

REGLAMENTO VIDA - ACCIDENTES

Artículo Preliminar.

El presente Reglamento se rige por lo que dispone la Ley 50/1980 de 8 de octubre del Contrato de Seguro, la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y normativa que la desarrolla, y por lo contenido en el presente Reglamento.

Artículo 1º. Definiciones

Entidad Aseguradora

MUTUA NACIONAL DE INGENIEROS TÉCNICOS DE PREVISIÓN SOCIAL A PRIMA FIJA, que asume la cobertura de los riesgos objeto de este reglamento y garantiza el pago de las indemnizaciones que corresponda con arreglo a las condiciones del mismo.

Socio Titular o mutualista

Es la persona natural o jurídica que suscribe el presente reglamento mediante la solicitud de inscripción.

Beneficiario

Cada una de las personas que satisface las condiciones de adhesión y figura en la relación de personas incluidas en la prestación.

Documento de inscripción

Es el documento que contiene las condiciones generales del contrato de seguro y las especiales y particulares del Socio Titular y sus beneficiarios.

Artículo 2º. Objeto

Se establecen en esta prestación 16 grupos, así como 6 grupos de ampliaciones, por cada uno de los cuales, percibirá el socio-beneficiario, y según la contingencia ocasionada, la prestación económica que se desglosa en el cuadro adjunto.

Los grupos asignados a esta prestación son:

	C-10	C-20	C-30	C-40	C-50	C-60	C-70	C-80	C-90
Muerte a cualquier evento	300,51	601,01	1502,53	3005,06	6010,12	12.020,24	18.030,36	24.040,48	30.050,61
Invalidez absoluta a cualquier evento (a cta. de las anteriores)	300,51	601,01	1.502,53	3.005,06	6.010,12	12.020,24	18.030,36	24.040,48	30.050,61
Muerte por accidente involuntaria	1.365,18	6.825,91	13.651,84	20.477,75	27.303,67	27.303,67	27.303,67	27.303,67	27.303,67
Invalidez absoluta por accidente involuntario (a cta. de las anteriores)	1.365,18	6.825,91	13.651,84	20.477,75	27.303,67	27.303,67	27.303,67	27.303,67	27.303,67
Invalidez parcial por accidente involuntario	----	Incluida s/baremo	Incluida s/baremo	Incluida s/baremo	Incluida s/baremo	Incluida s/baremo	Incluida s/baremo	Incluida s/baremo	Incluida s/baremo
Asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica por accidente (libre elección clínica y facultativos)	----	sin límite	sin límite	sin límite	sin límite	sin límite	sin límite	sin límite	sin límite
Gastos de habitación de estancia en clínica debida a accidente, máximo:	----	180,00 €/día	180,00 €/día	180,00 €/día	180,00 €/día	180,00 €/día	180,00 €/día	180,00 €/día	180,00 €/día
	C-10 J	C-20 J	C-30 J	C-40 J	C-20 M	C-30 M	C-40 M	C-20 N *	
Muerte a cualquier evento	300,51	601,01	1502,53	3005,06	601,01	1502,53	3005,06	0	
Invalidez absoluta a cualquier evento (a cta. de las anteriores)	300,51	601,01	1502,53	3005,06	601,01	1502,53	3005,06	0	
Muerte por accidente involuntaria	0	0	0	0	6825,91	6825,91	6825,91	682,59	
Invalidez absoluta por accidente involuntario (a cta. de las anteriores)	0	0	0	0	0	0	0	682,59	
Invalidez parcial por accidente involuntario	0	0	0	0	0	0	0	s/baremo	
Asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica por accidente (libre elección clínica y facultativos)	0	0	0	0	sin límite	sin límite	sin límite	sin límite	
Gastos de habitación de estancia en clínica, debida a accidente, máximo:	0	0	0	0	180,00 €/día	180,00 €/día	180,00 €/día	180,00 €/día	

*Hasta 15 años

	A-01	A-02	A-03	A-04	A-05	A-06
Muerte por accidente involuntaria	6.825,91	13.651,84	20.477,75	27.303,67	34.129,60	40.955,51
Invalidez absoluta por accidente involuntario (a cuenta de las anteriores)	6.825,91	13.651,84	20.477,75	27.303,67	34.129,60	40.955,51
Invalidez parcial por accidente involuntario	incl. s/ baremo	incl. s/ baremo	incl. s/ baremo	incl. s/ baremo	incl. s/ baremo	incl. s/ baremo
Asistencia médico-quirúrgica y farmacéutica por accidente (libre elección clínica y facultativos)	0	0	0	0	0	0
Gastos de habitación de estancia en clínica, debida a accidente(máximo)	0	0	0	0	0	0

BASES FUNDAMENTALES

Artículo 3º.

En esta prestación se admitirá la inscripción de socios y de las personas que éstas puedan inscribir, las cuales se beneficiarán de lo que otorga la prestación, y deberán cumplir los mismos requisitos y condiciones que establece este reglamento, de acuerdo con lo que dispone los Estatutos Sociales.

Artículo 4º. Condiciones de Adhesión

Las condiciones de Adhesión serán las que figuren en el presente reglamento suscritas por la Mutualidad y aceptadas por el Mutualista.

Artículo 5º.

Si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la cuota pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación de la Mutualidad se reducirá en proporción a la cuota percibida. Si, por el contrario, la cuota pagada es superior a la que debería de haberse abonado, la Mutualidad está obligada a restituir el exceso de las cuotas percibidas sin intereses.

Artículo 6º.

Los socios podrán suscribir el grupo que consideren y variarlo, sometiéndose a todo lo que establecen los Estatutos Sociales, como también a los periodos de carencia reglamentarios. Será aplicada al nuevo grupo la cuota que corresponda a la edad del socio en el momento de la ampliación.

- 1-** Podrán adscribirse solamente a una de las secciones del combinado Vida-Accidentes C-1 O, C-20, C-30, C-40, C-50, C-60, C-70, C-80 ó C-90:
 - 1.1-** Los Ingenieros Técnicos Agrícolas y/o Peritos Agrícolas que estén colegiados, sus cónyuges y sus hijos mayores de 15 años.
 - 1.2-** Los empleados del Consejo General, Colegios, Mutua y sus cónyuges.
 - 1.3-** Los colaboradores de los Ingenieros Técnicos Agrícolas y/o Peritos Agrícolas mutualistas que no hayan cumplido los 50 años. No podrán considerarse colaboradores los Ingenieros Técnicos Agrícolas y/o Peritos Agrícolas.
 - 1.4-** El cónyuge e hijos de los incluidos en los apartados 1.2 y 1.4 que no hayan cumplido los 50 años.

- 2-** Para adscribirse a la sección C-10, solo es necesario estar incluido en uno de los apartados 1, teniendo en cuenta que, al cumplir los 70 años, desaparecerá la cobertura de accidentes, quedando únicamente la de vida, o sea que automáticamente pasarán a pertenecer a la sección C-10 J.

- 3-** Para adscribirse a la sección C-20, solo es necesario estar incluido en uno de los apartados 1, teniendo en cuenta que, al cumplir los 70 años, el mutualista pasará a pertenecer automáticamente a la sección C-20 M (con cobertura de accidente) o de solicitarlo podrá pasar a formar parte de la sección C-20 J (en las que no hay cobertura de accidentes).

- 4-** Para adscribirse a las secciones C-30, C-40, C-30, C-60, C-70, C-80 ó C-90, además de estar incluido en uno de los apartados 1, es imprescindible:
 - 4.1-** Gozar de buena salud en el momento de la adscripción. A tal efecto el solicitante cumplimentará la declaración de estado de salud (cuya veracidad condiciona la validez del documento de adhesión), que le será facilitada. El alta en dichas secciones se considerará provisional y sin efecto, aunque el mutualista hubiese pagado una o varias cuotas, hasta que la mutualidad tenga en su poder la declaración de estado de salud. A partir de esta fecha y en el plazo de un trimestre, el solicitante recibirá el correspondiente documento de adhesión, en su caso, el rechazo a su adscripción.
 - 4.2-** Ser mayor de 15 años y menor de 65 años (secciones C-30 y C-40) y menor de 60 años (secciones C-50, C-60, C-70, C-80 y C-90), los Ingenieros Técnicos y/o Peritos Agrícolas, sus cónyuges y los empleados de la organización colegial. Tener menos de 50 años los colaboradores y sus cónyuges. Al cumplir los 70 años se pasará automáticamente a la sección C-20 M, o a la C-20 J ó C-30 J (en las que no hay cobertura de accidentes) o secciones C-30 M ó C-40 M (con cobertura de accidentes).

- 5-** Los colaboradores y sus familiares que deseen adscribirse en alguna de las secciones C (combinado de Vida-Accidentes) deberán pagar una cuota única de entrada de 2.000 ptas.

Artículo 7º.

La cuota correspondiente a esta prestación, será exigible en efectivo, por anticipado, el día de su vencimiento, contra recibo librado por la Mutualidad y en el domicilio del Mutualista. A efectos de su cobro podrá convenirse su fraccionamiento.

Si la primera cuota o derrama, tanto de prima fija como variable, no ha sido pagada por causa atribuible al mutualista, la Mutualidad tiene derecho a darle de baja de la prestación o a exigir el pago de la cuota no pagada por vía ejecutiva, en base al documento de inscripción. Si no se establece expresamente lo contrario, la mutualidad, en caso de que se produzca un siniestro y aunque no se haya pagado la cuota, queda libre de sus obligaciones.

En caso de falta de pago de las cuotas sucesivas a la primera, la cobertura otorgada queda en suspenso un mes después del día del vencimiento. Si la Mutualidad no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la cuota, se entiende que el seguro queda extinguido. En cualquier caso, la Mutualidad, cuando la cobertura queda en suspenso, únicamente puede exigir el pago de la cuota del periodo de riesgo en curso.

Si la relación no ha sido extinguida según lo establecido en los dos párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efectos al día siguiente en que el socio pague la cuota.

La falta de pago de los derrames pasivos o de las aportaciones obligatorias es causa de baja del socio, una vez transcurridos sesenta días desde el requerimiento del pago. No obstante, la relación con la Mutualidad continúa vigente hasta el vencimiento siguiente del periodo de cobertura en curso, momento en el que queda extinguida, con subsistencia de la responsabilidad del socio respecto a sus deudas pendientes.

Artículo 8º. Accidente

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

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 siguientes supuestos:

- Práctica de deportes aéreos.
- Realización profesional de prácticas deportivas.
- Participación en competiciones.
- Supuestos de embriaguez o intoxicación por el uso de estupefacientes.
- Lucha o pelea, exceptuando el caso probado de legítima defensa, e
- Intervención en actos notoriamente peligrosos no justificados por necesidad profesional.

La indemnización prevista en el supuesto de defunción causada por accidente será satisfecha en el supuesto que se produzca inmediatamente al accidente, o bien, si como consecuencia de éste, falleciera dentro del plazo de un año después del suceso.

En esta prestación se incluye como tal el infarto de miocardio, siempre y cuando sea declarado como accidente laboral por el Organismo Oficial de la Seguridad Social o Mutualidad laboral correspondiente.

Artículo 9º. Defunción

Serán beneficiarios de la indemnización por Defunción las personas designadas por el socio por escrito dirigido a la Mutualidad, causando efecto a partir del momento que ésta tenga conocimiento.

De no existir designación expresa, la Entidad reconocerá como beneficiario la persona o personas que se indican a continuación y por 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, a partes iguales; sus herederos legales.

Los pagos que se hubieren realizado en concepto de Invalidez producida por Accidente y que hubiere sido la causa posterior de la defunción, serán considerados como "entrega a cuenta" sobre la indemnización a satisfacer por defunción y serán deducida de ésta, en el momento de practicar la liquidación, hasta donde alcance.

Artículo 10º. Invalidez

Se entenderá por invalidez permanente y absoluta la situación física irreversible, que determine la total ineptitud del asociado para el mantenimiento permanente de cualquier relación laboral o actividad profesional o doméstica. Las lesiones que comprende esta definición son los correspondientes a la primera categoría de las especificadas en el Baremo que figura en el artículo 16 del presente reglamento.

Se entenderá por invalidez permanente parcial la situación física del asociado que figure en las categorías segunda a octava del Baremo establecido en el artículo 16 de este reglamento. La indemnización a satisfacer será aquella que resulte de la aplicación de los coeficientes determinantes del grado de invalidez que sufra el asociado, según especifica el mencionado Baremo anexo.

La calificación de los grados de invalidez del mencionado Baremo y el derecho a la prestación, en su caso, se atenderá a las siguientes normas complementarias:

- 1-** La lesión medular a consecuencia de un accidente indemnizable se considerará como invalidez y será clasificado por similitud en la categoría que corresponda entre las lesiones anteriormente enumeradas.

- 2- La impotencia funcional, absoluta y permanente, de un miembro es equivalente a su pérdida orgánica.
- 3- Cuando la pérdida o inutilización de un miembro o de un órgano de los indicados sea solamente parcial, el grado de invalidez será fijado deduciendo la tasación en igual proporción sobre el porcentaje señalado en la categoría correspondiente.
- 4- Cuando, por un mismo accidente, el inscrito sufra diversas pérdidas o inutilizaciones, la indemnización total será calculada por acumulación de porcentajes establecidos para cada una de ellas, sin que el importe conjunto sobrepase en ningún caso la suma garantizada para la primera categoría.
- 5- Si el inscrito presentaba defectos corporales con anterioridad al accidente, la indemnización será fijada de acuerdo con el grado de invalidez que debería resultar si antes del accidente el asociado gozara de plena integridad corporal.
- 6- Las lesiones o enfermedades no especificadas en el Baremo no causarán derecho a indemnización, salvo que, por sus características, pueda ser catalogada como análoga por los Servicios Médicos de la Mutualidad.
- 7- La Mutualidad fijará el grado de invalidez cuando el estado del inscrito sea reconocido como definitivo. Esta determinación se hará siempre dentro del término de un año desde la fecha del accidente.

Artículo 11º. Asistencia Médico-Quirúrgica y Farmacéutica por Accidente

Por esta prestación se abonará al socio-beneficiario los gastos razonables y acostumbrados por los tratamientos médico-quirúrgicos y farmacéuticos a consecuencia de accidente que, por prescripción facultativa, sea necesario aplicar o practicar durante la vigencia de la prestación.

A tal efecto, se considerará Accidente lo descrito en el artículo 8 del presente reglamento.

Para el reembolso de los gastos anteriormente descritos será necesaria la presentación original de los comprobantes del pago de la contingencia acaecida. La Mutualidad se reserva la posibilidad de solicitar cuantos documentos médicos precise para valorar o, en su caso denegar la solicitud de la prestación presentada. A tal efecto, también podrá la Mutualidad instar al mutualista a las revisiones médicas realizadas por facultativos de la entidad.

Artículo 12º. Gastos de Hospitalización a consecuencia de Accidentes

Se abonará al mutualista la cantidad descrita en el artículo 2º de este reglamento por el periodo de permanencia e internamiento motivado por intervención quirúrgica, tratamiento, exploración y rehabilitación en clínica o centro hospitalario, cuando éste haya sobrevenido a consecuencia de un accidente.

A tal efecto, se considerará hospital o clínica todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provistos de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día.

El límite máximo para esta prestación de estancia en dicho centro será de 60 días a partir del día de internamiento.

Artículo 13º. Certificados individuales de seguro

La Mutualidad podrá emitir para cada beneficiario el correspondiente Certificado Individual de Seguro en el que se harán constar las garantías contratadas.

Las modificaciones que afecten a algún certificado de seguro, se efectuarán mediante la emisión de uno nuevo, quedando automáticamente anulado el anterior.

Artículo 14º.

La indemnización prevista deberá solicitarla el beneficiario o beneficiarios mediante escrito dirigido al Presidente de la Junta Directiva, debiendo acompañar la siguiente documentación:

- a) Certificado de nacimiento y defunción, si procede, librados por el juzgado.
- b) Certificado médico donde se especifique la causa y circunstancias de la muerte o invalidez, lesiones sufridas, consecuencias agudas o previsibles y detalle de las intervenciones practicadas y las lesiones causadas por el accidente.
- c) Informe del Delegado de MUNITEC, en el que se especifiquen la situación familiar del mutualista causante de la prestación.
- d) Certificado de haber presentado ante la delegación tributaria correspondiente, liquidación del Impuesto sobre Sucesiones.
- e) Cualquier otra documentación suficiente para el reconocimiento de sus derechos.

Una vez completa la documentación presentada, la Mutualidad procederá a la liquidación de la correspondiente indemnización en un plazo máximo de 40 días, o bien comunicará a los beneficiarios la denegación de la solicitud.

Artículo 15º. Anexo I

Las cuotas a satisfacer por el socio mutualista por el grupo suscrito se especificarán en el anexo adjunto.

Artículo 16º. Baremo

Baremo de categorías y coeficientes determinantes del grado de invalidez:

- Pérdida completa de los dos ojos.	100%	
- Pérdida completa de los dos brazos o de las dos manos.	100%	
- Pérdida completa de las dos piernas o de los dos pies.	100%	
- Pérdida completa de un brazo y una pierna o de una mano y un pie.	100%	
- Parálisis completa.	100%	
- Pérdida total de la razón o locura incurable, excluyendo todo trabajo.	100%	
	Dcha.	Izda.*
- Pérdida total del brazo o de la mano.	60%	50%
- Pérdida total del movimiento del hombro.	25%	20%
- Pérdida total del movimiento del codo.	20%	15%
- Pérdida total del movimiento de la muñeca.	20%	15%
- Pérdida total del pulgar y del índice.	30%	25%
- Pérdida total de tres dedos comprendiendo el pulgar o el índice.	30%	25%
- Pérdida total de tres dedos que no sean el pulgar o el índice.	25%	20%

- Pérdida total del pulgar y de otro dedo que no sea el índice.	25%	20%
- Pérdida total del índice y de otro que no sea el pulgar.	20%	15%
- Pérdida total del pulgar solo.	20%	15%
- Pérdida total del índice solo.	15%	10%
- Pérdida total del dedo mayor del anular o del meñique.	10%	8%
- Pérdida total de dos de estos últimos dedos.	15%	12%
- Pérdida total de una pierna o de un pie.	50%	
- Amputación parcial de un pie, comprendiendo todos los dedos.	30%	
- Ablación de la mandíbula inferior.	30%	
- Pérdida total de un ojo o reducción de la mitad de la visión binocular.	25%	
- Sordera completa de los dos oídos.	40%	
- Sordera completa de un oído.	10%	
- Fractura no consolidada de una pierna o de un pie.	25%	
- Fractura no consolidada de una rótula.	20%	
- Pérdida total del movimiento de una cadera o de una rodilla.	20%	
- Acortamiento por lo menos de 5 cm. de un miembro inferior.	15%	
- Pérdida total del pulgar del pie.	10%	

*Caso de presentar un mutualista zurdo con un grado determinante de invalidez en una extremidad izquierda, se le aplicará el baremo correspondiente a extremidad derecha. A tal efecto, deberá acreditar su condición de zurdo.