas que establece la Disposición Adicional 19ª del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, rehabilitando en tal caso su condición de mutualista pleno. En el caso de reanudar el pago de las cuotas en el Sistema de Previsión Personal (PPA), en el de Ahorro Sistemático (PIAS) y en el de Ahorro Flexible (SVA), el importe mínimo de las cuotas será el establecido con carácter general para estos sistemas y que figurará en la solicitud de contratación.

18.4 En el supuesto de rehabilitación de coberturas de riesgo dadas previamente de baja conforme al anterior artículo 18.2, la Mutualidad podrá exigir al mutualista, el cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 8 del presente Reglamento.

18.5 Las prestaciones causadas por los mutualistas en situación de interrupción de aportaciones a la fecha del hecho causante serán las establecidas en el artículo 28 del presente Reglamento.

TÍTULO CUARTO CONTINGENCIAS CUBIERTAS Y PRESTACIONES

CAPÍTULO PRIMERO COBERTURAS DEL PLAN UNIVERSAL DE LA ABOGACÍA

Artículo 19.- Cobertura de Ahorro-Jubilación

19.1 En el Sistema de Previsión Social Profesional se entenderá, con carácter general, producido el hecho causante de la contingencia en esta cobertura de Ahorro-Jubilación el día 1 del mes siguiente al que el mutualista cumpla 67 años de edad, o en la fecha posterior que conste en las Condiciones Particulares si es distinta.

No obstante lo anterior, el mutualista podrá siempre anticipar el devengo de la jubilación desde el mes siguiente a cumplir los 65 años de edad o solicitar el retraso de la edad o fecha de jubilación, haciéndose constar en este caso, la nueva fecha en las Condiciones Particulares, en cuyo caso se entenderá producido el hecho causante en la cobertura de Ahorro-Jubilación en el momento en que el mutualista la solicite.

El mutualista que decida retrasar la edad o fecha de jubilación, podrá o no realizar aportaciones periódicas o extraordinarias al Sistema de Previsión Social Profesional para la cobertura de Ahorro-Jubilación. En el caso de que realice aportaciones la cuantía de las mismas no podrá ser inferior a la cuantía mínima que se establezca para los demás sistemas establecidos en el presente Reglamento.

19.2 En el Sistema de Previsión Personal (PPA) se entenderá producido el hecho causante de la contingencia en esta Cobertura de Ahorro-Jubilación, en razón a su naturaleza de Plan de Previsión Asegurado, en el momento en que el mutualista acceda efectivamente a la jubilación en el régimen de la Seguridad Social correspondiente o en el alternativo de la Mutualidad, sea a la edad ordinaria, anticipada o posteriormente. Caso de que no vaya a ser posible el acceso del mutualista a la jubilación, se entenderá producido el hecho causante de la contingencia en esta Cobertura de Ahorro-Jubilación en el momento en el que se acredite la simultánea concurrencia de los siguientes requisitos:

- a) No ejercer o haber cesado en toda actividad laboral o profesional.
- b) Tener cumplidos 65 o más años de edad.
- c) No encontrarse cotizando para la contingencia de jubilación en ningún régimen de la Seguridad Social.

A partir del momento de la jubilación, el mutualista podrá seguir realizando aportaciones al Sistema de Previsión Personal siempre y cuando no haya iniciado el cobro de la prestación de jubilación en este sistema.

19.3 En el Sistema de Previsión Personal constituido a favor de personas discapacitadas en los términos previstos en la disposición adicional décima de la Ley 35/2006 de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y cuando no sea posible el acceso a la situación de jubilación de la persona con discapacidad, ésta podrá percibir la prestación correspondiente a partir de los 45 años, siempre que carezca de empleo u ocupación profesional.

También podrá percibirse la prestación, en estos sistemas constituidos a favor de personas discapacitadas, por jubilación, incapacidad, dependencia o fallecimiento del cónyuge o de uno de los parientes del discapacitado en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive, del cual dependa o de quien le tuviese a su cargo en régimen de tutela o acogimiento.

19.4 En los Sistemas de Ahorro Sistemático (PIAS) y de Ahorro Flexible (SVA) se entenderá producido el hecho causante de la contingencia en esta Cobertura de Ahorro-Jubilación en la fecha de vencimiento que figure en las Condiciones Particulares del seguro.

Artículo 20.- Cuantía de la prestación de jubilación

20.1 La prestación de Ahorro-Jubilación, que podrá percibirse de cualquiera de las formas previstas en el artículo 24, será la que resulte del valor del fondo acumulado del sistema de previsión correspondiente a la fecha del hecho causante, ajustado hasta el momento de su percepción.

20.2 Los derechos económicos de los mutualistas, y los de los beneficiarios por la parte que no se destinen a la constitución de una renta vitalicia, se materializarán en la correspondiente cuenta de fondo acumulado. Para cada sistema de previsión en vigor, o prestación distinta de renta vitalicia en el caso de los beneficiarios, se abrirá la correspondiente cuenta, la cual se constituirá conforme a las siguientes entradas y salidas:

Entradas:

- Las aportaciones periódicas y extraordinarias satisfechas.
- Las movilizaciones de entrada realizadas en su caso.
- Las sumas correspondientes a prestaciones por fallecimiento o incapacidad permanente en el caso de beneficiarios.
- Las bonificaciones por contratación de servicios o la realización de determinadas operaciones, conforme a las condiciones ofertadas o establecidas que se anuncien con carácter previo a la contratación o realización de operaciones.
- Los rendimientos correspondientes al 90 % de la rentabilidad financiera de los activos afectos, instrumentada ésta mediante la rentabilidad a cuenta preanunciada y asignada de forma periódica y el complemento de rentabilidad atribuido en su caso, conforme se establece en los siguientes artículos 20.3 y 21.

Salidas:

- Los gastos de gestión aplicados.
- Las primas o costes de las coberturas de riesgo suscritas y en vigor.
- Las salidas por prestación en forma de capital, renta financiera y pagos sin periodicidad regular, o las destinadas a la constitución de una renta vitalicia.
- Las salidas, en su caso, por movilizaciones y rescates (parciales o total), o liquidaciones en los supuestos excepcionales previstos en el artículo 42 (parciales o total).
- Las derramas establecidas cuando no se abonen mediante recibo.
- Los gastos bancarios ocasionados por impago de recibos.
- Los recargos o impuestos que, en su caso, procedan.

20.3 La rentabilidad aplicable para la determinación del fondo acumulado será la realmente obtenida por la Mutuality, y se calculará sobre los activos afectos medios, conforme a lo establecido en el artículo 21 del presente Reglamento, sin perjuicio de su pago a cuenta por trimestres o por otros periodos de tiempo, previo anuncio o comunicación a los mutualistas y beneficiarios, y su regularización hasta el 90 % de la rentabilidad atribuida a fecha 31 de diciembre de cada año mediante el correspondiente complemento de rentabilidad.

No obstante, se garantizará a la fecha del hecho causante el saldo, en su caso, de la cuenta de fondo acumulado a 30 de junio de 2016 más la suma de las aportaciones efectuadas desde esa fecha y hasta la fecha del hecho causante, deduciendo en su caso, los gastos de gestión y los costes o primas de las coberturas de riesgo asociados.

Artículo 21.- Complemento anual de rentabilidad sobre la rentabilidad abonada a cuenta

21.1 El complemento de rentabilidad estará constituido por el 90 % de la rentabilidad neta anual, como exceso sobre las rentabilidades abonadas a cuenta durante el año, al fondo acumulado de cada sistema. Este se aplicará al saldo de la cuenta de fondo acumulado de cada sistema en vigor a 31 de diciembre de cada año, de conformidad con el principio de distribución derivado de la capitalización individual en función del tiempo de permanencia durante el año, y por la proporción entre los rendimientos correspondientes a la rentabilidad entregada a cuenta y los rendimientos pendientes de asignar conforme al 90 % de la rentabilidad real obtenida, con fecha de devengo el día 31 de diciembre

de cada ejercicio, y con fecha de aplicación del día 1 del mes siguiente al de aprobación de las cuentas anuales por la Asamblea General de la Mutuality.

El saldo de la cuenta de fondo acumulado que se devengue como consecuencia del cobro de prestaciones en el período comprendido desde el 31 de diciembre de cada año hasta el día 1 del mes siguiente al de aprobación de las cuentas anuales por la Asamblea General de la Mutuality incluirá, para el cálculo de su cuantía, el complemento de rentabilidad al que hace referencia en el párrafo anterior, como entrega provisional a cuenta de la misma.

21.2 Si no se obtuviesen los rendimientos previstos y en consecuencia no resultara positivo el complemento de rentabilidad a aplicar, el saldo de la cuenta de cada mutualista y beneficiario a 31 de diciembre de cada año se verá ajustado por la diferencia de rentabilidad no obtenida, aplicándose sobre el complemento de rentabilidad que pudiera producirse en el ejercicio inmediato siguiente (arrastre de pérdidas). Si, aun así, no resultara suficiente para compensar la desviación producida, se reducirá el saldo en la cuenta aplicando el mismo procedimiento de imputación correspondiente a la capitalización individual, todo ello sin perjuicio de la garantía mínima reconocida en el Plan conforme a lo previsto en el artículo 20.3 anterior.

21.3 Con carácter previo a la contratación del Plan, la Mutuality de la Abogacía informará al solicitante sobre los criterios de cuantificación de los rendimientos netos, los criterios de aplicación de rentabilidades a cuenta de su regularización anual, la cuenta de cálculo del complemento de rentabilidad, las bonificaciones por contratación o prestación de servicios u operaciones y la cuantía de los gastos de administración y de gestión que deban ser imputados.

21.4 La Junta de Gobierno de la Mutuality de la Abogacía distribuirá anualmente el 10 % de la rentabilidad no asignada en el Plan Universal, una vez detraída la partida que sea actuarialmente necesaria en cada ejercicio para dotar de los fondos propios de solvencia de la Entidad, a mejorar las prestaciones, bien por incremento de las mismas o por cualquier otra medida que se estime beneficiosa para los mutualistas y beneficiarios, dentro de su objeto social y de los fines que persigue la Mutuality.

Todo ello, previos los trámites oportunos y en la forma y cuantía que sea acordada por la Asamblea General de mutualistas, a propuesta de la Junta de Gobierno.

Artículo 22.- Anticipación de la percepción de la prestación de jubilación

22.1 En el Sistema de Previsión Personal (Plan de Previsión Asegurado) podrá anticiparse la percepción de la prestación de Ahorro-Jubilación, a partir de los 60 años de edad, siempre que el mutualista acredite la simultánea concurrencia de los siguientes requisitos:

- a) Que haya cesado en toda actividad determinante del alta en la Seguridad Social, sin perjuicio de que, en su caso, continúe asimilado al alta en algún régimen de la Seguridad Social.
- b) Que en el momento de solicitar la disposición anticipada no reúna todavía los requisitos para la obtención de la prestación de jubilación en el régimen de la Seguridad Social correspondiente.

No procederá el anticipo de la prestación cuando no sea posible el acceso del mutualista a la jubilación en el sistema público de Seguridad Social.

22.2 En los Sistemas de Ahorro Sistemático (PIAS) y de Ahorro Flexible (SVA) podrá anticiparse la edad de jubilación o vencimiento a la fecha en que el mutualista lo desee, siempre que entre ésta y la fecha de alta del sistema haya transcurrido al menos un año.

22.3 En el supuesto de anticipación de la percepción de la prestación de Ahorro-Jubilación, ésta será igual a la cuantía correspondiente a la cuenta de fondo acumulado que el mutualista tuviera constituida en el momento de solicitarla.

Artículo 23.- Contingencia de Fallecimiento y anticipo de gastos de sepelio

23.1 Se entenderá producido el hecho causante de la contingencia en esta cobertura con la muerte o declaración judicial de fallecimiento del mutualista.

23.2 La prestación básica para caso de fallecimiento del mutualista será igual al valor de la cuenta de fondo acumulado en el momento del fallecimiento, más el 10 por ciento del valor acumulado en la misma cuenta al final del mes anterior, hasta la edad de 65 años, o el 1,1 por ciento a partir de dicha edad, sin que dicho porcentaje supere el límite máximo de 10.000 euros.

En el Sistema Profesional como alternativo al Régimen Público de la Seguridad Social, y salvo renuncia expresa del mutualista por carecer de

cargas familiares, la prestación para caso de fallecimiento no resultará inferior al capital mínimo de fallecimiento que a estos efectos se prevea en el Título, en atención a lo previsto en el párrafo 2º del artículo 4.2.

23.3 El capital básico por fallecimiento establecido en el párrafo anterior podrá ser incrementado por el mutualista con un capital adicional, al tiempo de causar alta en el Sistema correspondiente o en un momento posterior, conforme a las cuantías y tramos vigentes en cada momento. En el Sistema de Previsión Social Profesional como alternativo al Sistema Público, y a efectos del cumplimiento de los mínimos que establece la Disposición Adicional 19ª del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, será obligatoria la suscripción de un Capital mínimo de fallecimiento en la cuantía que se establezca en cada momento por la Junta de Gobierno, salvo que el mutualista declare no tener cargas familiares y renuncie expresamente.

23.4 La suscripción de un capital adicional de fallecimiento, cobertura que salvo pacto en contrario previsto en las Condiciones Particulares se extinguirá al alcanzar los 65 años de edad, estará sujeta a su aceptación por la Mutuality y, caso de solicitarse después de causarse el alta, quedará sujeta a lo establecido en el artículo 8 del presente Reglamento. No obstante, los aumentos que resulten de la aplicación de la cláusula de revalorización automática prevista en el artículo 4.6 del presente Reglamento, no requerirán nueva declaración del estado de salud.

23.5 En los Sistemas de Previsión Social Profesional y de Previsión Personal (PPA), la prestación básica de la cobertura de Fallecimiento se extinguirá una vez producido el hecho causante de la cobertura de Ahorro-Jubilación de conformidad con los artículos 19.1, 19.2 y 22 de este Reglamento. En los de Ahorro Sistemático (PIAS) y de Ahorro Flexible (SVA), la prestación básica de la cobertura se mantendrá indefinidamente hasta el agotamiento del fondo acumulado.

23.6 El mutualista en cualquier momento podrá solicitar que, en concepto de anticipo de gastos de sepelio, con cargo a la prestación a pagar en el caso de su fallecimiento se satisfagan los gastos de su sepelio hasta el máximo anualmente fijado por la Junta de Gobierno, quedando la cuantía de

la prestación por el fallecimiento, a liquidar a los beneficiarios y/o herederos legales, reducida en la cuantía sufragada.

A los presentes efectos, el sepelio comprenderá la inhumación en sepultura o la incineración, los ritos y ceremonias religiosos o civiles que tengan lugar, así como los traslados y demás servicios complementarios que la Junta de Gobierno establezca. Asimismo, a estos efectos la prestación por fallecimiento comprenderá tanto los capitales asegurados establecidos para esta cobertura como el fondo acumulado remanente tras el fallecimiento del mutualista beneficiario.

El reconocimiento del derecho de anticipo de gastos de sepelio será efectivo en tanto la prestación total por fallecimiento a pagar en el sistema elegido entre los propuestos por la Mutuality sea superior a la cuantía máxima anualmente fijada por la Junta de Gobierno para atender este concepto, comunicándose al mutualista en tal caso la pérdida del derecho de anticipo para gastos de sepelio.

El mutualista que haya solicitado el anticipo suscribirá obligatoriamente la garantía de Subsidio de defunción por traslado de restos mortales, garantía que mantendrá su vigencia en tanto el reconocimiento del derecho de anticipo sea efectivo, por medio de la cual al fallecimiento del mutualista la Mutuality se hará cargo de los trámites y gastos necesarios para el traslado de sus restos mortales al lugar de inhumación elegido dentro del territorio geográfico español.

23.7 En ningún caso estarán cubiertos los fallecimientos producidos por acontecimientos extraordinarios ya cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, ni los riesgos expresamente excluidos por aquél, conforme a la cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas establecida en el Real Decreto 1265/2006, de 8 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.

Artículo 24.- Forma de pago de las prestaciones de jubilación y fallecimiento

24.1 Las prestaciones de Ahorro-Jubilación y de Fallecimiento, podrán percibirse, una vez alcanzada la fecha del hecho causante, en las fechas y modalidades fijadas libremente, y modificadas, en su caso, a elección del beneficiario de las mismas, bajo alguna de las siguientes formas y con los requisitos y limitaciones que se indican:

- a) **En forma de capital de pago único:** consistirá en la percepción, en una sola vez, de la totalidad del valor del fondo acumulado o, en su caso, del capital asegurado para caso de fallecimiento. El pago de la prestación, a elección del beneficiario, podrá ser inmediato a la fecha del hecho causante de la contingencia cubierta, o diferido a un momento posterior, en cuyo caso se verá ajustado con la rentabilidad neta (positiva o negativa) imputable durante el tiempo del diferimiento. No obstante, el beneficiario que hubiere diferido la percepción del capital podrá anticipar su percepción a cualquier momento anterior al previsto para su cobro. La percepción del capital íntegro implica la extinción de la prestación.
- b) **En forma de renta:** consistirá en la percepción de dos o más pagos sucesivos con periodicidad regular, debiendo producirse al menos uno de ellos en cada anualidad. La percepción de la renta podrá efectuarse en una de las siguientes formas:
 - 1) **Renta financiera:** consistirá en la percepción de la prestación en forma de pagos periódicos, de cuantía determinada en función de la modalidad escogida, hasta el agotamiento, en su caso, del fondo acumulado del beneficiario, quien deberá determinar: cantidad anual a percibir, número de pagos anuales y fecha de inicio del cobro de la renta, que podrá ser inmediata a la fecha del hecho causante o diferida a un momento posterior. Una vez iniciado el cobro de la renta, el beneficiario podrá modificar su cuantía o número de pagos, anticipar la percepción del saldo remanente en cualquier momento o constituir otra modalidad de renta. En caso de fallecimiento del beneficiario quedará en suspenso el pago de la renta abonándose a los herederos legales el fondo acumulado remanente en forma de capital único.
 - 2) **Renta vitalicia,** que se hará efectiva mensualmente mientras viva el beneficiario. En este caso, la renta podrá adoptar, a elección del beneficiario, alguna de las siguientes modalidades:
 - Renta vitalicia exclusivamente a cobrar en caso de vida.
 - Renta vitalicia con periodo de cobro cierto, que se hará efectiva al menos durante el periodo acordado y, después, hasta el fallecimiento del beneficiario.
 - Renta vitalicia con reversión irrevocable a favor de otra persona en caso de fallecimiento.
 - Renta vitalicia con devolución parcial del capital aportado (contraseguro parcial).

- Renta vitalicia con devolución total del capital aportado (contraseguro total).

La cuantía de la renta vitalicia se determinará, en función del importe del fondo acumulado asignado y de la modalidad elegida, de acuerdo con las condiciones técnicas que en el momento de la constitución de la renta tenga establecida la Mutualidad para los seguros de Rentas Vitalicias. La Mutualidad informará de las condiciones técnicas vigentes antes de su suscripción al beneficiario que solicite la percepción en forma de renta vitalicia.

La elección de renta vitalicia sin contraseguro, y la designación de los beneficiarios de la reversión en las rentas que se constituyan con este derecho, será irrevocable. La elección de renta vitalicia con periodo de cobro cierto o reversión corresponderá únicamente a los beneficiarios de Ahorro-Jubilación o por Fallecimiento del mutualista.

Lo no previsto en este artículo, se regulará por el Reglamento del Producto del Seguro de Renta Vitalicia Remunerada aprobado por la Junta de Gobierno de la Mutualidad. No obstante, y a todos los efectos, las inversiones para la cobertura de estas rentas que proceden del Plan Universal, se constituirán en una cartera diferenciada de las carteras de inversiones de otros seguros de Rentas Vitalicias.

- c) **En forma mixta:** consistirá en la libre combinación de las anteriores.
- d) **Prestaciones distintas** de las anteriores, en forma de pagos sin periodicidad regular, conservándose el resto del valor de fondo acumulado en la cuenta.

24.2 No obstante, una vez alcanzada la fecha del hecho causante de Ahorro-Jubilación, el mutualista podrá si lo desea posponer el cobro de la prestación, manteniendo íntegro el fondo acumulado conforme a su regulación prevista en los artículos 20 y 21. Los planes vencidos, en los que esté pendiente de cobro la prestación de Ahorro-Jubilación, no podrán mantener en vigor las coberturas de Fallecimiento, Incapacidad Permanente ni Incapacidad Temporal, manteniéndose únicamente la vigencia de la cobertura básica de fallecimiento, en los términos que establece el primer párrafo del artículo 23.2 de este Reglamento.

24.3 El beneficiario de la prestación de Ahorro-Jubilación podrá asimismo solicitar que una parte del fondo acumulado sea destinado al pago de las

cuotas de la cobertura de Dependencia que tenga suscrita, o suscriba en este momento, previa solicitud a la Mutualidad y conforme a los requerimientos previstos en el artículo 8 y demás requisitos de contratación establecidos, con cargo de la cuota única correspondiente en el mismo.

24.4 En los Planes constituidos a favor de discapacitados, las prestaciones derivadas de aportaciones efectuadas por el propio discapacitado podrán percibirse en cualquiera de las formas indicadas en el apartado anterior, pero las derivadas de las aportaciones realizadas por el cónyuge, así como por personas que tengan con el discapacitado una relación de parentesco en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive o aquellos que les tuviesen a su cargo en régimen de tutela o acogimiento, deberán tener forma de renta, salvo que el saldo de la cuenta de fondo acumulado en la fecha del hecho causante, sea inferior a un importe de dos veces el salario mínimo interprofesional anual, o cuando el beneficiario discapacitado se vea afectado de gran invalidez, requiriendo la asistencia de terceras personas para las actividades más esenciales de la vida, en cuyos casos, podrán percibirse en forma de capital o mixta de conformidad con el artículo 15 del Real Decreto 304/2004 de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones.

24.5 En el Sistema de Ahorro Sistemático (PIAS), las únicas formas de percepción de la prestación serán las señaladas en el apartado 2) de la letra b) del apartado 24.1 anterior.

Artículo 25.- Incapacidad Permanente

25.1 Se entenderá producido el hecho causante de la cobertura de esta contingencia, cuando el mutualista presente dolencias físicas o psíquicas o reducciones anatómicas graves, sobreenvidas, susceptibles de determinación objetiva y previsiblemente definitivas, que le inhabiliten por completo para toda profesión u oficio por cuenta propia o ajena, y le sea reconocida la incapacidad permanente, conforme a lo establecido en el artículo 31 del presente Reglamento.

25.2 En el caso de que la prestación sea reconocida por la Mutualidad tendrá efectos económicos desde el día primero del mes siguiente al de presentación de la solicitud completa en la Mutualidad. A estos efectos se entenderá por solicitud completa cuando se aporten los documentos justificativos que sean precisos para acreditar el derecho del so-

licitante de acuerdo con el artículo 29 apartados 1 y 3 de este Reglamento, y siempre que haya sido acreditado el cese en el ejercicio profesional o en la actividad laboral que viniese desempeñando antes de la fecha de presentación de la solicitud de la prestación.

25.3 La prestación de incapacidad permanente consistirá en una o ambas de las siguientes formas de prestación, en los términos y conforme a lo que a tal efecto se indique en el documento de Condiciones Particulares:

- Una renta vitalicia no transformable en capital ni reversible a terceras personas por el importe que se corresponda con la prima pagada para esta cobertura. El mutualista podrá elegir entre distintos niveles de renta mensual y la posibilidad de que la renta sea constante o creciente, según la modalidad de contratación inicial, en los términos que figuren en la solicitud de contratación y en el documento de Condiciones Particulares a que se refiere el artículo 6.5 del presente Reglamento. La contratación de la prestación en forma de renta será obligatoria en el Sistema de Previsión Social Profesional conforme lo establecido en el artículo 4.2, y opcional en los otros sistemas y opcional en los otros sistemas.
- Un capital, a elegir entre distintos niveles, cuyo importe se corresponderá con la prima pagada para esta cobertura. La contratación de la prestación en forma de capital será opcional en todos los sistemas, y su percepción podrá realizarse, a elección del Beneficiario, en forma de Renta financiera, mixta o de pagos sin periodicidad regular, conforme lo establecido en las letras b), c) y d) del artículo 24.1.

La prestación de incapacidad permanente inicialmente establecida podrá ser ampliada por el mutualista mediante la contratación de una renta, o un capital, o una renta y un capital de mayor importe a los inicialmente contratados, previa aceptación por la Mutualidad y con sujeción a lo establecido en el artículo 8. No obstante, los aumentos que resulten de la aplicación de la cláusula de revalorización automática prevista en el artículo 4.6 del presente Reglamento, no requerirán nueva declaración del estado de salud.

25.4 La percepción de la prestación por Incapacidad Permanente, será incompatible, con la de Ahorro-Jubilación. En consecuencia, reconocida

la situación de incapacidad por la Mutualidad, se extinguirá la cobertura de Ahorro-Jubilación y el saldo en la cuenta de fondo acumulado se aplicará a cubrir la prestación de fallecimiento. No obstante, una vez alcanzada la edad de 65 años, o antes de esa edad si se justifica debidamente la necesidad de cobro anticipado total o parcial por razones de subsistencia económica o de salud y previa aprobación de la comisión ejecutiva de la Mutualidad, el mutualista beneficiario podrá optar por percibir el saldo en la cuenta de fondo acumulado como capital o renta adicional de incapacidad en las formas previstas en el artículo 24.1.b, extinguiéndose en este caso la cobertura de fallecimiento.

25.5 La cobertura de Incapacidad Permanente, tanto en la modalidad de renta como en la de capital, se extinguirá una vez producido el hecho causante de la cobertura de Ahorro-Jubilación, o la fecha de vencimiento prevista para esta cobertura en el Sistema de Ahorro Flexible, y como máximo a los 67 años o edad distinta prevista en las Condiciones Particulares.

25.6 Exclusiones a esta cobertura: en los sistemas de Previsión Social Profesional, Previsión Personal (PPA) y de Ahorro Flexible (SVA) queda excluida la incapacidad causada por:

- a) Accidente aéreo, cuando el asegurado forme parte de la tripulación, y descensos en paracaídas que no sean consecuencia de una situación de emergencia.
- b) Catástrofe nuclear, como consecuencia de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva y en caso de guerra civil o internacional, declarada o no.
- c) Daños o lesiones causadas voluntariamente o intencionadamente por el asegurado, o producto de embriaguez o uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- d) Actos delictivos, negligencia grave o imprudencia temeraria del asegurado si el Juez competente así lo declara, así como las que deriven de apuestas, concursos o de las pruebas preparatorias de los mismos.
- e) La conducción de vehículos a motor, terrestres marítimos o aéreos, si el asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente.
- f) Accidente o enfermedad declarados en el cuestionario indicado en el artículo 8.1, salvo que expresamente se admita su inclusión en las Condiciones Particulares.

g) La práctica del asegurado de deportes peligrosos, tales como: alpinismo, espeleología, automovilismo, boxeo, aviación privada o deportiva, submarinismo, motociclismo, vuelo ultraligero, ala delta, parapente, salto base, puenting, y elevaciones aerostáticas.

25.7 En ningún caso estarán cubiertos en esta cobertura las incapacidades causadas por acontecimientos extraordinarios ya cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros, ni los riesgos expresamente excluidos por aquél, conforme a la cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas establecida en el Real Decreto 1265/2006, de 8 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento del Seguro de Riesgos Extraordinarios.

Artículo 26.- Incapacidad Temporal Profesional

26.1 Se entenderá producido el hecho causante de la cobertura, cuando el mutualista, como consecuencia de enfermedad o accidente, se encuentre en una situación de incapacidad temporal que le impida totalmente el ejercicio de su profesión. Tal situación exigirá que el mutualista requiera y reciba la asistencia médica adecuada, y llevará consigo la total interrupción de sus actividades profesionales durante el tiempo que la misma se prolongue. Se podrán incluir además en esta cobertura la maternidad y las demás garantías que se indican en el apartado 26.3, haciéndose constar en las Condiciones Particulares las que estuvieren incluidas y no incluidas en cada caso, en función de las contratadas.

La contratación de la cobertura de Incapacidad implica la inclusión de como mínimo la garantía de indemnización por enfermedad y accidente prevista en la letra a) del apartado 26.3 siguiente, pudiendo contratarse adicionalmente las demás garantías. No obstante, los mutualistas que de conformidad con el artículo 4.2 tengan necesariamente incluida esta cobertura en el Sistema Profesional, deberán contratar como mínimo las garantías que se indican en las letras a), c.1), c.2), c.3), c.4) d) e) y g) siguientes, con las indemnizaciones mínimas y franquicias que se establecen en la solicitud de contratación.

26.2 Salvo pacto en contrario contenido en las Condiciones Particulares, la cobertura de Incapacidad Temporal Profesional puede ser contratada únicamente por mutualistas que ejerzan la actividad de su profesión por cuenta propia y se extinguirá al

cumplir el mutualista los 67 años de edad o, en su caso, la edad distinta prevista en las Condiciones Particulares, o con la jubilación del mutualista si es anterior, o con el reconocimiento de su incapacidad permanente, o con el cese del ejercicio de la actividad por cuenta propia.

26.3 Se podrán incluir dentro de esta cobertura las siguientes garantías:

a) Indemnización por enfermedad o accidente:

Consiste en el pago de una indemnización por el importe que figure en las Condiciones Particulares por cada día natural que el mutualista asegurado se encuentre en situación de incapacidad temporal profesional reconocida, conforme a lo previsto en este Reglamento. En el caso de incapacidad temporal causada por enfermedad, la cobertura tomará efecto una vez transcurrido un periodo de carencia de 60 días desde la contratación de la misma. El periodo máximo de indemnización por este concepto será de 365 días, salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares, descontándose el periodo de franquicia de 7 días, a contar desde la fecha de efecto de la baja médica, o el que se prevea en las mismas, si este fuera diferente.

Se podrá abonar la indemnización por un importe a tanto alzado mediante acuerdo con el asegurado por los días de baja que se estimen por los servicios médicos de la Mutualidad, lo que conllevará el cierre convencional del siniestro y su no reapertura por nuevos periodos de incapacidad temporal por la misma causa o causas médicas directamente relacionadas, cuando el plazo transcurrido sea inferior a seis meses desde la fecha de alta oficial en la Mutualidad por el siniestro indemnizado.

No obstante, cuando se trate de las patologías psicológicas o psiquiátricas reguladas en la siguiente letra e), el periodo máximo de indemnización será de 60 días, salvo que figure otro distinto en las Condiciones particulares, una vez transcurrido el citado periodo de franquicia.

b) Garantías derivadas de hospitalización y tratamientos:

b.1) Hospitalización por enfermedad y accidente:

Consiste en el pago de una indemnización adicional equivalente al 50 % de la señalada en el anterior apartado a) o porcentaje distinto que figure en las Condiciones Particulares, por cada día que el mutualista permanezca hospitalizado como consecuencia de enfermedad o accidente. A estos

efectos se considera día de hospitalización los internamientos iguales o superiores a 24 horas. Las hospitalizaciones sucesivas por una misma causa tendrán la consideración de un solo periodo de hospitalización.

En el caso de hospitalización por enfermedad, la cobertura tomará efecto una vez transcurrido un periodo de carencia de 60 días desde la contratación de la misma.

El periodo máximo de indemnización por este concepto será de 365 días, salvo pacto en contrario previsto en las Condiciones Particulares, descontándose los 7 días del periodo de franquicia, a contar desde la fecha de hospitalización, o el que se prevea en las mismas, si este fuera diferente. No obstante, cuando se trate de hospitalización por patologías del embarazo regulada en el punto c.4) siguiente, el máximo de indemnización será de 7 días una vez transcurrido el citado periodo de franquicia.

b.2) Indemnización por intervención quirúrgica del mutualista y tratamientos:

Consiste en el pago de una indemnización adicional por intervención quirúrgica y tratamientos consecuencia de enfermedad o accidente, equivalente al 100 % de la señalada en el anterior apartado a), por cada punto asignado de acuerdo con la puntuación total que corresponda a la intervención quirúrgica o tratamiento practicado al mutualista conforme al baremo de intervenciones que figura que figura en este Reglamento. De no figurar alguna intervención en el baremo, la indemnización se establecerá por analogía o semejanza con alguna de las clasificadas en el mismo.

La contratación de esta garantía adicional es voluntaria para el mutualista aunque requerirá de la contratación previa o simultánea de la anterior garantía b.1) de hospitalización por enfermedad y accidente y no haber cumplido la edad de 50 años en el momento de solicitud de la contratación.

Cuando en una misma sesión operatoria se realicen diversas intervenciones, la indemnización se determinará valorando en su totalidad la intervención que tenga la puntuación más alta en el baremo y al 50 % el resto de intervenciones. En el caso de tratarse de una intervención por recidiva, la indemnización será del 50 % de la baremada. En actos quirúrgicos repetitivos por la misma causa e independientemente de su localización, no se tendrá derecho a indemnización si no ha transcurrido un periodo mínimo de 6 meses entre ambos actos.

La garantía tomará efecto una vez transcurrido un periodo de carencia de 180 días desde la contrata-

ción de la misma, excepto si la intervención quirúrgica es consecuencia de un accidente posterior a la contratación, en cuyo caso no se requiere periodo de carencia. En el supuesto de intervención quirúrgica derivada de parto o embarazo se establece un periodo de carencia de 240 días desde la contratación de la garantía hasta el embarazo.

Lo previsto en este punto resultará de aplicación tanto a las intervenciones quirúrgicas como a las distintas actuaciones médicas y tratamientos previstos en el baremo de intervenciones.

c) Garantías derivadas de la maternidad de la mutualista y adopción:

c.1) Prestación por maternidad, adopción o aborto espontáneo:

La prestación por maternidad o adopción de hijos menores de 6 años cubre la pérdida de ingresos que sufre el mutualista como consecuencia del disfrute de un periodo de descanso por maternidad o adopción de hijos menores de 6 años. La prestación por maternidad o adopción se corresponde con una suma equivalente a 120 días de la indemnización diaria por enfermedad y accidente y por el importe de indemnización diaria que venga establecido en las condiciones particulares, limitándose este importe total como máximo a una suma total de 3.600 euros para cualquier importe de indemnización diaria contratado. Esta prestación se abonará en 4 pagos periódicos del mismo importe, uno cada 30 días a partir de la fecha del parto o adopción.

La indemnización por aborto espontáneo consiste en un pago único equivalente a 20 días de la indemnización diaria por enfermedad y accidente señalado en las condiciones particulares, limitándose este importe como máximo a un total de 600 euros para cualquier importe de indemnización diaria contratado.

A estos efectos, darán derecho a prestación los partos o abortos espontáneos derivados de embarazos múltiples o únicos de la mutualista que sufre la contingencia, quedando incluidos los días necesarios para la recuperación de los actos quirúrgicos derivados de los mismos, salvo que, por circunstancias especiales debidamente acreditadas superen los días señalados. Asimismo, también dará derechos a la prestación las adopciones de hijos menores de 6 años, efectuadas por el mutualista.

Lo señalado en el párrafo anterior dará lugar a la prestación detallada en el mismo siempre que tengan lugar una vez transcurrido el periodo de carencia siguiente:

- En el Sistema de Previsión Profesional, cuando coincida el alta de la cobertura en el Sistema, como alternativo al Régimen Público de la Seguridad Social, con la fecha de incorporación en la Mutuality, no se considerarán periodos de carencia.
- Para las demás situaciones y sistemas, incluyendo las ampliaciones de garantías, el periodo de carencia será de 240 días desde la contratación de la garantía o ampliación, hasta el inicio del embarazo o la solicitud de adopción. Se entiende como tal solicitud de adopción, la solicitud de declaración de idoneidad para el ejercicio de la patria potestad realizada a la Entidad Pública por el adoptante.

En el caso de adopción, de ser mutualistas ambos padres, esta prestación solo corresponderá a uno de ellos.

c.2) Indemnización por lactancia:

En caso de lactancia por parto indemnizado, conforme a lo previsto en la anterior garantía c.1), se satisfará una indemnización adicional equivalente al 50 % de la indemnización diaria satisfecha prevista para la garantía recogida en la anterior letra a) por un periodo de 5 días. La inclusión de esta garantía requerirá la contratación previa o simultánea de la garantía c.1).

c.3) Indemnización por peligro vital de la madre o del feto:

Consiste en el pago de la indemnización diaria prevista en la anterior letra a), por cada día que la vida de la madre mutualista asegurada o el feto se encuentren en situación de peligro, siendo necesario por parte de ésta el mantenimiento de una situación de reposo absoluto en institución cerrada o domiciliario, que impida la realización de cualquier actividad profesional. En este caso, esta cobertura tomará efecto transcurrido el periodo de carencia previsto en la anterior letra c.1) estableciéndose un periodo máximo de indemnización de 365 días, o el que así se prevea en las Condiciones Particulares y descontando los 7 días del periodo de franquicia, a contar desde la fecha de efecto de la baja médica, o el que se prevea en las mismas, si este fuera diferente. La inclusión de esta garantía requerirá la contratación previa o simultánea de la garantía c.1).

c.4) Indemnización por hospitalización por patologías del embarazo:

Consiste en el pago de una indemnización adicional equivalente al 50% de la prevista en el anterior apartado a), o porcentaje distinto que figure en

las Condiciones Particulares, por cada día que la mutualista permanezca hospitalizada como consecuencia de patologías derivadas del embarazo, limitándose el pago de la indemnización en este caso a un periodo máximo de 7 días por todo el proceso de gestación, parto (ya sea sencillo, múltiple, normal o distócico) y posparto, así como cualquier posible complicación o consecuencia de dichos procesos, una vez transcurrido el periodo de franquicia de 7 días, a contar desde la fecha de hospitalización, o el que se prevea en las Condiciones Particulares, si este fuera diferente. Esta cobertura tomará efecto una vez transcurrido el periodo de carencia previsto en la anterior letra c.1). Quedan asimilados al parto los casos de cesárea y legrado. La inclusión de esta garantía requerirá la contratación previa o simultánea de la garantía c.1).

d) Indemnización por paternidad del mutualista:

La indemnización por paternidad del mutualista se corresponde con una suma equivalente a 120 días de la indemnización diaria por enfermedad y accidente y por el importe de indemnización diaria que venga establecido en las condiciones particulares, limitándose este importe total como máximo a una suma total de 3.600 euros para cualquier importe de indemnización diaria contratado. Esta prestación se abonará en 4 pagos periódicos del mismo importe, uno cada 30 días a partir de la fecha del parto. A estos efectos, darán derecho a prestación los nacimientos de hijos o hijas producidos en parto múltiple o único que den lugar a la paternidad del mutualista, y que tengan lugar una vez transcurrido el periodo de carencia siguiente:

- En el Sistema de Previsión Profesional, cuando coincida el alta de la cobertura en el Sistema, como alternativo al Régimen Público de la Seguridad Social, con la fecha de incorporación en la Mutuality, no se considerarán periodos de carencia.
- Para las demás situaciones y sistemas, incluyendo las ampliaciones de garantías, el periodo de carencia será de 240 días desde la contratación de la garantía o ampliación, hasta el inicio del embarazo.

e) Indemnización por patología psicológica o psiquiátrica:

Consiste en el pago de la indemnización prevista en la anterior letra a), por cada día que al mutualista asegurado le sea reconocida una patología psicológica o psiquiátrica. La prestación total a satisfacer por este concepto no superará en ningún caso un

importe máximo equivalente a 60 días de indemnización diaria o el que así se prevea en las Condiciones Particulares, una vez descontado los 7 días del periodo de franquicia a contar desde la fecha de efecto de la baja médica, o el que se prevea en las mismas, si este fuera diferente. En estos casos, la garantía tomará efecto una vez transcurrido un periodo de carencia de 60 días desde la contratación de la misma. El reconocimiento de prestación por esta garantía será único a lo largo de toda la vida del Plan Universal.

f) Incapacidad temporal parcial:

Consiste en el pago de una indemnización adicional, en concepto de incapacidad temporal parcial, imputable a una enfermedad o accidente que haya ocasionado un siniestro indemnizable conforme a la garantía prevista en el anterior apartado a).

Esta indemnización adicional viene determinada por el 50 % del importe correspondiente a la garantía de indemnización por enfermedad y accidente, y por un periodo equivalente al 10 % de los días de duración del siniestro de incapacidad temporal producido y previsto en el anterior apartado a), con un mínimo de 1 día y un máximo de 15.

La contratación de esta garantía adicional es voluntaria para el mutualista aunque requerirá la contratación previa o simultánea de la garantía a) de Indemnización por enfermedad o accidente.

g) Prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave:

La prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave cubre la pérdida de ingresos que sufre el mutualista al reducir su jornada laboral en el desempeño de su ejercicio profesional como consecuencia de la necesidad de cuidar de manera directa, continua y permanente del hijo o menor a su cargo durante el tiempo de hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad. A los presentes efectos, serán beneficiarios de la prestación los progenitores, adoptantes y acogedores de carácter familiar preadoptivo o permanente y los tutores que sean familiares cuando no puedan adoptar al menor. Esta garantía solo será objeto de contratación en el Sistema Profesional.

El reconocimiento de la prestación se efectuará cuando conjuntamente concurren y se acrediten documentalmente las siguientes circunstancias:

- Diagnóstico de una enfermedad grave de las referidas en el siguiente párrafo, en la persona del hijo o menor a cargo del mutualista, que conlleve un

ingreso hospitalario de larga duración que requiera de un cuidado directo, continuo y permanente durante la hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad.

A estos efectos se considerará asimismo ingreso hospitalario de larga duración la continuación del tratamiento médico en el domicilio tras el diagnóstico y hospitalización por la enfermedad grave. La necesidad de cuidado directo, continuado y permanente del menor será acreditada mediante una declaración del facultativo responsable de la asistencia sanitaria del menor perteneciente al Servicio Público de Salud u órgano administrativo sanitario de la Comunidad Autónoma correspondiente, o a una entidad sanitaria privada. Las enfermedades que dan lugar a prestación son las consideradas graves a efectos de reconocimiento de prestación de acuerdo con el listado de enfermedades graves contenido en el anexo I del Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

- Reducción de la jornada laboral del mutualista de al menos un 50%, en relación con una jornada semanal de 40 horas, lo que a los presentes efectos expresamente será declarado por el mutualista solicitante en la solicitud de prestación.
- Dentro de cada unidad familiar, las personas progenitoras, adoptantes o acogedoras deben acreditar que se encuentran afiliadas y en situación de alta en algún régimen público de Seguridad Social o incorporadas obligatoriamente a la mutualidad de previsión social establecida por el correspondiente colegio profesional, y acreditar los periodos mínimos de cotización exigidos en el artículo 5 del Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, anteriormente indicado.

La prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave consiste en el pago de una indemnización del 60% del importe que corresponde a la cobertura de incapacidad temporal que figure en las Condiciones Particulares, no superior a 18 euros diarios, por cada día natural que se produzca la concurrencia de circunstancias anteriormente descritas. El periodo máximo de indemnización por este concepto será de 365 días, salvo pacto en contrario previsto en las Condiciones Particulares, descontándose el periodo de franquicia de 7 días, a contar desde la fecha de reconocimiento de la prestación. Cuando la necesidad de cuidado di-

recto, continuo y permanente del menor, según se acredite en la declaración médica emitida al efecto, sea inferior a 3 meses, la prestación se reconocerá por el periodo concreto que conste en el informe. En caso contrario, el pago se realizará cada 3 meses previa presentación por el beneficiario de la documentación exigida, si bien el beneficiario podrá solicitar liquidaciones parciales anticipadas a cuenta de la prestación conforme lo dispuesto en el artículo 32.2.

No obstante lo anterior, la prestación se extinguirá en los siguientes casos:

- Al cesar la necesidad de cuidados directos, continuos y permanentes del menor.
- Al cumplir el menor los 18 años de edad o fallecer.
- Al incorporarse plenamente el mutualista al ejercicio de su actividad profesional o en un porcentaje superior al 50%.
- Al fallecer el mutualista o reconocérsele la Incapacidad permanente.
- Al comunicar el mutualista su voluntad de cesar en el cobro de la prestación.
- Al cesar en su actividad laboral, cesar en su afiliación o causar baja o bien percibir una prestación por este concepto el otro progenitor, adoptante o acogedor del menor.

El pago de la prestación entrará en suspenso, durante los periodos que corresponde al pago de estas contingencias, en los casos de Incapacidad temporal, Maternidad, Adopción, Paternidad o Peligro vital de la madre o el feto. Igualmente entrará en suspenso en el caso de alternancia del reconocimiento de la prestación entre los progenitores, adoptantes o acogedores del menor y durante el tiempo que esta se produzca.

Habiéndose extinguido la prestación y en caso de recaída del menor, no será necesario que se produzca un nuevo ingreso hospitalario aunque sí la concurrencia de las circunstancias indicadas anteriormente. En este caso la prestación será reanudada hasta completar el periodo máximo de indemnización establecido acumulando todos los ciclos de prestación. Cuando, en su caso, ambos progenitores, adoptantes o acogedores tuvieren derecho a prestación, bien en el Sistema Público o bien en un sistema alternativo de previsión, la prestación sólo podrá reconocerse a uno de ellos.

El acceso a la prestación tendrá lugar una vez transcurrido el siguiente período de carencia:

- Cuando coincida el alta de la cobertura en el Sistema, como alternativo al Régimen Público de la Seguridad Social, con la fecha de incorporación

en la Mutualidad, no se considerarán periodos de carencia.

- Para las demás situaciones 100 días desde la contratación de la garantía, hasta la presentación de la solicitud.

Con relación al reconocimiento de prestación de esta garantía, en cuanto a lo no expresamente establecido, resultará de aplicación lo regulado con carácter general para la incapacidad temporal en el artículo 32.

26.4 Delimitación de la cobertura:

- a) Cuando en un momento posterior a la contratación de la cobertura de Incapacidad Temporal Profesional se suscriba un aumento del importe de la indemnización diaria inicialmente contratada, una nueva garantía o una reducción de la franquicia, los plazos de carencia del artículo 26.3 empezarán a computarse, por lo que respecta a la ampliación acordada, desde la fecha de efecto de la misma. No obstante, a los aumentos que resulten de la aplicación de la cláusula de revalorización automática prevista en el artículo 4.6 del presente Reglamento, no les serán aplicables dichos plazos de carencia.

- b) El derecho al cobro de prestación cesará:

- Por finalización del proceso de incapacidad, cualquiera que sea la causa que produzca la finalización, por alta médica presentada por el mutualista o acordada por la Mutualidad.
- En el momento en que el mutualista esté en condiciones de reanudar, o de hecho reanude, su actividad profesional aun de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación, en cuyo caso resultará de aplicación lo dispuesto en el artículo 26.3 f) con relación a la incapacidad temporal parcial.
- Por agotamiento del periodo de indemnización máximo previsto.
- Cuando el estado del mutualista pase a ser de incapacidad permanente para el ejercicio de su profesión o perciba una pensión por dicha causa, o su estado de salud sea irreversible.
- Cuando el mutualista pase a la situación de jubilación o situación asimilada a la misma, o desempleo, o bien deje de ejercer la actividad profesional por cuenta propia.
- Cuando, durante el periodo de baja, el mutualista se ausente del domicilio declarado en la póliza por un tiempo superior a 72 horas, sin haberlo comunicado previamente a la Mutualidad y sin que ésta haya dado su consentimiento.



- Cuando el mutualista incumpla sus obligaciones o se aprecie la transgresión de los preceptos que dieron lugar a la concesión del derecho.
- c) En el supuesto de que el mutualista sufriera nuevos períodos de incapacidad temporal por la misma causa o por causas médicas directamente relacionadas con la anterior, los nuevos períodos de incapacidad temporal profesional se considerarán a todos los efectos continuación del inicial. La suma de todos los períodos no podrá superar los límites máximos a efectos de indemnización.
- d) La Mutualidad no aplicará en ningún caso la cláusula recogida en el artículo 26.4 c) anterior si entre la fecha de alta médica de un período y la fecha de baja médica del consecutivo han transcurrido más de seis meses, durante los cuales el mutualista haya realizado o haya podido realizar su trabajo.
- e) Si el mutualista padeciera varias dolencias al mismo tiempo, estuviera percibiendo la prestación de maternidad o paternidad o le sobreviniera una nueva a la inicialmente declarada, las indemnizaciones no podrán acumularse. Empezará a contar un nuevo plazo desde la fecha en que haya tenido lugar el comienzo de la última dolencia y no tendrá derecho a la indemnización por esta hasta el momento en que se encuentre de alta por la primera o haya finalizado el plazo de indemnización por la prestación de maternidad o paternidad.
- f) En los procesos crónicos operables, la prestación solo se devengará a partir del día en que el mutualista ingrese como paciente en un centro sanitario, clínica u hospital para la realización de dicho acto quirúrgico.

26.5 Riesgos no cubiertos

Adicionalmente a las exclusiones contenidas en el anterior Artículo 25.6, quedan fuera del objeto de cobertura de estas garantías, y por tanto no dan derecho a indemnización alguna:

- a) **Los procesos patológicos y enfermedades neurológicas sin comprobación y/o no objetivables por pruebas de diagnóstico. Igualmente se excluyen las personas con seropositividad para el virus VIH, sus consecuencias y complicaciones en sus fases de riesgo agravado.**
- b) **Los actos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias, a los cuales se someta voluntariamente el mutualista asegurado, que no sean como consecuencia de accidente o enfermedad, ni hayan sido médicamente prescritos para prevención de una enfermedad grave, la interrupción no espontánea del embarazo, así como los accidentes o enfermedades causadas dolosamente por el mutualista asegurado que entrañen grave**

riesgo para su salud, y la interrupción u omisión del tratamiento médico y otros daños causados voluntariamente por el propio mutualista asegurado.

- c) **Las psicosis, neurosis, psicopatías, trastornos de la personalidad, depresiones o stress y todas aquellas manifestaciones orgánicas de una enfermedad de la mente conocidas como enfermedades psicósomáticas así como el proceso derivado del diagnóstico y tratamiento de la fibromialgia. En el caso de la fibromialgia y de patologías psicológicas o psiquiátricas se aplicará la excepción establecida para la garantía contenida en el artículo 26.3 e) de este Reglamento.**
- d) **Accidentes y enfermedades derivados de prácticas manifiestamente peligrosas tales como la participación en expediciones científicas, artes marciales, bobsleigh, toreos, encierros de reses bravas, etc.**
- e) **Las consecuencias de alteración de orden público, hechos declarados oficialmente como fenómenos de carácter extraordinario, catastrófico o epidemia.**

26.6 Facultad de no renovación de la cobertura de Incapacidad Temporal Profesional:

La Mutualidad podrá oponerse a la renovación de la cobertura mediante notificación escrita al mutualista con un plazo de dos meses de antelación al 31 de diciembre de cada año.

Artículo 27.- Dependencia Severa y Gran Dependencia

27.1 Se entenderá como Dependencia el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Se entenderá producido el hecho causante de la cobertura de Dependencia, cuando al mutualista le sea reconocida ésta en los grados de Dependencia Severa o Gran Dependencia, conforme a lo establecido en el artículo 33 del presente Reglamento.

Los grados de dependencia cubiertos para esta contingencia son los siguientes:

- a) **Dependencia Severa.-** Estado de la persona necesitada de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria sin requerir el apoyo per-

manente de un cuidador o que tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

- b) Gran Dependencia.- Estado de la persona necesitada de ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria necesitando el apoyo indispensable y continuo de otra persona o que tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Se excluye de esta cobertura la mera Dependencia Moderada, definida como la situación en la que la persona necesita ayuda para realizar alguna o algunas actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día, o tiene necesidad de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Se entiende por actividades básicas de la vida diaria, las tareas más elementales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Constituyen necesidades de apoyo para la autonomía personal las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.

27.2 Salvo pacto en contrario contenido en las Condiciones Particulares, la cobertura de Dependencia no podrá ser contratada por mutualistas con una edad superior a 69 años, conforme a las limitaciones y requisitos propios del Sistema en el que la cobertura sea contratada, ni por mutualistas discapacitados o con una incapacidad permanente reconocida, ni por aquellos que se encuentren en situación susceptible de ser calificados como personas dependientes en la fecha de contratación.

27.3 La cobertura de Dependencia se extinguirá con el fallecimiento del mutualista, independientemente del resto de coberturas contratadas en el Plan Universal, y tomará efecto una vez transcurrido el periodo o periodos de carencia previstos en las Condiciones Particulares. Si la situación de Dependencia fuera causada durante el periodo de carencia, procederá la restitución de las primas de traídas del saldo acumulado por esta cobertura y la cancelación de la misma.

27.4 En el caso de que la prestación sea reconocida por la Mutualidad, tendrá efectos económicos desde el día primero del mes siguiente al de presentación de la solicitud completa en la Mutualidad, en la que se acredite la existencia de la situación de

dependencia severa o gran dependencia y se aporten la totalidad de documentos acreditativos que justifiquen ésta, conforme lo previsto en el artículo 33 de este Reglamento, y en ningún caso tendrá carácter retroactivo.

27.5 La prestación por dependencia severa o gran dependencia consistirá en las siguientes formas de prestación, en los términos y conforme a tal efecto se indique en las Condiciones Particulares:

- a) Una renta vitalicia pagadera por mensualidades vencidas y no transformable en capital ni reversible a terceras personas. El mutualista podrá elegir entre distintos niveles de renta mensual y la posibilidad de que la renta sea constante o creciente, en este último caso, a partir del segundo aniversario del reconocimiento del derecho, según la modalidad según la modalidad de contratación, en los términos que figuren en la solicitud de contratación y en las Condiciones Particulares.
- b) Un capital, equivalente a 5 mensualidades de renta o el número distinto que en su caso se fije en las Condiciones Particulares.

Las prestaciones por Dependencia Severa y Gran Dependencia tendrán carácter excluyente y no serán en ningún caso acumulativas.

Reconocida la situación de dependencia por la Mutualidad y persistiendo la misma, el primer pago se efectuará 3 meses después de la fecha del reconocimiento, o el periodo de espera distinto que se establezca en las Condiciones Particulares, y corresponderá en su caso al importe de 3 mensualidades de renta, o al número de mensualidades del periodo de espera establecido, y el capital contratado. Si trascurrido dicho plazo de espera hubieran desaparecido las circunstancias que hubieran dado lugar al reconocimiento de la prestación, no procederá pago alguno.

27.6 La cuantía de la prestación inicialmente establecida podrá ser ampliada por el mutualista mediante la contratación de una renta y un capital de mayor importe a los inicialmente contratados, y/o incorporando una revalorización anual en la renta, previa aceptación por la Mutualidad y con sujeción a lo establecido en el artículo 8, resultando de aplicación para la ampliación los periodos de carencia establecidos.

27.7 En cualquier caso, la percepción de la prestación por Dependencia será compatible con cualquiera de las demás prestaciones que se deriven de las distintas contingencias cubiertas en el Plan Universal.

27.8 El pago de la renta vitalicia por dependencia se suspenderá al desaparecer la situación de Dependencia o al no acreditarse la supervivencia del beneficiario de la misma, reanudándose una vez aquella vuelva a presentarse y sea reconocida o ésta sea acreditada.

Cuando se reconozca la situación de Gran Dependencia a un beneficiario de una renta vitalicia por Dependencia Severa, el importe de la renta será revisado hasta alcanzar el importe asegurado por Gran Dependencia, sin dar lugar nuevamente al pago del capital.

Cuando se reconozca la situación de Dependencia Severa a un beneficiario de una renta vitalicia por Gran Dependencia, el importe de la renta será reducido hasta alcanzar el importe asegurado por Dependencia Severa, sin dar lugar nuevamente al pago del capital.

27.9 La cobertura de Dependencia se otorga por toda la vida del mutualista, por lo que en tanto se encuentre vigente, el Sistema en el que se incluya se mantendrá de alta aunque se adquiera la condición de beneficiario como consecuencia del reconocimiento de prestaciones en las demás coberturas que el mutualista tenga suscritas.

27.10 Exclusiones a esta cobertura: queda excluida la dependencia que tenga su causa en alguna de las exclusiones contenidas en los Artículos 25.6 y 25.7, y además la producida:

- a) Como consecuencia de intento de suicidio.
- b) Las enfermedades psíquicas o trastornos mentales o nerviosos sin posibilidad de demostración orgánica de la existencia de la enfermedad, como por ejemplo la depresión.

Artículo 28.- Prestaciones a favor de los mutualistas que han interrumpido el pago de aportaciones periódicas

28.1 Si hallándose el mutualista en situación de interrupción de aportaciones periódicas se produjera el hecho causante de la cobertura de Ahorro-Jubilación, el beneficiario únicamente tendrá derecho a percibir la prestación que pudiera constituirse con cargo al importe de su fondo acumulado en ese momento.

28.2 Si hallándose el mutualista en situación de interrupción de aportaciones periódicas se produjeran los hechos causantes de las coberturas de Fallecimiento, Incapacidad Permanente o Incapacidad Temporal Profesional, el beneficiario tendrá

derecho a percibir las prestaciones correspondientes a estas coberturas salvo que éstas hubieran sido dadas de baja o no hubieren sido contratadas.

CAPÍTULO SEGUNDO **SOLICITUD Y TRAMITACIÓN** **DE LAS PRESTACIONES**

Artículo 29.- Solicitud de la prestación

29.1 Sin perjuicio de lo establecido en el artículo 37 del presente Reglamento, el mutualista o, en su caso, el beneficiario, deberá comunicar a la Mutualidad los hechos que den lugar a prestaciones dentro del plazo de los 7 días hábiles siguientes a su acaecimiento. El mutualista o en su caso el beneficiario deberán acreditar el derecho a las prestaciones remitiendo a la Mutualidad, debidamente cumplimentados y firmados, los modelos oficiales de solicitud de prestaciones, debiendo acompañarse a los mismos cuantos documentos justificativos sean precisos para acreditar el derecho del solicitante.

Toda la documentación justificativa que se aporte deberá constar en la lengua oficial del Estado Español o en las lenguas oficiales reconocidas en sus Comunidades Autónomas. La documentación redactada en otros idiomas distintos de los anteriormente señalados deberá aportarse junto con traducción al castellano por profesional Traductor-Intérprete Jurado oficial reconocido por el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, corriendo por cuenta del mutualista los gastos que se originen de la misma.

29.2 En caso de fallecimiento, el plazo mencionado se contará desde que el beneficiario o su representante legal tuviesen conocimiento del fallecimiento del causante y de su designación como beneficiario, o desde que pueda acreditar su condición por disposición testamentaria u otros medios válidos en derecho.

29.3 El mutualista, o, en su caso, el beneficiario, deberá acreditar ante la Mutualidad cuantos datos o extremos complementarios le sean requeridos.

29.4 La tramitación de la solicitud de prestación se iniciará a partir del momento en que sea aportada toda la documentación prevista en el presente Reglamento.

29.5 El incumplimiento de las precedentes obligaciones de comunicación podrá generar, en favor de la Mutualidad, la correspondiente indemnización por los daños y/o perjuicios causados.

Artículo 30.- Reconocimiento del derecho a las prestaciones

30.1 El reconocimiento del derecho a la prestación será notificado al beneficiario mediante escrito de la Mutualidad, indicándole la forma, modalidad y cuantía de la prestación, periodicidad y vencimientos, retenciones fiscales efectuadas, formas de revalorización, posibles reversiones y grado de aseguramiento o garantía, y demás elementos definitorios de la prestación. La indicada notificación será remitida al beneficiario de la prestación dentro del plazo máximo de 30 días desde la presentación de la documentación correspondiente.

30.2 Las prestaciones serán abonadas al beneficiario o beneficiarios previstos o designados conforme a lo establecido en el presente Reglamento, salvo que medie embargo o traba judicial o administrativa, en cuyo caso se estará a lo que disponga el mandamiento correspondiente. Cuando el derecho a la prestación sea objeto de embargo o traba judicial o administrativa, ésta resultará válida y eficaz, si bien no se ejecutará hasta que se cause el derecho a la prestación o concurran los supuestos previstos en el artículo 43 de enfermedad grave, o desempleo de larga duración o cumplimiento de la antigüedad mínima requerida en las aportaciones para llevar a cabo la disposición de derechos económicos derivados de las mismas. Producidas tales circunstancias, la Mutualidad ordenará el traspaso de los fondos correspondientes a la prestación a quien proceda en cumplimiento de la orden de embargo.

30.3 Permaneciendo en alta la cobertura de Incapacidad Permanente, no podrán reconocerse prestaciones de Ahorro-Jubilación ni anticiparse su pago a quienes se hallen tramitando el reconocimiento de prestaciones de incapacidad permanente en el momento en que concurran los requisitos establecidos en el presente Reglamento para solicitar aquellas. A efectos del presente Reglamento se considerará como hecho causante el que resulte anterior en el tiempo.

Artículo 31.- Reconocimiento de la prestación de incapacidad permanente

El reconocimiento del derecho a la prestación por incapacidad permanente se atenderá a las siguientes reglas:

a) Solicitada la prestación y aportada la documentación a que se refiere el artículo 29.1 del presente Reglamento, la Mutualidad designará al

facultativo o facultativos que reconocerán al mutualista y emitirán un informe médico sobre su estado de salud, siendo de cuenta del mutualista los gastos que origine el obligado desplazamiento al lugar donde deba ser reconocido.

- b) Una vez instruido el expediente, será examinado por la Comisión de Prestaciones que elaborará propuesta fundamentada a la Comisión Ejecutiva o a la Junta de Gobierno que resolverá, según proceda, sobre el reconocimiento o denegación de la misma. La declaración de Incapacidad Permanente emitida por un organismo público no vincula a la Mutualidad, por lo que el derecho al devengo de la prestación es independiente de la decisión de cualquier organismo. En el supuesto de concesión de la prestación se podrá señalar la fecha de la revisión o control de la incapacidad por existir la posibilidad de mejoría de la situación incapacitante. La resolución denegando la prestación deberá ser motivada conforme a Derecho.
- c) Con posterioridad al reconocimiento de la prestación, la Mutualidad comprobará la persistencia de la incapacidad, quedando obligados los beneficiarios a facilitar, en todo momento, los reconocimientos médicos y las pruebas exploratorias que se le indiquen.

Artículo 32.- Reconocimiento de las prestaciones de incapacidad temporal

32.1 Corresponde al mutualista acreditar a la Mutualidad el inicio y la finalización de la situación de incapacidad indemnizable, para lo cual deberá presentar a la Mutualidad la siguiente documentación:

- a) Impreso de solicitud de indemnización cumplimentado en su totalidad y firmado por el propio mutualista.
- b) Impreso de baja, cumplimentado en su totalidad, firmado y sellado por el propio médico que está tratando al mutualista. Este impreso de baja podrá sustituirse mediante escrito firmado y sellado redactado por el médico que asista al paciente, en el que conste la identificación del propio médico, la identidad, edad, profesión o actividad y domicilio del mutualista, la enfermedad y sus causas y antecedentes, la fecha probable de iniciación del proceso, fecha desde la que el mutualista se encuentra incapacitado para el desarrollo de su actividad profesional y el pronóstico en cuanto a la duración de la dolencia.
- c) Para acreditar el alta, se presentará informe médico firmado y sellado en el que se refleje la situación de alta médica reconocida al mutualista.



- d) En el caso de hospitalización, el mutualista deberá facilitar a la Mutualidad informe o historial clínico del ingreso hospitalario, en el que consten las fechas de ingreso y alta, el origen y antecedentes de la enfermedad o accidente que motivaron el ingreso, así como la evolución de su situación clínica.
- e) En el supuesto de solicitud de indemnización derivada de la garantía de indemnización por intervención quirúrgica y tratamientos, el derecho a la prestación se causará siempre que la solicitud de indemnización sea recibida en la Mutualidad dentro de los 60 días naturales siguientes a la fecha de la intervención o actuación practicada, se adjunte la documentación médica acreditativa de la misma en la que conste la clase de operación o tratamiento realizado, y el mutualista se someta a las revisiones médicas que la Mutualidad acuerde practicar.
- f) A los efectos de la percepción de la indemnización por aborto deberá presentarse certificación del centro hospitalario en la que se detalle la contingencia producida y las causas que dieron origen al mismo. En los supuestos de parto y adopción deberá presentarse copia compulsada o validada del libro de familia o certificación de la inscripción del hijo en el registro civil. En el caso de adopción, además, se presentará copia validada de la resolución judicial por la que se constituye la adopción.
- g) A los efectos de la percepción de la prestación por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave, junto a la solicitud de prestación deberá presentarse la siguiente documentación:
 - 1) Declaración del facultativo responsable de la asistencia médica del menor del Servicio Público de Salud u órgano administrativo sanitario de la Comunidad Autónoma correspondiente, o del facultativo de los servicios médicos privados, indicando el diagnóstico y la necesidad directa, permanente y continuada del cuidado del menor y la fecha de ingreso.
 - 2) En su caso, informe médico actualizado del especialista que presta la asistencia.
 - 3) En su caso, acuerdo entre progenitores en la designación del solicitante de la prestación o en la percepción alterna de la misma.
 - 4) En su caso, acreditaciones del otro progenitor, adoptante o acogedor en relación a situación de afiliación y alta en algún régimen público de la Seguridad Social o Mutualidad de previsión social que corresponda, y ausencia de percepción de prestaciones por este concepto.

- 5) Libro de familia o certificación de la inscripción del hijo en el Registro Civil o, en su caso, resolución judicial por la que se haya constituido la adopción, o la resolución judicial o administrativa por la que se haya concedido el acogimiento familiar preadoptivo o permanente o, en su caso, la tutela del menor.
- 6) Documentación acreditativa en caso de no convivencia de los progenitores o familias monoparentales.
- 7) En su caso, los documentos contenidos en las letras a), d), e) y f) del número del artículo 9 del Real Decreto 1148/2011, de 29 de julio, para la aplicación y desarrollo, en el sistema de la Seguridad Social, de la prestación económica por cuidado de menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave.

Los documentos indicados deberán ser remitidos a la Mutualidad cada 3 meses, salvo los números 5 y 6 cuando no se hayan producido cambios en la situación anteriormente declarada. Presentada la solicitud y la documentación requerida de forma completa y correcta, la prestación tomará efectos desde la fecha de reducción de jornada indicada en la solicitud.

El mutualista beneficiario está obligado a comunicar cualquier circunstancia que implique la suspensión o extinción del derecho a la prestación. En cualquier momento la Mutualidad podrá llevar a cabo las actuaciones necesarias y requerir la documentación oportuna para comprobar que los beneficiarios mantienen el cumplimiento de los requisitos exigidos para su reconocimiento.

32.2 La Mutualidad satisfará la correspondiente indemnización, una vez reconocida la situación de incapacidad, al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia y cuantía definitiva del siniestro. No obstante a lo anterior, una vez transcurridos 40 días desde la comunicación de la situación de incapacidad por parte del mutualista, éste podrá solicitar liquidaciones parciales anticipadas a cuenta de la indemnización final cuando los periodos de baja correspondientes a la indemnización anticipada hayan quedado acreditados, a juicio de la Mutualidad tanto en su duración como en su causa. Estos pagos parciales se cuantificarán por un máximo de 30 días de indemnización, debiendo el mutualista acreditar la continuación de la situación de incapacidad temporal mediante informe firmado y donde se identifique adecuadamente por el médico que le asiste conforme al descrito en el anterior 32.1 Los citados

anticipos en ningún caso supondrán la aceptación definitiva de las consecuencias del siniestro y, en el caso de que al término de las investigaciones y peritaciones necesarias, la Mutualidad compruebe la impropiedad de los anticipos realizados, el mutualista estará obligado a su inmediata devolución, ya sea directamente o con cargo a su fondo acumulado en el Plan Universal.

32.3 A efectos de determinación del periodo correspondiente con derecho a prestación, el día de alta, o día en el que médicamente se acredite la desaparición de la situación de incapacidad, se considerará laborable a todos los efectos, y por lo tanto no se generará derecho a prestación. El mutualista reenviará a la Mutualidad la pertinente justificación médica con arreglo a los documentos previstos en el anterior Artículo 32.1.

32.4 La indemnización correspondiente se podrá percibir desde el día de la baja, previo descuento de la correspondiente franquicia, siempre que la Mutualidad reciba de forma fehaciente la declaración mencionada en el artículo 32.1 anterior antes de ser reconocida la situación de alta médica al mutualista y se cumplan los requisitos establecidos en el artículo 26.1 del presente Reglamento.

32.5 La Mutualidad (o entidad en que ésta delegue) podrá efectuar las visitas que considere necesarias para comprobar el estado del mutualista. El mutualista se someterá a las visitas, revisiones y exámenes médicos que decida la Mutualidad. En caso de retención u oposición por parte de éste, la Mutualidad quedará liberada del pago de la indemnización.

32.6 Si de acuerdo con informes médicos, la Mutualidad (o entidad en que ésta delegue) comprobare que el mutualista está en disposición de realizar, al menos parcialmente, su trabajo habitual, podrá dar por concluida la incapacidad temporal a efectos de la percepción de la indemnización, comunicándolo por escrito al mutualista.

Quando el mutualista no estuviere conforme con tal decisión, deberá manifestarlo a la Mutualidad, por escrito, dentro de los 7 días siguientes como máximo, fundamentando su opinión en contrario. En este caso, el médico del mutualista y el de la Mutualidad (o entidad en que esta delegue) tratarán de resolver la discrepancia directamente, en calidad de peritos. En caso de no llegar a un acuerdo, se nombrará a un tercero por las partes y, subsidiariamente, por el juez de Primera Instancia competente.

Este mismo procedimiento se aplicará a cualesquiera otras discrepancias sobre cuestiones médicas que puedan producirse.

Los tres facultativos decidirán juntos y por mayoría de votos. Cada parte deberá pagar los honorarios de su médico perito y los del tercero, a medias.

La decisión de los médicos deberá ser tomada en el plazo de los 90 días siguientes a la fecha de nombramiento del tercer médico perito y, durante dicho tiempo, las partes no podrán acudir a la vía judicial correspondiente para la liquidación de las indemnizaciones en litigio.

Los acuerdos de los médicos o peritos se deberán reflejar en un acta o documento en el que se haga constar la valoración de la incapacidad temporal, todas las circunstancias que influyan en la valoración de la indemnización y la propuesta de cuantía definitiva del siniestro.

32.7 Cada 30 días, y mientras dura la situación de incapacidad temporal, el mutualista incapacitado deberá justificar la continuidad de esa situación mediante informe firmado y sellado por el médico que le asiste conforme al descrito en el anterior 32.1.

32.8 La Mutualidad aprobará o denegará la solicitud y notificará la decisión al mutualista. En caso de aprobación, indicará la fecha de inicio de la prestación y la cuantía. En caso de negación, indicará la causa y los recursos que sean procedentes. A los anteriores efectos, la Mutualidad no quedará vinculada por las valoraciones emitidas por profesionales de cualquier otro organismo público o privado, por lo que el derecho al devengo de la prestación es independiente de la baja de la Seguridad Social o entidades públicas o privadas colaboradoras de la misma.

Artículo 33.- Reconocimiento de las prestaciones de dependencia severa o gran dependencia

33.1 Corresponde exclusivamente a la Mutualidad valorar la situación de dependencia manifestada por el mutualista para lo cual deberá presentar la siguiente documentación:

- a) Impreso de solicitud de prestación cumplimentado por el mutualista o, en su defecto, su representante legal.
- b) Certificado o informe médico acreditativo del origen, causas y antigüedad de la situación de dependencia. En su caso podrá aportar también, aunque sin efectos vinculantes para la



Mutualidad, resolución de reconocimiento de situación de dependencia expedida por Organismo Oficial competente.

33.2 El reconocimiento del derecho a la prestación por dependencia se atenderá a las siguientes reglas:

- a) Solicitada la prestación y aportada la documentación a que se refiere el párrafo anterior, la Mutualidad instruirá el correspondiente expediente, y en su caso conforme a los criterios establecidos al efecto por las entidades reaseguradoras, será examinado por la Comisión de Prestaciones y resuelto por la Junta de Gobierno. La declaración de dependencia emitida por un organismo público no vincula a la Mutualidad, por lo que el derecho al devengo de la prestación es independiente de la decisión de cualquier organismo. En el supuesto de concesión de la prestación se podrá señalar la fecha de la revisión o control de la dependencia por existir la posibilidad de mejoría de la situación. La resolución denegando la prestación deberá ser motivada conforme a Derecho.
- b) Con posterioridad al reconocimiento de la prestación, la Mutualidad comprobará la persistencia de la situación de dependencia y su grado, quedando obligados los beneficiarios a facilitar, en cualquier momento, los reconocimientos médicos y las pruebas exploratorias que se le indiquen y, en su caso, las certificaciones o reconocimientos oficiales.

Artículo 34.- Pago de las prestaciones

34.1 La Mutualidad satisfará las prestaciones al término de las investigaciones y peritaciones que resulten necesarias para acreditar la concurrencia del hecho causante de aquellas, salvo que éste haya acaecido mediando mala fe del mutualista o del beneficiario.

34.2 Las prestaciones se pagarán con efectos de la fecha del hecho causante conforme a lo establecido, para cada cobertura, en el presente Reglamento, a salvo de lo establecido en el artículo 37 del mismo y del particular régimen previsto para el pago de las prestaciones de incapacidad temporal profesional y de dependencia.

34.3 En el supuesto de haberse optado por percibir las prestaciones en forma de capital inmediato, deberá ser abonado al beneficiario dentro del plazo máximo de 7 días hábiles desde que éste presente la documentación completa correspondiente.

34.4 En el supuesto de haberse optado por percibir las prestaciones en forma de renta, el pago deberá iniciarse el mes siguiente a aquel en que se haya notificado el reconocimiento del derecho. Las prestaciones en forma de renta que deba satisfacer la Mutualidad se abonarán por mensualidades naturales, completas y vencidas en el domicilio bancario señalado por el beneficiario. Será admisible el establecimiento de otra periodicidad en los pagos, siempre y cuando se efectúen dos o más sucesivos y al menos uno en cada anualidad.

34.5 Las prestaciones correspondientes a las coberturas de Incapacidad Temporal Profesional y de Dependencia se satisfarán con arreglo a lo previsto en los anteriores Artículos 26 y 32, y 27 y 33, respectivamente.

Artículo 35.- Reintegro de prestaciones indebidas

35.1 Quienes hayan percibido indebidamente prestaciones de la Mutualidad vendrán obligados solidariamente a reintegrar su importe.

35.2 Quienes, por acción u omisión, hayan contribuido a hacer posible la percepción indebida de una prestación, responderán solidariamente con los perceptores de la obligación de reintegrarla.

35.3 Si la cantidad no fuese reintegrada en el plazo de 3 meses desde que se percibió indebidamente, la Mutualidad podrá exigir, en concepto de indemnización de daños y perjuicios, un interés al tipo señalado en el artículo 20 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre.

Artículo 36.- Suspensión y extinción de la percepción de prestaciones

36.1 La percepción de las prestaciones de renta quedará en suspenso por la no acreditación de la supervivencia de su beneficiario en los términos establecidos en el artículo 39.2 del presente Reglamento, reanudándose una vez aquéllas queden cumplidas.

36.2 Las prestaciones en forma de capital se extinguirán al producirse el pago del mismo.

36.3 Las prestaciones en forma de renta financiera y pagos sin periodicidad regular, se extinguirán una vez agotado el fondo acumulado del beneficiario o, en su caso, haya transcurrido el plazo por el que la renta fue estipulada.

36.4 Las prestaciones en forma de renta vitalicia se extinguirán en el momento del fallecimiento del beneficiario o, en su caso, de los beneficiarios designados, o a la extinción del periodo de cobro cierto o rescate total si tal es el caso.

36.5 El derecho a la percepción de prestaciones podrá ser objeto de extinción unilateral por la Mutualidad, según los casos y Sistemas, en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el beneficiario haya actuado fraudulentamente para obtener o conservar el derecho a la prestación.
- b) Cuando el beneficiario de una prestación por Incapacidad, Permanente o Temporal, o Dependencia, bien por efectos de recuperación y rehabilitación o por regresión imprevista de la enfermedad o lesiones sufridas, sea declarado apto para el ejercicio de su actividad profesional o laboral.

36.6 En el supuesto previsto en el punto 36.5 b), el mutualista será reincorporado al Plan Universal con efectos de la fecha en que sea declarado apto para el ejercicio de su actividad profesional o laboral, recuperando, en el caso de que no se hubiere consumido en su totalidad, el fondo acumulado remanente que mantuviera en dicha fecha.

Artículo 37.- Prescripción de acciones

Las acciones que se deriven del derecho a causar prestaciones prescribirán en el plazo de 5 años, de conformidad con lo dispuesto en la legislación general de seguros privados.

CAPÍTULO TERCERO BENEFICIARIOS DE LAS PRESTACIONES

Artículo 38.- Beneficiarios y su designación

38.1 El beneficiario de las prestaciones de Ahorro-jubilación, de incapacidad, permanente o temporal, y de dependencia es el propio mutualista, o en su caso, el asegurado.

38.2 La designación de beneficiario o beneficiarios para las prestaciones de fallecimiento se efectuará de conformidad con las siguientes reglas:

- a) La designación de beneficiarios podrá efectuarse al tiempo de solicitar el alta en el Plan Universal o, con posterioridad, mediante co-

municación fehaciente a la Mutualidad. Asimismo podrá efectuarse en testamento.

- b) En caso de designación genérica en favor de los hijos, se entenderán como tales a todos sus descendientes con derecho a herencia.
- c) Si la designación se efectúa en favor de los herederos, sin mayor especificación, se entenderán como tales a todos los que ostenten esa condición al tiempo del fallecimiento del mutualista.
- d) La designación del cónyuge como beneficiario atribuirá tal condición al que lo sea en el momento del fallecimiento del mutualista.
- e) Si la designación se hace en favor de varios beneficiarios, la prestación se distribuirá por partes iguales salvo estipulación contraria. Cuando se haga en favor de los herederos, la distribución tendrá lugar en proporción a la cuota hereditaria, salvo pacto en contrario. La parte no adquirida por un beneficiario acrecerá a la de los demás.
- f) Si en el momento del fallecimiento del mutualista no hubiese beneficiario concretamente designado ni reglas para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del mutualista.
- g) Los Beneficiarios que sean herederos conservarán dicha condición aunque renuncien a la herencia.
- h) En los Planes constituidos a favor de discapacitados, las personas que hayan efectuado aportaciones a favor del discapacitado solo podrán ser beneficiarios para caso de fallecimiento del discapacitado, en la proporción a las aportaciones que hayan efectuado respecto a las totales que hayan sido realizadas a dichos planes.

Artículo 39.- Obligaciones de los beneficiarios

39.1 Los beneficiarios vendrán obligados a facilitar a la Mutualidad las circunstancias personales que les sean requeridas.

39.2 Los beneficiarios de prestaciones en forma de renta deberán acreditar su supervivencia antes del último día hábil del mes de marzo de cada año o en cualquier otro momento a requerimiento de la Mutualidad, mediante la firma original del modelo de fe de vida establecido al efecto por la Mutualidad, o bien mediante la remisión de cualquier otro documento acreditativo a juicio de la Mutualidad, firmado o compulsado por alguna autoridad administrativa, colegio profesional, entidad bancaria, centro sanitario o médico en ejercicio, o cualquier otro que la Mutualidad designe.

Artículo 40.- Entrega de las prestaciones a los beneficiarios

La prestación deberá ser entregada al beneficiario en cumplimiento del presente Reglamento, aun contra las reclamaciones de los herederos o de los acreedores, de cualquier clase que fueren, de aquel.

Artículo 41.- Revocación de la designación de beneficiarios

41.1 Salvo lo dispuesto en el artículo 24.1 b) 2) del presente Reglamento, podrá revocarse en cualquier momento la designación de beneficiarios, mientras no se haya renunciado expresamente y por escrito a tal facultad.

41.2 La revocación deberá efectuarse en la misma forma establecida para la designación de beneficiarios.

CAPÍTULO CUARTO LIQUIDACIÓN, MOVILIZACIÓN Y RESCATE DEL VALOR ACUMULADO

Artículo 42.- Liquidación del saldo acumulado de la cobertura de ahorro jubilación en el Sistema de Previsión Profesional en supuestos excepcionales

En el Sistema de Previsión Profesional los mutualistas en ningún caso podrán hacer efectivos los derechos económicos en alguno de los supuestos de liquidez regulados en el artículo 8.8 del Texto Refundido de la Ley de planes y fondos de pensiones ni tendrán derecho de rescate ni de movilización a otros sistemas de previsión complementaria. Esta limitación se articula de acuerdo con la Disposición adicional octava del texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones que establece que en las Mutualidades de Previsión Social que, en virtud de lo establecido en la disposición adicional decimoquinta de la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, actúen como sistema alternativo al alta en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Trabajadores por Cuenta Propia o Autónomos, no se podrán hacer efectivos los derechos económicos de los productos o seguros utilizados para cumplir con dicha función alternativa.

Artículo 43.- Liquidación del saldo acumulado de la cobertura de ahorro jubilación en supuestos excepcionales en el Sistema de Previsión Personal

43.1 Los mutualistas encuadrados en el Sistema de Previsión Personal de la Mutualidad de la Abogacía podrán hacer efectivo el saldo de la cuenta de fondo, en su totalidad o en parte, en situaciones de enfermedad grave o de desempleo de larga duración, así como los derechos económicos correspondientes a aportaciones realizadas con al menos diez años de antigüedad, todo ello en los términos legales establecidos en los párrafos primero y segundo del artículo 8.8 del Texto Refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones.

43.2 La liquidación del fondo acumulado podrá instrumentarse, en los supuestos anteriores, mediante un pago único o mediante pagos sucesivos, si bien en éste último caso, deberán mantenerse y acreditarse las situaciones excepcionales que los justifican.

43.3 La acreditación del acaecimiento y mantenimiento de las situaciones excepcionales a que se refiere el presente artículo deberá efectuarse, en todo caso, ante la Mutualidad, siendo obligación del mutualista aportar a la misma cuanta documentación le sea requerida a tales efectos.

43.4 Enfermedad grave:

- a) La liquidación del fondo acumulado podrá efectuarse en los supuestos de enfermedad grave del mutualista, su cónyuge o alguno de los ascendientes o descendientes, en primer grado, de ambos, así como de persona que, en régimen de tutela o acogimiento, conviva con el mutualista o dependa del mismo.
- b) Se considera enfermedad grave a estos efectos, siempre que pueda acreditarse mediante certificado médico de los servicios competentes de las entidades sanitarias de la Seguridad Social, de los servicios médicos colegiales o de los servicios médicos contratados con la propia Mutualidad:
 - 1) Cualquier dolencia o lesión que incapacite temporalmente para la ocupación o actividad habitual de la persona durante un período continuado mínimo de 3 meses, y que requiera intervención clínica de cirugía mayor o tratamiento en un centro hospitalario.
 - 2) Cualquier dolencia o lesión con secuelas permanentes que limiten parcialmente o im-

pidan totalmente la ocupación o actividad habitual de la persona afectada, o la incapacidad para la realización de cualquier ocupación o actividad, requiera o no, en este caso, asistencia de otras personas para las actividades más esenciales de la vida humana.

- c) Los supuestos anteriores se reputarán enfermedad grave en tanto no den lugar a la percepción por el mutualista de una prestación por incapacidad permanente en cualquiera de sus grados y siempre que supongan para el mismo una disminución de su renta disponible por aumento de gastos o reducción de sus ingresos.
- d) El mutualista que pretenda hacer efectiva la liquidación del fondo acumulado deberá dirigirse a la Mutualidad mediante escrito razonado, en el que se harán constar las circunstancias clínicas de la enfermedad, persona que la padece, dependencia o vinculación económica con el solicitante y justificación de los gastos a que se aplicarán los derechos liquidados, todo ello debidamente acreditado. La Mutualidad podrá reclamar al solicitante cuanta documentación adicional estime pertinente.
- e) La liquidación de la provisión matemática constituida no podrá exceder de la cuantía justificada para atender los gastos acreditados ni de la cuantía total de aquella en el momento de solicitarla. Dentro de las indicadas cuantías, la Mutualidad podrá cuantificar los derechos objeto de liquidación en razón a todas las circunstancias concurrentes. En el caso de concederse una liquidación inferior a la solicitada por el mutualista, la Mutualidad deberá razonar debidamente su decisión.
- f) En los planes constituidos a favor de personas con discapacidad de acuerdo a lo previsto en Real Decreto 304/2004 de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, los supuestos de enfermedad grave que les afecten conforme a las letras anteriores, serán de aplicación cuando no puedan calificarse como contingencia cubierta conforme al artículo 19.3 de este Reglamento. Además se considerarán también como situaciones de enfermedad grave las que requieran de forma continuada durante un periodo mínimo de 3 meses, su internamiento en residencia o centro especializado, o tratamiento y asistencia domiciliaria.

43.5 Desempleo de larga duración:

La liquidación del fondo acumulado podrá efectuarse en situaciones de desempleo de larga duración. Se considerará que concurre el desempleo

de larga duración, a los efectos previstos en el presente artículo, cuando los mutualistas reúnan las siguientes condiciones:

- a) Hallarse en situación legal de desempleo. Se consideran situaciones legales de desempleo los supuestos de extinción de la relación laboral o administrativa y suspensión del contrato de trabajo contemplados como tales situaciones legales de desempleo en el artículo 267 a) y b) del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, y normas complementarias y de desarrollo.
- b) No tener derecho a las prestaciones por desempleo en su nivel contributivo, o haber agotado dichas prestaciones.
- c) Estar inscrito en el momento de la solicitud como demandante de empleo en el servicio público de empleo correspondiente.
- d) En los planes constituidos a favor de personas con discapacidad de acuerdo a lo previsto en el Real Decreto 304/2004 de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, además de los supuestos previstos con carácter general en las letras anteriores, dará lugar al derecho a la liquidación anticipada la situación de desempleo de larga duración o bien del discapacitado, o su cónyuge o uno de sus parientes en línea directa o colateral hasta el tercer grado inclusive, de los cuales dependa económicamente, o de quien lo tenga a su cargo en régimen de tutela o acogimiento.

43.6 La liquidación parcial del fondo acumulado en situaciones de enfermedad grave o desempleo de larga duración implicará la interrupción temporal del pago de las aportaciones periódicas conforme a lo establecido en el artículo 18 del presente Reglamento, lo que no resultará de aplicación por el contrario en el caso de disposición anticipada de derechos económicos correspondientes a aportaciones realizadas con al menos diez años de antigüedad.

43.7 La liquidación total del fondo acumulado en situaciones de enfermedad grave, desempleo de larga duración o disposición anticipada de derechos económicos correspondientes a aportaciones realizadas con al menos diez años de antigüedad, implicará la baja en el sistema correspondiente, salvo que se mantenga alguna cobertura de riesgo suscrita y al corriente de pago.

Artículo 44.- Derecho de movilización del saldo acumulado de Ahorro-Jubilación en los Sistemas de Previsión Personal y de Ahorro Sistemático

44.1 Los mutualistas encuadrados en el Sistema de Previsión Personal (Plan de Previsión Asegurado) podrán movilizar total o parcialmente su fondo acumulado a otro plan de previsión asegurado del que sean tomadores, a un plan de pensiones del que sean partícipes, o a un plan de previsión social empresarial del que sean asegurados.

Asimismo podrán integrar en el Sistema de Previsión Personal los saldos que el mutualista tuviere en uno u otros planes de previsión asegurados de los que sea tomador o en uno o varios planes de pensiones de los que sea partícipe o en un plan de previsión social empresarial del que sean asegurados.

44.2 Los mutualistas encuadrados en el Sistema de Ahorro Sistemático (PIAS), podrán movilizar total o parcialmente el saldo de la cuenta de fondo acumulado a otros o desde otros Planes Individuales de Ahorro Sistemático.

44.3 La movilización no podrá efectuarse una vez producida alguna de las contingencias cubiertas.

Artículo 45.- Derecho de rescate del saldo acumulado de Ahorro-Jubilación en los Sistemas de Ahorro Sistemático y de Ahorro Flexible

Los mutualistas encuadrados en los Sistemas de Ahorro Sistemático (PIAS) y de Ahorro Flexible (SVA) podrán rescatar el saldo de la cuenta de fondo acumulado, en su totalidad o en parte, por causas distintas a las contempladas en el 42, con los períodos mínimos de permanencia y las penalizaciones establecidos en las Condiciones Particulares, y sin penalización alguna una vez transcurridas las primeras 3 anualidades completas.

TÍTULO QUINTO DISPOSICIONES COMUNES

Artículo 46.- Información al mutualista y resolución de controversias

46.1 Información al mutualista

Ante cualquier aclaración, incidencia o consulta sobre los derechos e intereses legalmente reconocidos en este Reglamento, se podrán formular consultas

o solicitudes de información ante el Servicio de Información al Mutualista dirigiéndose a la Mutualidad sita en calle Serrano 9, 2ª planta, 28001 Madrid, o bien a la dirección de correo electrónico buzon@mutualidadabogacia.com.

46.2 Resolución de quejas y reclamaciones por la Mutualidad General de la Abogacía

En caso de que el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario tenga una queja o reclamación que se refiera a sus intereses y derechos legalmente reconocidos, ya deriven de este Reglamento de aportaciones y prestaciones, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos financieros, deberá presentar una queja o reclamación ante el Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado de la Mutualidad, quien deberá acusar recibo de las mismas y resolverlas motivadamente en el plazo de 1 mes. Las comunicaciones deberán dirigirse a calle Serrano 9, 2ª planta, 28001 Madrid, o bien a la dirección de correo electrónico buzon@mutualidadabogacia.com.

46.3 Protección administrativa

En caso de silencio o de desestimación de la pretensión en el plazo anteriormente referido, se podrá presentar queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, acreditando haberlas formulado previamente por escrito al Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado de la Mutualidad.

46.4 Arbitraje

La resolución de las controversias que puedan surgir entre los mutualistas y la Mutualidad en orden a las contingencias, condiciones y requisitos de cobertura y prestaciones garantizadas, podrá someterse a arbitraje de derecho al amparo de las previsiones de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre de Arbitraje, a cuyo efecto en las Condiciones Particulares se consignará el correspondiente convenio arbitral de acuerdo con las previsiones del Título II de la Ley. La administración del arbitraje y la designación de árbitros se encomendarán a la Sección Española de la Asociación Internacional de Derecho de Seguros (S.E.A.I.D.A.), con sede en Madrid, calle Sagasta, número 18.

46.5 Jurisdicción civil

Sin perjuicio de lo anterior, el mutualista podrá interponer las acciones que considere pertinentes ante la jurisdicción civil ordinaria de su domicilio. En este caso, la prescripción de las acciones es de 5 años.

DISPOSICIONES ADICIONALES

ÚNICA.- Establecimiento de contingencias obligatorias y/o de prestaciones mínimas en el Sistema de Previsión Social Profesional

En el supuesto de que futuras disposiciones legales establecieran contingencias obligatorias o prestaciones mínimas aplicables al Sistema de Previsión Social Profesional, la Mutualidad efectuará la pertinente adaptación del presente Reglamento en los términos legal o reglamentariamente procedentes, emitiendo seguidamente los pertinentes documentos de Condiciones Particulares.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA.- Integración en el Plan Universal de la Abogacía de los mutualistas encuadrados en los Planes Básicos de la Mutualidad a fecha 26 de noviembre de 2005

1. Los mutualistas que a fecha 26 de noviembre de 2005 se hallen integrados en el Plan de Seguridad Profesional, en el Plan de Previsión Profesional, en el Plan Mutuo de Previsión o en el Sistema Plus 50 Abogados, quedarán automáticamente integrados en el Plan Universal de la Abogacía con efectos del mismo día, tanto como por lo que a los Planes Básicos se refiere, así como a las mejoras de los Planes Básicos que tuvieran contratadas.
2. No obstante lo dispuesto en el número 1 anterior, todos los que ostenten la condición de mutualistas a fecha 26 de noviembre de 2005 mantendrán las cuantías de sus aportaciones periódicas a los Planes Básicos y las mejoras de los mismos a la indicada fecha, aun en el caso de que resulten inferiores a las que derivarían de la aplicación de lo dispuesto en el artículo 13 del presente Reglamento, manteniendo asimismo el importe, o su capital equivalente, de las coberturas de fallecimiento e invalidez, si se tienen suscritas, y la edad de jubilación establecida en el Plan Básico de procedencia. La prestación de Incapacidad Permanente no será incompatible con la prestación posterior de fallecimiento, en su caso. Tales circunstancias se harán constar expresamente en el documento de Condiciones Particulares al que se refiere el artículo 6.5 del presente Reglamento.
3. En cualquier momento todos los mutualistas procedentes de los Planes Básicos integrados en el Plan Universal de la Abogacía en virtud de esta

Disposición Transitoria, podrán solicitar la adaptación de sus coberturas y cuotas a las cuantías establecidas en éste.

SEGUNDA.- Mantenimiento voluntario en el Plan de Seguridad Profesional, en el Plan de Previsión Profesional de la Abogacía o en el Sistema Plus 50 Abogados de los mutualistas integrados en los mismos a fecha 26 de noviembre de 2005

No obstante lo dispuesto en la Disposición Transitoria Primera del presente Reglamento, los mutualistas que a fecha 26 de noviembre de 2005 se hallen integrados en el Plan de Seguridad Profesional, Plan de Previsión Profesional de la Abogacía o en el Sistema Plus 50 Abogados, podrán optar, dentro del plazo de 6 meses a contar desde la aprobación del presente Reglamento, entre mantenerse en los mismos con todas las condiciones que a la indicada fecha los regulen, o adscribirse voluntariamente al Plan Universal de la Abogacía que se establece en el presente Reglamento. Caso de no ejercerse el derecho de opción dentro del indicado plazo, se entenderá que los afectados optan por integrarse en el Plan Universal de la Abogacía a todos los efectos. La opción de mantenerse en el Plan Básico de origen deberá afectar obligatoriamente al Plan Básico y a las mejoras voluntarias de los mismos, conjuntamente.

TERCERA.- Asignación de la provisión matemática inicial a los mutualistas que se integren en el Plan Universal de la Abogacía procedentes de los demás Planes Básicos

Para su inclusión como provisión matemática inicial en el Plan Universal de la Abogacía de cada mutualista, con efectos a la fecha que se determine por la Asamblea General para transformar el actual régimen financiero-actuarial a aportación definida y capitalización individual, y para todos los mutualistas, sean cuales fueren sus regímenes prestacionales precedentes y su situación en la Mutualidad, se tomará la totalidad de la provisión matemática de balance (deducidas las provisiones para pasivos, las correspondientes a mutualistas de edad superior a la establecida para la jubilación en el Plan al que estuvieran adscritos y las referidas a los mutualistas cuyas contingencias consisten fundamentalmente en coberturas de riesgo), y se procederá a su asignación individualizada a cada uno de los mencionados mutualistas, con base en el acuerdo sobre «Criterios para la individualización y asignación de las provisiones matemáticas a 31 de diciembre de 2004 a cada mutualista». La fecha de cálculo de la indicada individualización de provisiones será la correspondiente al día 31 de diciembre de 2004 o, de ser posterior su incorporación a la Mutua-

lidad, la fecha en que se haya producido. Dichas provisiones individualizadas serán actualizadas con las aportaciones y rendimientos netos hasta la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento.

CUARTA.- Prestaciones causadas dentro de los 6 meses posteriores a la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento

Los mutualistas que a 26 de noviembre de 2005 se hallen en alta, en régimen de capitalización colectiva y al corriente del pago de sus aportaciones obligatorias, podrán optar entre las prestaciones establecidas en el presente Reglamento y las que les correspondieran en aplicación del régimen precedente que les sea de aplicación, siempre y cuando el hecho causante de aquellas sea anterior al día 26 de mayo de 2006. La opción deberá efectuarse por escrito e implicará, en todo caso, la íntegra aplicación del Sistema elegido. Caso de que el mutualista no ejerza su derecho de elección dentro del plazo de un mes a contar desde la comunicación que al efecto efectúe la Mutualidad, se entenderá que optan por el Sistema establecido en el presente Reglamento.

QUINTA.- Mutualistas que a fecha 26 de noviembre de 2005 mantengan derechos reducidos en los Planes Básicos de la Mutualidad

Los mutualistas que a fecha 26 de noviembre de 2005 mantengan derechos reducidos en los Planes Básicos de la Mutualidad, se integrarán automáticamente en el Plan Universal de la Abogacía con la condición de mutualistas en suspenso, asignándoseles las provisiones matemáticas que correspondan de acuerdo con el procedimiento indicado en la disposición transitoria tercera.

SEXTA.- Solicitudes que correspondan a hijos o menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave con ingreso hospitalario anterior al 1 de abril de 2019 y que no hayan causado alta médica.

No obstante lo establecido respecto a los periodos de carencia en el penúltimo párrafo del artículo 26.3 g), en relación a las solicitudes de mutualistas que correspondan a hijos o menores afectados por cáncer u otra enfermedad grave con ingreso hospitalario anterior al 1 de abril de 2019 y que no hayan causado alta médica, no se establece periodo de carencia, fijándose el periodo máximo de indemnización en 180 días.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA.- Prestaciones causadas a la fecha de entrada en vigor del presente Reglamento

Las prestaciones causadas y efectivamente reconocidas, en los planes básicos (Plan de Seguridad Profesional; Plan de Previsión Profesional de la Abogacía y Plan Mutual de Previsión), con anterioridad a la entrada en vigor del Plan Universal, así como las derivadas de aquéllas por ulterior fallecimiento de su beneficiario, se mantendrán en las cuantías existentes a 26 de noviembre de 2005.

Asimismo, con carácter anual, se realizará el cálculo actuarial del diferencial que pudiera resultar entre las provisiones técnicas previstas y las realmente obtenidas en el correspondiente ejercicio. Tal diferencia se destinará a incrementar las prestaciones del ejercicio en forma de prestación extraordinaria en favor del colectivo de mutualistas pasivos no integrados en el Plan Universal y sus beneficiarios.

El importe de la prestación extraordinaria a percibir por el citado colectivo, no podrá superar en ningún caso el importe anual de 700 euros para cada mutualista beneficiario o para el conjunto de beneficiarios derivados de una pensión de viudedad/orfandad.

Esta prestación extraordinaria se abonará, en su caso, en forma de pago único o en dos pagos periódicos y no tendrá el carácter de cuantía consolidable.

SEGUNDA.- Acuerdos de desarrollo y ejecución

Los acuerdos adoptados por la Junta de Gobierno de la Mutualidad para el desarrollo y ejecución del presente Reglamento gozarán de la misma naturaleza y eficacia que éste, sin perjuicio de su ulterior y preceptiva ratificación por la Asamblea General.

TERCERA.- Disposición derogatoria

El presente Reglamento anula y sustituye plenamente al precedente régimen de cotizaciones y prestaciones, contenido en los Estatutos aprobados en la Asamblea General de fecha 21 abril de 2003, así como en los Reglamentos del Plan de Seguridad Profesional, del Plan de Previsión Profesional, del Plan Mutual de Previsión y del Sistema Plus 50 Abogados, así como sus respectivas mejoras voluntarias, sin perjuicio de mantenerse temporalmente vigentes para los mutualistas a los que se refiere la Disposición Transitoria Segunda del presente Reglamento.

CUARTA.- Entrada en vigor

El presente Reglamento entrará en vigor el día 24 de marzo de 2021.

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 de-



recho 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 (900 222 665 ó 952 367 042).
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.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.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

De carácter general:

SISTEMA DE PREVISIÓN

La previsión social tiene por objeto el proporcionar protección a aquellos que, como consecuencia de determinados acontecimientos, ven reducidos total o parcialmente sus recursos económicos, ya sea de manera temporal o permanente. Los sistemas de previsión son los instrumentos a través de los cuales se lleva a cabo esa acción protectora. Entre otros, constituyen sistemas de previsión social los planes de pensiones, los planes de previsión asegurados, los planes individuales de ahorro sistemático, y los contratos de seguro celebrados con entidades aseguradoras o mutualidades de previsión social.

SISTEMA DE PREVISIÓN DE PRESTACIÓN DEFINIDA

En estos sistemas se define como magnitud predefinida o estimada la cuantía de las prestaciones a percibir por los beneficiarios. Una vez fijada o estimada la prestación, se obtiene la aportación precisa mediante la aplicación del sistema financiero-actuarial que se utilice. La definición de esta prestación puede realizarse en términos absolutos o en función de alguna magnitud, tal como salarios, antigüedad en la empresa, percepciones complementarias u otras variables susceptibles de servir de referencia.

SISTEMA DE PREVISIÓN DE APORTACIÓN DEFINIDA

En estos sistemas la magnitud predeterminada es la cuantía de las aportaciones a satisfacer. La aportación puede fijarse en términos absolutos o en función de otras magnitudes como salarios, flujos empresariales, cotizaciones a la Seguridad Social u otras variables susceptibles de servir de referencia. En esta modalidad las prestaciones, que no están definidas, se cuantifican en el momento de producirse la contingencia o al abonarse las mismas, como resultado del proceso de capitalización desarrollado en el sistema de previsión.

SISTEMA DE PREVISIÓN MIXTO

En estos sistemas se producen simultáneamente las circunstancias anteriores (prestación y aportación definida). Por ejemplo, es típico el sistema donde la contingencia de jubilación es un compromiso de visiones en caso de fallecimiento o invalidez están predeterminadas de antemano, es decir, son una prestación definida.

TOMADOR DEL SEGURO

En el Plan Universal el mutualista es el tomador del seguro, al mismo tiempo que asegurado. También es beneficiario de las coberturas de Ahorro-Jubilación, Incapacidad Permanente, Incapacidad Temporal y Dependencia.

CONTINGENCIA

Acontecimiento que causa una necesidad de protección. Son contingencias susceptibles de ser cubiertas en el Plan Universal: la jubilación, o la supervivencia a una fecha convenida, el fallecimiento, la incapacidad permanente o temporal, y la dependencia del mutualista.

HECHO CAUSANTE

Son hechos causantes de las distintas contingencias aquellos que, a efectos del Plan Universal, resultan generadores de una situación protegida por éste. Por ejemplo, la enfermedad que temporalmente impide al mutualista la realización del ejercicio profesional, y su reconocimiento como tal por la Mutualidad, constituye un hecho causante de la contingencia de incapacidad temporal.

COBERTURAS

Conjunto de operaciones dirigidas a anular o reducir un riesgo. Garantías.
En el ámbito del seguro de vida encontramos las coberturas de riesgo y de ahorro.

COBERTURAS DE RIESGO

Las coberturas de riesgo del Plan Universal son las de fallecimiento, incapacidad permanente, incapacidad temporal y dependencia, al recaer los riesgos objeto de protección directamente sobre la persona del mutualista.

CONDICIÓN ALTERNATIVA

En conformidad con la Disposición Adicional 18ª del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, quedan exentos de la obligación de alta en el régimen especial de los trabajadores por cuenta propia o autónomos los colegiados que opten o hubieren optado por incorporarse a la mutualidad de previsión social que pudiera tener establecida el correspondiente colegio profesional, siempre que la citada mutualidad sea alguna de las constituidas con anterioridad al 10 de noviembre de 1995. Si teniendo derecho el interesado no optara por incorporarse a la mutualidad correspondiente, no podrá ejercitar dicha opción con posterioridad.

Para actuar en conformidad con esta condición alternativa, las mutualidades de previsión social deben ofertar de forma obligatoria las coberturas y prestaciones con los mínimos establecidos en la Disposición Adicional 19ª del anteriormente indicado texto refundido.

El Sistema de Previsión Social Profesional ofertado por la Mutualidad de la Abogacía dentro del Plan Universal es el instrumento habilitado por la Mutualidad para llevar a cabo la condición alternativa, por lo que su Junta de Gobierno podrá establecer los niveles mínimos que habrán de tener las distintas coberturas en cada momento para que dicho sistema sea alternativo al sistema público de Seguridad Social.

Del Plan Universal en particular:

FONDO ACUMULADO

Es la cuenta donde se materializan los derechos económicos de los mutualistas y beneficiarios de los sistemas de previsión del Plan Universal y de las prestaciones derivadas del mismo con forma diferente a la de renta vitalicia. Acreditan y cargan esta cuenta las diferentes entradas y salidas previstas en el artículo 20 del Reglamento del Plan.

APORTACIONES

Importes a satisfacer necesarios para llevar a cabo la acción protectora del Plan. También denominadas cuotas, primas, cotizaciones, etc.

BONIFICACIONES

La contratación de ciertos servicios o la realización de determinadas operaciones por el mutualista, conforme a las condiciones ofertadas o establecidas que se anuncien con carácter previo a la contratación o realización de operaciones, conlleva el abono de las bonificaciones previstas en la cuenta de fondo acumulado.

RENTABILIDAD APLICABLE AL FONDO ACUMULADO

La rentabilidad que acredita el fondo acumulado es el 90 % de la realmente obtenida por la Mutuality, neta de gastos imputables y pérdidas de valoración, y se calcula sobre los activos medios afectos. La aplicación de rentabilidad se lleva a cabo mediante el abono periódico de la rentabilidad a cuenta preanunciada, y la correspondiente regularización, hasta el 90 % de la rentabilidad efectiva, a fecha 31 de diciembre de cada año, con el abono en el fondo acumulado del complemento de rentabilidad, en su caso, todo ello de conformidad con lo previsto en los artículos 20 y 21 del Reglamento.

ACTIVOS AFECTOS

Activos de la Mutuality no específicamente asignados a otros seguros u obligaciones en el libro de inversiones. Al calcularse la rentabilidad sobre los activos medios afectos, el valor correspondiente se obtiene de la semisuma de activos afectos al inicio y al final del ejercicio.

RENTABILIDAD A CUENTA PREANUNCIADA

Con periodicidad al menos trimestral, la Mutuality informará a los mutualistas y beneficiarios con saldo en la cuenta de fondo acumulado, de la rentabilidad aplicable al mismo en el periodo siguiente, la cual constituye un valor a cuenta del 90 % de la rentabilidad financiera aplicable.

COMPLEMENTO DE RENTABILIDAD

Viene dado por el exceso del 90 % de la rentabilidad aplicable sobre la rentabilidad a cuenta asignada durante el ejercicio. La fecha de devengo es la de 31 de diciembre del ejercicio, y la fecha de aplicación efectiva es la del día 1 del mes siguiente al de aprobación de las cuentas anuales por la Asamblea General de la Mutuality.

GARANTÍA MÍNIMA DE LA COBERTURA DE AHORRO JUBILACIÓN

Se garantizará a la fecha del hecho causante, en su caso, el saldo de la cuenta de fondo acumulado a

30 de junio de 2016, más la suma de las aportaciones efectuadas desde esa fecha y hasta la fecha del hecho causante, deduciendo en su caso, los gastos de gestión y los costes o primas de las coberturas de riesgo asociados.

BAREMO DE INDEMNIZACIONES POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y TRATAMIENTOS DE CIRUGÍA

GENERAL

Cirugía menor (5 puntos) Abscesos, Acalasia, Apendicectomía, Aponeurectomía, Vaciamiento ganglionar, Cuerpos extraños, Dehiscencia rectos abdomen, Divertículo de Merckel, Epitelioma, Esclerosis varices esofágicas, Fístula sacro-coxígea, Extirpación parótida, Hemorroides, Hernia de hialto, Laparotomía exploradora, Lipectomía, Abdominoplastia, Lipomas, Litotricia biliar, Melanomas, Oclusión intestinal, Pólipos, Vagotomía.

Cirugía intermedia (10 puntos) Suprarrenalectomía, Anastomosis biliodigestivas, Ano contranatura, Peritonitis, Extirpación ganglionar de cuello o mediastino, Colectomía laparoscópica, Gastroenterostomía, Colédoco duodenostomía, Divertículos esofágicos, Esplenectomía, Estenosis esofágicas, Eventraciones, Gastrectomía, Tiroidectomía, Hemicolectomía, Hernia diafragmática, Quiste hidatífico.

Cirugía mayor (20 puntos) Atresia de esófago, Colectomía total, Resección esófago, Estenosis esofágica, Hepatectomía, Pancreatectomía parcial, Osteosarcoma, Plastias vías biliares, Resección recto, Trasplante de órganos.

NEUROLOGÍA

Cirugía menor (5 puntos) Absceso cerebral, Cordotomías, Craniectomía, Descompresión nervios craneales, Embolización aneurismas, Neurolisis.

Cirugía intermedia (10 puntos) Hematoma hipofisario, Fístula craneal, Meningocele, Lobotomía, Neurogangliectomía.

Cirugía mayor (20 puntos) Cirugía sobre el cerebro (tumores, quistes...), Malformaciones cerebrales, Foco epileptógeno, Hematoma subdural, Tumores sistema nervioso central.

OFTALMOLOGÍA

Cirugía menor (5 puntos) Canalización lagrimales, Pterigion, Queratotomía, Cuerpos extraños corneales, Iridectomía antiglaucoma, Criopexia, Extracción lente intraarticular.

Cirugía intermedia (10 puntos) Dacriocistorinostomía, Tumores lacrimales y conjuntiva, Queratotomía laser excimer técnica Lisch, Escleroidectomía, Traveculectomía uveal, Colocación lente intraarticular, Nistagmus.

Cirugía mayor (20 puntos) Trasplante de córnea, Tumores de coroides, Cataratas, Desprendimiento de retina, Luxación cristalino, Tumores retina, Vitrectomía, Enucleación, Estrabismo.

TOCOLOGÍA + GINECOLOGÍA

Cirugía menor (5 puntos) Mola hidatídica, Mastectomía parcial, Parto eutócico, Raspado puerperal, Abortos incompletos, Salpingectomía, Ovariectomía, Reducción mamaria, Conización, Anexitis, Endometriosis, Biopsia, Colporrafia por cistocele o rectocele, Tumores de vulva.

Cirugía intermedia (10 puntos) Cesárea, Histerectomía, Cuadrantectomía, Histerectomía paravaginal, Histerectomía subtotal, Prolapso uterino, Uretroplastia.

Cirugía mayor (20 puntos) Mastectomía con vaciamiento axilar, Tumores malignos vagina, Vagina artificial.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Cirugía menor (5 puntos) Electrocoagulación amígdala lingual, Extirpación tumores de amígdalas, Fístulas nasales, Esclerosis de cornetes, Osteoma conducto auditivo externo, Plastia de faringostomía, Reconstrucción cadena oscilar, Septoplastia, Sinusitis, Traqueotomía, Tirotomía.

Cirugía intermedia (10 puntos) Descompresión vestibular, Microcirugía epiglotidectomía, Epitelioma cuerdas vocales, Esofagectomía cervical externa, Estapedectomía, Estenosis laringo-traqueal, Etmoidectomía, Extirpación parótida, Fibroma de Cavum, Mastoidectomía, Miringoplastia, Mucoclece, Neurectomía vestibular, Timpanoplastia.

Cirugía mayor (20 puntos) Laberintectomía, Laringectomía parcial y total, Cirugía intrapetrosa (nervio facial), Tumor octavo par, Otoesclerosis.

CARDIOVASCULAR

Cirugía menor (5 puntos) Arteriectomía, Marcapasos (cambio), Portacat, Filtro cava, Fístula arteriovenosa, Linfedema, Costilla cervical, Safenectomía.

Cirugía intermedia (10 puntos) By-pass aorto-femoral, Embolectomía periférica, Implantación de marcapasos primario, Intervención pericárdica, Trombo endarterectomía.

Cirugía mayor (20 puntos) By-pass aorto-toraco-abdominal, By-pass aorto-coronario, Cirugía de arritmias cardíacas, Coartación aórtica, Plastia valvular, Defectos septales, Embolectomía aórtica, Implante valvular, Persistencia conducto arteriovenoso, Reimplantación de miembros, Aneurismas, Trasplantes de corazón.

CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

Cirugía menor (5 puntos) Cirugía coxis, Fracturas vertebrales tratamiento conservador, Fractura de Colles, Fractura metacarpianos y del carpo, Fractura de fémur conservador, Fractura acromioclavicular, Hallux valgus, Extracción material de osteosíntesis, Epicondilitis, Transposición nervio cubital, Síndrome Túnel del Carpo, Cirugía Artroscópica.

Cirugía intermedia (10 puntos) Rotura manguito rotadores, Osteotomías, Sinovectomía, De Quervain, Plastia LCA, Amputación brazo y piernas, Traumatismo Cráneo-encefálico, Fractura huesos de la cara, Fractura escápula, Fractura supracondílea húmero, Fractura olécranon, Fractura astrágalo y calcáneo, Fractura tibia y peroné, Fractura de fémur, Fractura metatarsianas, Fracturas de rótula, Luxación recidivante de rótula, Artrodesis, Pie plano, Quiste óseo y Neoplasias.

Cirugía mayor (20 puntos) Politraumatizado, Desarticulación interescapular, Hemipelvectomía, Hemicorporectomía, Fractura vertebral con afectación medular, Epifisiolisis fémur, Fracturas abiertas con osteosíntesis, Luxación congénita de cadera quirúrgica, Escoliosis quirúrgica, Fusión vertebral, Hernia discal, Laminectomía.

UROLOGÍA

Cirugía menor (5 puntos) Pólipos ureterales, Ureterotomía, Hipertermia prostática, Cirugía de incontinencia, Cistostomía, Divertículos uretra, Epididimectomía, Hidrocele, Vasectomía.

Cirugía intermedia (10 puntos) Litiasis renal, Nefrectomía, Ureteroplastia, Fístula vesico-vaginal, Prostatectomía, Tumores vesicales, Orquiectomía.

Cirugía mayor (20 puntos) Trasplante renal.

CIRUGÍA PLÁSTICA

Cirugía menor (5 puntos) Rinoplastia y similares.

Cirugía intermedia (10 puntos) Fisura paladar, Labio Leporino.

Cirugía mayor (20 puntos) Malformaciones faciales, Reconstrucción mano.

CIRUGÍA TORÁCICA

Cirugía menor (5 puntos) Neumotorax y Biopsia transparietal.

Cirugía intermedia (10 puntos) Decorticación pleural, Lobectomía, Segmentotomía, Resección bronquiectasia.

Cirugía mayor (20 puntos) Extirpación de pulmón, Trasplante pulmonar, Tumores y Abscesos mediastínicos.

ODONTOLOGÍA

Cirugía menor (5 puntos) Curetage quirúrgico, Implantes, Gingivectomía, Endodoncias, Empastes.

Cirugía intermedia (10 puntos) Dentadura completa.

BAREMO DE INDEMNIZACIONES POR INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y TRATAMIENTOS POR ENFERMEDADES Y PATOLOGÍAS

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Grupo 1 (5 puntos) Polio, Herpes, Hepatitis, Mononucleosis infecciosa, Sífilis, Gonorrea, Uretritis, Pericarditis, Sepsis.

Grupo 2 (10 puntos) Tuberculosis, Infección por VIH.

ONCOLOGÍA

Grupo 1 (5 puntos) Tumores benignos del SNC, Neoplasias cutáneas.

Grupo 2 (10 puntos) Neoplasias malignas: digestivas, pulmonares, mamarias y del aparato genito urinario. Linfoma de Hodgkin, Mieloma múltiple.

ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENDOCRINOLÓGICAS O NUTRICIONALES.

Grupo 1 (5 puntos) Diabetes Mellitus no insulino dependiente, Gota, Hiperparadismo.

Grupo 2 (10 puntos) Hipertiroidismo, Cretinismo, Adisson, Diabetes Mellitus insulino dependiente, Síndrome de Cushing, Patología Hipofisaria.

HEMATOLOGÍA

Grupo 1 (5 puntos) Anemias (ferropénica, hemolítica, perniciosa), Púrpura, Déficits de coagulación.

Grupo 2 (10 puntos) Policitemia Vera, Trombocitopenia esencial.

PSIQUIATRÍA

Grupo 1 (5 puntos) Psicosis orgánicas, Demencia senil, Depresión.

Grupo 2 (10 puntos) Psicosis afectivas, Trastorno bipolar, Esquizofrenia, Trastorno distímico, Trastornos alimentarios.

ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

Grupo 1 (5 puntos) Migraña, Guillain Barre, Neuralgia del Trigémino, Neuropatías periféricas.

Grupo 2 (10 puntos) Esclerosis Múltiple, Enfermedades desmielinizantes, Parkinson, Epilepsia, Distrofias musculares, Parálisis cerebral.

PATOLOGÍA DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

Grupo 1 (5 puntos) Glaucoma, Queratitis, Iridociclitis, Uveitis, Trombosis arteria retina, Otitis, Síndromes vertiginosos, Retinosis pigmentaria, Degeneración pigmentaria.

Grupo 2 (10 puntos) Retinosis pigmentaria, Degeneración pigmentaria.

PATOLOGÍA CARDIACA, VASCULAR Y RESPIRATORIO

Grupo 1 (5 puntos) Fiebre reumática, Infarto agudo de miocardio, Alteraciones de la presión arterial, Embolia, Infarto pulmonar, Flebitis, Accidente cerebro vascular, Sinusitis, Neumonía, Bronquitis, Enfisema, Asma, Neumotorax, Fibrosis pulmonar, Síndrome de apnea del sueño.

Grupo 2 (10 puntos) Enfermedades arteriales severas excluyendo aneurismas.

PATOLOGÍA DIGESTIVA Y GENITO URINARIA

Grupo 1 (5 puntos) Úlcera, Gastritis, Hemorragias digestivas, Hernia de hiato, Diverticulosis, Pancreatitis, Enfermedades del esófago, Cirrosis, Gastritis crónica, Glomerulonefritis, Prostatitis crónica.

Grupo 2 (10 puntos) Enfermedad de Crohn, Colitis ulcerosa.

PATOLOGÍA SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

Grupo 1 (5 puntos) Artritis reumatoide, Artrosis, Espondilitis anquilopoyética, Síndrome de fatiga crónica, Paget, Osteomielitis, Osteoporosis, Osteocondritis.

Grupo 2 (10 puntos) Hernias discales con raquialgia crónica.

PRUEBAS EXPLORATORIAS INTERVENSIONISTAS Y TRATAMIENTOS ESPECIALES

Grupo 1 (5 puntos) Aortografía, Broncoscopia, Cateeterismo, Marcapasos provisional, Cistoscopia, Coloscopia, Colangiografía retrógrada, Endoscopias, Fibrolaringoscopia, Punción lumbar, Embolizaciones, PET, Ablaciones cardiofrecuencia, Quimioterapia, Ozonoterapia.

Grupo 2 (10 puntos) Cobaltoterapia, Radioterapia (braquiterapia), Trasplante de médula osea, Fecundación in vitro, Ondas de choque, Tratamiento hormonal por cancer, Oxígenooterapia a domicilio.

Las indemnizaciones derivadas de Enfermedades, Patologías y Tratamientos que tengan la misma causa se limitarán como máximo a un pago por reclamación cada dos años.

Las intervenciones quirúrgicas no previstas en este Baremo y que tengan una dificultad técnica análoga o semejante a las previstas en el mismo, se valorarán por los servicios médicos de la Mutualidad por comparación. Se excluyen las intervenciones de menos de cinco puntos.

Las pruebas diagnósticas solo estarán cubiertas en el caso de ser intervencionistas, valorándose por los servicios médicos por analogía o semejanza con las baremadas.



MUTUALIDAD
ABOGACÍA





mutualidadabogacia.com



MUTUALIDAD ABOGACÍA

www.mutualidadabogacia.com

sam@mutualidadabogacia.com | T. 914 35 24 86