

REGLAMENTO DE PRESTACIONES VIDA, ACCIDENTES Y ORFANDAD

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

Artículo Preliminar.

El presente Reglamento contiene las condiciones comunes aplicables a la relación de protección entre la Mutualidad y el asociado, complementarias a las normas específicas de cada prestación, y que deben ser interpretadas y aplicadas de conformidad con las disposiciones legales y reglamentarias de la actividad de previsión social.

Son sujetos de la relación de protección:

Mutualidad:

Es la asociación que recibe las cuotas y se hace cargo de la prestación regulada en los Reglamentos de la Mutualidad.

Asociado:

Persona física o jurídica que forma parte de la Mutualidad. La relación de protección nacerá siempre con la intervención del asociado. El tomador o el mutualista tienen la condición de asociados.

Persona protegida:

La persona física expuesta al riesgo o al evento relacionado con la propia vida.

Beneficiario:

Las personas que, cumplidas las normas de protección aquí reguladas, recibirán la prestación correspondiente.

Artículo 1º. Objeto

El objeto de este Reglamento es regular las normas, los requisitos y las condiciones que regirán para la concesión, la denegación y la suspensión de las prestaciones mutuales que constituyen el ámbito asistencial y la acción protectora de MÚTUA NACIONAL DE INGENIEROS TÉCNICOS DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA.

Artículo 2º. Extensión

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

1. Accidente por cualquier causa
2. Accidente de trabajo
3. Orfandad
4. Fallecimiento

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

El documento de inscripción o, en su caso, las condiciones particulares deberán contener, como mínimo:

- Los capitales asegurados
- En el caso de accidentes, la modalidad elegida por el mutualista.
- La prima.

La cobertura tiene una duración anual, prorrogable de acuerdo que lo que establece la Ley de Contrato de Seguro. El primer vencimiento será el 31 de diciembre del año en que se contrate.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el asociado, y de dos meses cuando sea la mutualidad.

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

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

Artículo 4º. Cuotas de las prestaciones

1. Para causar derecho a las diferentes prestaciones, los mutualistas deberán satisfacer las cuotas correspondientes establecidas para cada cobertura. La Mutua no podrá exigir ninguna cuota más que las que resulten de aplicar los Estatutos y los Reglamentos.

2. Si por culpa del tomador la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su el asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

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

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

Artículo 5º. Pago de las prestaciones

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

Artículo 6º Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas para las prestaciones que cubren el riesgo de muerte.

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la mencionada 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, y que afecten a riesgos en ella situados, y también los acontecidos en el extranjero cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiera satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjese 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 la mencionada póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudiesen ser completas por haber sido declaradas 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 al estatuto legal mencionado, 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 (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 135 km/h, y los tornados) y caídas de meteoritos.
- 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.

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 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, 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 éstos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) 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:

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

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 se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que, de conformidad con la normativa citada, la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la citada provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Procedimiento de actuación en caso de siniestro indemnizable por el consorcio de compensación de seguros En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, en el plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página «web» del Consorcio (www.conorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pueda surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

Artículo 7º. Recursos

Ante la resolución de la Mutualidad, la persona inscrita o sus beneficiarios podrán presentar recurso de acuerdo con los trámites establecidos en los estatutos.

CAPÍTULO 2.- REGLAMENTO DE LA PRESTACIÓN DE ACCIDENTES

Artículo 1º. Ámbito de cobertura

Los socios podrán suscribir para esta prestación un capital que tendrá como máximo el legal vigente en cada momento y podrán solicitar su ampliación, ateniéndose a las disposiciones establecidas en este reglamento, en las condiciones generales establecidas en el capítulo 1 y en los estatutos sociales.

Las indemnizaciones garantizadas para esta prestación tomarán como base el capital suscrito.

En esta prestación se admitirá la inscripción de socios, y de las personas que éstos puedan inscribir, con su aceptación previa, los cuales disfrutarán de los beneficios que la prestación otorga y deberán cumplir los mismos requisitos y condicionamientos que se establece en este reglamento, de acuerdo con lo dispuesto en los estatutos sociales y el reglamento general de prestaciones a las personas.

La cobertura cesará al finalizar el año natural en el que la persona inscrita cumpla los 65 años. En todo caso, la edad se computará por la completa en la fecha de la inscripción.

La cobertura de accidentes puede suscribirse en dos modalidades:

a) Accidente de trabajo

En esta modalidad se cubren exclusivamente los accidentes de trabajo, definidos en el artículo siguiente.

b) Accidente por cualquier causa.

En esta modalidad se cubren los accidentes ocasionados por cualquier causa, incluido el accidente de trabajo.

Artículo 2º. Definición

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

Se entiende accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo, sea por cuenta ajena o por cuenta propia, es decir, debe existir una relación de causalidad directa entre trabajo y lesión.

Están también cubiertos por esta prestación los accidentes expuestos en la Cláusula de Cobertura de Riesgos Extraordinarios, los cuales serán indemnizables directamente por el "Consortio de Compensación de Seguros", según dispone el capítulo 1 de este Reglamento.

Sin embargo, no serán indemnizables los accidentes que sufra el asociado en estado de perturbación mental, debidamente comprobada mediante las pruebas periciales pertinentes.

Tampoco lo serán en los siguientes supuestos: en la práctica de los deportes aéreos; en la realización por profesionales de prácticas deportivas; en caso de participar en competiciones; en el supuesto de embriaguez o intoxicación por uso de estupefacientes; lucha o pelea, salvo el caso probado de legítima defensa; y para intervenir en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional.

Artículo 3º. Indemnización por fallecimiento

La indemnización prevista para el supuesto de fallecimiento causada por accidente será satisfecha tanto si aquélla se produce inmediatamente después del accidente o bien, como consecuencia del mismo, dentro del plazo de un año después de lo sucedido. En todo caso, la indemnización máxima será el capital asegurado.

Artículo 4º. Beneficiarios

Serán beneficiarios de la indemnización que corresponda satisfacer, las personas designadas por el asociado en escrito dirigido a la Mutualidad, el cual causará efecto desde el momento en que llegue a su conocimiento; de no existir designación expresa, la entidad reconocerá como beneficiarios la persona o personas que son señaladas a continuación y por el orden de exclusión que se indica: el cónyuge que conviva con el causante; sus hijos, por partes iguales, o los nietos en representación de algún hijo premuerto; sus padres, si conviven con él, por partes iguales; sus herederos legales.

Los pagos que se hubieran hecho por concepto de invalidez producida por accidente que hubiera sido la causa posterior del fallecimiento del asociado, serán considerados como anticipo sobre la indemnización a satisfacer por fallecimiento y serán deducidos de la misma, en el momento de practicar su liquidación, hasta donde ésta alcance.

Artículo 5º. Grados de invalidez

Se considera **invalidez permanente y absoluta** la situación física irreversible provocada por accidente, que determine la total ineptitud del asociado para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional o doméstica.

Se considera **invalidez permanente total para la profesión habitual** la que inhabilita al trabajador para la realización de todas o de las fundamentales tareas de dicha profesión, siempre que pueda dedicarse a otra distinta.

Se considera **incapacidad permanente parcial** para la profesión habitual la que, sin alcanzar el grado de total, ocasione al trabajador una disminución no inferior al 33% de su rendimiento normal para dicha profesión sin impedirle la realización de las tareas fundamentales de aquélla.

El mutualista podrá contratar la cobertura de la invalidez, según se determine en las condiciones particulares.

La cuantía de la prestación en cada grado de invalidez se determinará en las condiciones particulares, de acuerdo con la cobertura contratada.

Artículo 6º. Derecho a la prestación

Para causar derecho a la indemnización se requiere:

- 1º** Estar al corriente en el pago de cuotas.
- 2º** Solicitar de la Mutualidad, en un plazo máximo de ocho días desde la fecha del accidente, la apertura de un expediente de indemnización.
- 3º** Aportar al expediente la siguiente documentación:
 - a)** Certificado de nacimiento de la persona inscrita, y en su caso, certificado de defunción, entregado por el juzgado correspondiente.
 - b)** Certificación extendida por el médico que haya atendido al accidentado, en la que figuren el nombre y los apellidos de ésta, las circunstancias, las lesiones sufridas y las consecuencias agudas o previsibles del accidente y, en el caso, el centro sanitario donde haya sido internado. En este supuesto se presentará también certificación del centro, donde se detallen las intervenciones practicadas y las lesiones causadas por el accidente.
 - c)** En el supuesto de fallecimiento, una declaración sobre la situación familiar del fallecido, aportando documentación suficiente para el reconocimiento de derechos.
 - d)** En el supuesto de invalidez en cualquier grado cubierto, copia de la resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social u organismo que lo pudiera substituir, o sentencia judicial, en la que se declare la invalidez en grado de absoluta o gran invalidez.
 - e)** En caso de infarto de miocardio, resolución administrativa o judicial que lo califique como accidente de trabajo, en su caso.

Una vez completa la documentación presentada y obtenidos los informes técnicos necesarios, la Mutualidad procederá a la correspondiente indemnización en un plazo de cuarenta días, o bien comunicará a los interesados la denegación de la solicitud.

CAPÍTULO 3.- REGLAMENTO DE LA PRESTACIÓN DE ORFANDAD

Artículo 1º. Definición

Mediante esta prestación, el asociado o persona inscrita que fallezca causará derecho en favor de los hijos que tenga inscritos como beneficiarios, a la percepción de la pensión relacionada en anexo informando importes y fechas de pago. En ningún caso el asegurador vendrá obligado a proceder al abono de ninguna cuantía cuya fecha fuese anterior a la del fallecimiento del asegurado.

En el supuesto de existir distintos beneficiarios, cada uno de ellos dispondrá en anexo la cuantía de cada término informando importe y fecha de pago.

Las percepciones de distintos beneficiarios pueden ser distintas en cuantía y en duración, de acuerdo con lo que haya decidido el tomador del seguro.

La pensión por orfandad sólo es asegurable para el periodo de seguro concertado.

Artículo 2º. Exclusiones

1. No causará derecho a pensión el fallecimiento que ocurra a consecuencia de guerra, revolución, motín o hechos similares y por causa de terremotos u otros fenómenos calificados de carácter catastrófico por los organismos administrativos competentes.
2. No se tendrá derecho a la pensión cuando el fallecimiento del socio sea causado por alguna enfermedad contraída con anterioridad al momento de la contratación inicial o bien de las posteriores ampliaciones y que no haya sido declarada en su momento.

Artículo 3º. Condiciones de inscripción

1. Son condiciones indispensables para inscribirse, hacer una declaración de salud y, cuando lo determine la Junta Directiva, someterse a una revisión médica, en los términos que constan en la solicitud de inscripción. Los efectos de la declaración de salud, quedarán sometidos a lo establecido en el reglamento general de las personas y en la legislación aplicable.
2. En caso de ampliaciones de coberturas posteriores a la primera inscripción, las cuotas correspondientes a estas ampliaciones estarán de acuerdo con la edad del contratante y la de su hijo. Para contratar ampliaciones será necesario hacer todos los trámites como si fuera una nueva inscripción. Cualquier elevación del capital en riesgo derivada de un incremento en la pensión garantizada quedará sujeta a previa aprobación de la suscripción del riesgo por parte de la mutualidad.
3. El mutualista podrá contratar prestaciones de diferente cuantía para cada uno de sus hijos.

4. Por capital en riesgo se entenderá el valor actual actuarial de la pensión por orfandad garantizada en aplicación de la base técnica vigente para el año de contrato.
5. Cada anualidad tendrá su propia Base Técnica
6. La Nota Técnica del producto estará a disposición del tomador que así la requiera
7. La edad máxima de inscripción será de 55 años.

Artículo 4º. Suscripción

El capital suscrito consta en las condiciones particulares del reglamento. En caso de producirse el siniestro, dicho capital se convertirá en una pensión a abonar a los beneficiarios designados, constando también en las condiciones particulares el flujo de la pensión a abonar

Artículo 5º. Entrada en vigor de la cobertura.

1. La cobertura entrará en vigor el día primero del mes siguiente a la aceptación de la inscripción por parte de la Junta Directiva de la Mutualidad.
2. En caso de suicidio, se requerirá un período de 12 meses de carencia desde la aceptación de la inscripción para tener derecho a la prestación.

Artículo 6º. Causas que originan la prestación

Dará derecho al abono de la prestación exclusivamente el fallecimiento del asegurado.

Artículo 7º. Beneficiarios

1. Se podrán inscribir como beneficiarios de los asociados los hijos de éstos.
2. Se perderá la condición de beneficiario cuando se haya percibido el último término de pensión establecido por el tomador en la suscripción del seguro

Artículo 8º. Requisitos para el cobro de la prestación

1. El reconocimiento del derecho a la pensión será acordado por la Mutualidad, previa solicitud en un plazo máximo de ocho días desde la fecha del hecho causante, y justificación del mismo, acreditado mediante la siguiente documentación:
 - 1.1. Certificado de defunción que lo acredite, entregado por el juzgado correspondiente y un certificado del médico que lo haya atendido, donde se especifiquen detalladamente la causa y las circunstancias del deceso.
 - 1.2. Los nombres y las circunstancias de los presuntos beneficiarios; y toda la documentación que crea necesaria la Junta Directiva para la concesión del derecho.

- 1.3. Fe de vida del beneficiario, la cual exigirá cada vez que la Mutualidad lo considere oportuno.
- 1.4. Llevar un mínimo de seis meses de inscripción a menos que la muerte o invalidez se produzca a consecuencia de accidente; en este caso no se aplicará ningún período de carencia.
2. En caso de suicidio, acreditar que se han superado las carencias expresadas en el artículo 5.2.
3. Una vez reunida la documentación necesaria, la Mutualidad, en un plazo máximo de cuarenta días, adoptará el acuerdo que proceda.

Artículo 9º. Forma de pago de la prestación

1. Una vez reconocido el derecho a la pensión, ésta tomará efecto a partir del mes siguiente al del fallecimiento.
2. El importe de la pensión se satisfará trimestralmente a nombre del beneficiario a través de transferencia bancaria, para facilitar la gestión administrativa de la prestación.

CAPÍTULO 4. REGLAMENTO DE LA PRESTACIÓN DE FALLECIMIENTO

Artículo 1º. Definición y coberturas

La prestación de vida temporal renovable tiene por objeto el pago del capital asegurado en caso de muerte o de invalidez.

Los grados de invalidez se encuentran definidos en el artículo 5 del reglamento de la prestación de accidentes.

Se podrán contratar las siguientes modalidades:

- a) Vida temporal renovable en caso de muerte.
- b) Vida temporal renovable en caso de muerte o invalidez.

La cobertura de invalidez se considera accesoria a la de defunción, y se podrá contratar según se determine en las condiciones particulares.

La cuantía de la prestación en cada grado de invalidez se determinará en las condiciones particulares, de acuerdo con la cobertura contratada.

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

El infarto de miocardio se considerará accidente sólo en los casos en que una autoridad laboral lo califique como accidente de trabajo.

En todo lo que no esté regulado por el presente Reglamento para la prestación de accidente estará a todo cuanto disponga el reglamento de muerte por accidente.

La cobertura será anual renovable. Cada año se recalculará la cuota en función de la edad que vaya logrando la persona protegida y de los capitales garantizados.

La cobertura se renovará hasta la edad máxima del asegurado para su permanencia en la prestación, de acuerdo con las normas establecidas en este Reglamento.

En caso de que alguna de las partes no quiera renovar la cobertura, lo deberá comunicar, por escrito, con dos meses de anticipación al vencimiento anual.

El capital máximo a contratar será el que en cada momento determine la legislación de previsión social vigente.

En esta prestación se admitirán solicitantes desde los 15 hasta los 65 años de edad.

La cobertura en caso de muerte finalizará a los 70 años, y la de invalidez permanente absoluta a los 65 años.

Se computará como edad de la persona inscrita la que corresponda al cumpleaños más próximo, tanto por defecto como por exceso.

Artículo 2º. Derecho a la prestación

Para tener derecho a esta prestación se requiere:

- 1º** Estar al corriente del pago de las cuotas.
- 2º** Llevar un mínimo de seis meses de inscripción a menos que la muerte o invalidez se produzca a consecuencia de accidente; en este caso no se aplicará ningún período de carencia.
- 3º** En caso de suicidio, se requerirá un período de 12 meses de carencia desde la aceptación de la inscripción para tener derecho a la prestación.

La Junta Directiva es depositaria de la autoridad de admitir las solicitudes presentadas para el ingreso a la prestación, y las posibles ampliaciones con las modificaciones o exclusiones que en su caso considere convenientes. Para inscribirse en la prestación, los mutualistas, junto con la solicitud de ingreso, deberán cumplimentar una declaración de salud previa al ingreso y / o en su caso un reconocimiento médico.

Artículo 3º. Exclusiones

Quedan excluidos de cualquier cobertura los siguientes casos:

- 1.** Suicidio, las consecuencias de la acción de suicidarse, frustrada o no, cometida por el asociado en el transcurso de un año a partir de la fecha de alta o de ampliación de cobertura.
- 2.** Los siniestros causados por actividad engañosa del asociado o del beneficiario.
- 3.** Los siniestros causados voluntariamente por el asociado.
- 4.** Las lesiones que sobrevengan al asociado en estado de enajenación mental, de embriaguez o por uso de estupefacientes no prescritos médicamente.
- 5.** Las consecuencias de la reacción o la radiación nuclear, o la contaminación radiactiva.
- 6.** Las consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asociado, declarado así judicialmente, y también de los actos derivados de la participación del asociado en actos delictivos, apuestas, duelos o riñas, siempre que en este último caso no se hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

En caso de producirse el riesgo cubierto por la prestación, el asociado o en su caso el beneficiario, deberá comunicarlo a la entidad, en un plazo máximo de ocho días desde la fecha del hecho causante.

Artículo 4º. Tramitación de la prestación

La documentación que se deberá presentar en caso de muerte es la siguiente:

1. Documentación que acredite la personalidad y la condición de beneficiario.
2. Certificado oficial de defunción del asociado.
3. Certificado del facultativo que haya asistido al asociado, indicando las causas de la muerte (origen, evolución y tipo de enfermedad o accidente que la haya producido).
4. En su caso, certificado del registro de actos y de últimas voluntades, copia del último testamento del asociado o auto judicial de declaración de herederos.
5. En caso de infarto de miocardio, resolución administrativa o judicial que lo califique como accidente de trabajo, en su caso.
6. Documento que acredite la liquidación del impuesto sobre sucesiones y donaciones.

En caso de invalidez será la siguiente:

1. Copia de la resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social u organismo que lo pudiera substituir, o sentencia judicial, en la que se declare la invalidez en grado de absoluta o gran invalidez.

La Junta Directiva podrá solicitar los informes o pruebas complementarias que considere oportuno.

Artículo 5º. Pago de la cuota

La cuota será anual, y las cuotas podrán fraccionarse en periodos semestrales, trimestrales o mensuales.

Artículo 6º. Beneficiarios

Serán beneficiarios de la indemnización que corresponda satisfacer, las personas designadas por el asociado en escrito dirigido a la entidad, que causará efecto desde el momento en que llegue a su conocimiento. De no existir designación expresa, la entidad reconocerá como beneficiario la persona o las personas que se señalan a continuación y por el orden de exclusión que se indica: el cónyuge que conviva con el causante; sus hijos, por partes iguales o los nietos en representación de algún hijo premuerto; sus padres si conviven con él, por partes iguales; sus herederos legales.

La acción de reclamar el capital prescribirá sin excepción a favor del fondo de la entidad, a los cinco años de la fecha de ocurrencia del riesgo cubierto.