



Col·lectius Convenis



Reglamento General

REGULACIÓN LEGAL

El presente Reglamento se rige por,

La 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. Y al resto de disposiciones vigentes y complementarias en materia de ordenación y supervisión.

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en adelante la Ley, y las disposiciones que la modifiquen o amplíen.

Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes para que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales.

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que se refiere al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Ley 10/2003, de 13 de junio, de la Generalitat de Cataluña, sobre mutualidades de previsión social.

Reglamento de las mutualidades de previsión social aprobado por Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre.

Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

La Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras.

El control y supervisión de Mutua Terrassa, MPS corresponde a la Dirección General de Política Financiera, Seguros y Tesoro, del Departamento de la Vicepresidencia y de Economía y Hacienda de la Generalitat de Cataluña.

DEFINICIONES:

A los efectos de este contrato, se entenderá por:

Socio Mutualista o Tomador del Seguro

Persona Física o Jurídica que se inscribe en la Mutualidad con todos los derechos y obligaciones establecidos en los Estatutos. Es la persona que contrata con Mutua de Terrassa Mutualidad de Previsión Social.

Asegurado

Persona o personas físicas designadas en el documento de asociación que se encuentran expuestas en las contingencias cubiertas.

Beneficiario

Persona física o jurídica que tiene que recibir la prestación asegurada. En el caso de ausencia de designación específica, lo serán los herederos legales de la persona asegurada.

Mutualidad

Mutua de Terrassa, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, la Entidad que recibe las cuotas y se hace cargo de las prestaciones.

Prestación

Indemnización o servicio otorgado por la Mutualidad en caso de ocurrencia de la contingencia cubierta.

Cuota

Precio del seguro, que incluye los recargos e impuestos legalmente repercutibles en cada momento.

Accidente

Lesión corporal que deriva de una causa violenta, repentina, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Contrato

Es el conjunto de los siguientes documentos:

- **Solicitud Cuestionario**
Es el formulario de preguntas facilitado por la Mutualidad, en el que el Mutualista y/o Asegurados facilitan la información para la descripción del riesgo que se desea asegurar y las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en su valoración.
- **Reglamentos**
Normas reguladoras de las contingencias cubiertas y las prestaciones garantizadas.
- **Documento de Asociación**
Documento que recoge los datos que individualizan y personalizan el contrato y que incorpora las cláusulas que deseen incluir las partes contratantes.

Incapacidad Permanente Absoluta

Situación física derivada de una contingencia cubierta, que mantiene al Asegurado en unas condiciones que lo inhabilitan totalmente, y de forma permanente y absoluta, para la realización de toda actividad laboral o profesional.

Incapacidad Permanente Total para la profesión habitual

Situación física derivada de una contingencia cubierta, que mantiene al Asegurado en unas condiciones que lo inhabilitan totalmente, y de forma permanente, para la realización de su actividad laboral o profesional, o una actividad similar propia de su formación y conocimientos profesionales.

Incapacidad Permanente Parcial

Perdida anatómica o funcional que produce secuelas físicas permanentes e irreversibles en el Asegurado como consecuencia directa de un accidente y que figuran en el baremo de accidentes.

Gran Invalidez

Situación de incapacidad permanente y absoluta que, como consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, requiere de otra persona para efectuar los actos más esenciales de la vida como comer, desplazarse, vestirse, etc.

Infarto de miocardio

Infarto originado por la necrosis de una parte del miocardio a consecuencia de un flujo sanguíneo insuficiente. El diagnóstico tiene que ser inequívoco y estar documentado mediante informe médico completo o autopsia. A efectos de este contrato tendrá consideración de accidente, el infarto que tenga lugar en el ámbito laboral.

Anticipo

Pagar por adelantado o antes del tiempo establecido.

Ámbito territorial

La cobertura es válida en todo el mundo, excepto pacto en lo contrario.

CONTINGENCIAS QUE PUEDEN CUBRIRSE

Artículo 1.-

La Mutualidad asume las prestaciones correspondientes a cada una de las contingencias que figuran expresamente cubiertas en el Documento de Asociación y que vienen reguladas por este Reglamento

- Muerte
- Incapacidad Permanente
- Reembolso Gastos Sanitarios



Muerte

Se dará cobertura siempre y cuando el accidente o la enfermedad se hayan producido durante la vigencia del contrato y la persona afectada conste como asegurada en el momento de la muerte.

La prestación prevista en el supuesto de muerte por accidente se hará efectiva tanto si la muerte acontece inmediatamente como si se produce en el plazo de un año.

Otras coberturas relacionadas

- Cancelación de anticipos

Cobertura de las deudas que tenga un trabajador con la empresa mutualista por motivos de anticipos de salarios, o deudas de otra naturaleza, y que queden pendientes a causa de la muerte del trabajador, siempre que esté asegurado por la Mutualidad y la causa de la muerte esté cubierta en los términos establecidos en el Documento de asociación. **Indemnización máxima de un 10% del capital asegurado de muerte y como máximo hasta 3.000 Euros.**

- Anticipo del capital de muerte

En caso de muerte del Asegurado, **pago hasta un 25% del capital asegurado** al beneficiario para cubrir los gastos de sepelio, traslado o impuesto de sucesiones con los **límites establecidos por el documento de asociación**. El importe del anticipo se descontará del capital asegurado.

- Gestión para la obtención de documentación del Registro Civil

En caso de siniestros de muerte, cubiertos por contrato, el beneficiario podrá solicitar a la Mutualidad que esta se haga cargo de la obtención de los certificados necesarios para pagar la indemnización, del registro civil correspondiente y sin ningún coste para el beneficiario.

Incapacidad Permanente

Se dará cobertura siempre y cuando la fecha de resolución en firme por la Comisión de Evaluación, nacional o autonómica, o por el Organismo Oficial sobre la enfermedad esté comprendida durante la vigencia del contrato y la persona afectada por la incapacidad conste como asegurada en el momento de la resolución.

En la cobertura de accidentes, la Incapacidad Permanente tiene que ser consecuencia directa del accidente, y tendrá que producirse dentro de los dos años a partir de la fecha en que sufrió la lesión, siempre y cuando el accidente haya estado durante la vigencia del contrato y la persona incapacitada conste como asegurada en el momento de la declaración de incapacidad.

Los pagos que se pudieran haber hecho en concepto de incapacidad, que después hubiera sido causa de muerte, se consideraran como un anticipo sobre la indemnización a satisfacer por la cobertura de muerte y se reducirán de la indemnización a pagar por esta cobertura.

Reembolso de gastos de asistencia sanitaria por accidente

Reembolso del importe de los gastos de curación con motivo de los gastos sufridos por el Asegurado en caso de accidente, **hasta el límite establecido en el documento de asociación**, previa justificación y como máximo durante el plazo de un año a contar desde el día del accidente.

La garantía de los gastos de curación no tiene más objeto que el de reponer el importe de estos gastos al Asegurado dentro de los límites fijados, por tanto, en caso de que los gastos de curación puedan incumbir a cualquier otra persona, organismo de seguros u otros, la Mutualidad sólo tendrá que hacerse cargo, dentro de sus propios límites, de la parte de los gastos que quedasen a cargo del asegurado.

En caso de que se haya contratado la aplicación de una franquicia, será a cargo del Asegurado los primeros gastos de cura hasta el importe de ésta.

Artículo 2.- Contingencias Excluidas de Cobertura

Queda excluido de cobertura:

En la cobertura de Muerte por cualquier causa, la muerte derivada de:

- a. Accidentes o enfermedades originadas con anterioridad a la fecha de efecto de la cobertura individual.
- b. El suicidio de la persona asegurada durante el primer año de vigencia del Documento de asociación.
- c. Las enfermedades y procesos patológicos originados o atribuibles al uso de estupefacientes u otros tóxicos, derivados del alcoholismo, actos

de imprudencia temeraria o motivados por una pelea.

- d. Las alteraciones en el estado de salud a consecuencia de guerras civiles o internacionales, hechos declarados oficialmente como catastróficos o calamidad nacional, así como las consecuencias derivadas de la energía atómica nuclear, excepto que se ocasione como consecuencia de un tratamiento médico basado en esta fuente de energía.

En el resto de coberturas, la muerte o la invalidez derivada de:

- a. Accidentes o enfermedades originadas con anterioridad a la fecha de efecto de la cobertura individual.
- b. Las consecuencias derivadas de riesgos cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros según se especifica en el anexo de riesgos extraordinarios.
- c. El suicidio o intento de suicidio de la persona Asegurada.
- d. Mutilación voluntaria.
- e. En las coberturas de accidentes, las consecuencias de la práctica profesional de deportes, así como la práctica de actividades subacuáticas a más de 20 metros de profundidad, ascensiones a alta montaña y escalada, actividades deportivas aéreas, rafting, puenting, prácticas deportivas usando vehículos a motor y cualquier otro asimilable a estas.
- f. Las enfermedades o accidentes originados o atribuibles al uso de estupefacientes u otros tóxicos, derivados de alcoholismo, actos de imprudencia temeraria o motivados por una pelea.
- g. Las alteraciones en el estado de salud a consecuencia de guerras civiles o internacionales, hechos declarados oficialmente como catastróficos o calamidad nacional, así como las consecuencias derivadas de la energía atómica nuclear, excepto que se ocasione como consecuencia de un tratamiento médico basado en esta fuente de energía.
- h. La conducción de vehículos de motor si el Asegurado no dispone del correspondiente permiso de conducir.
- i. La Incapacidad Permanente causada voluntariamente por el Asegurado.

CONTRATO

Artículo 3.-

Los datos que el Socio Mutualista y Asegurados han facilitado en la solicitud cuestionario y documentación complementaria identificativa de los asegurados que forman parte del colectivo, constituyen la base de este contrato.

El documento de asociación entra en vigor en el momento en que el Socio Mutualista lo haya firmado y la primera cuota correspondiente, excepto pacto contrario, haya estado pagada, pero en ningún caso antes de la fecha estipulada en el Documento de asociación.

A partir de la recepción del contrato, y en un plazo de 15 días, el Socio Mutualista tendrá la facultad de resolverlo, comunicándolo a la Mutualidad por escrito y en el plazo establecido. En este caso, cesará la cobertura del riesgo desde la fecha de la comunicación y la Mutualidad procederá a reintegrar la parte de cuota pagada que exceda de los días en que efectivamente ha estado en vigor el contrato.

Si el contenido del Documento de Asociación difiere de la solicitud o de las cláusulas acordadas, el Socio Mutualista puede exigir, en el plazo de un mes a contar desde la entrega del Documento de Asociación, que se subsane la divergencia existente. Transcurrido el mencionado plazo sin efectuar ninguna reclamación, el contrato se considerará totalmente válido.

El contrato y sus modificaciones toman efecto una vez firmados y satisfecha, por parte del Socio Mutualista, la cuota correspondiente. Excepto pacto en contrario, si esta primera cuota no ha sido pagada, la mutualidad queda libre de sus obligaciones.

El Mutualista tendrá que declarar antes de la contratación de la póliza todos aquellos asegurados que estén en situación de incapacidad temporal superior a 6 meses o pendientes de una declaración de invalidez. La Mutualidad determinará la aceptación, si procede, una vez examinados los informes sobre el estado físico de estos.

En caso de reserva o inexactitud en la solicitud-cuestionario, por parte del Socio Mutualista o del Asegurado, la mutualidad podrá rescindir el contrato mediante comunicación dirigida al Socio Mutualista en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud.

Si sobreviene una contingencia cubierta antes de que la Mutualidad haga la comunicación a la que hace referencia el párrafo anterior, la prestación que se pueda corresponder se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la cuota convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad de riesgo.

Si existe dolo o culpa grave del Socio Mutualista o del Asegurado, la Mutualidad quedará liberada del pago de la prestación.



Artículo 4.- Actualización de los datos de los asegurados

El Socio Mutualista tendrá que comunicar a la Mutualidad las variaciones de asegurados mediante relaciones, boletines de adhesión, TC-2, o ficheros informáticos que contengan aquellos datos que sean necesarios para la emisión o modificación del contrato.

En caso de asegurar un colectivo innominado, se comunicará el número de personas que, de forma inequívoca y comprobable, determinen la condición de pertenecer al colectivo asegurado.

El Socio Mutualista tendrá que facilitar los datos referentes al número de asegurados, como mínimo dos veces al año. La Mutualidad emitirá el correspondiente suplemento, emitiendo el recibo correspondiente a la proporción de cuota o de abono, según proceda.

Artículo 5.- Duración

El contrato se establece por el período de tiempo previsto en el Documento de asociación.

A su vencimiento se prorrogará automáticamente por períodos anuales. Ambas partes contratantes podrán, no obstante, oponerse a la prórroga del contrato, mediante notificación escrita, efectuada en un término de dos meses de anticipación al final del período en curso.

CUOTAS

Artículo 6.-

Los recibos de cuotas tendrán que hacerse efectivos por el Socio Mutualista en los correspondientes vencimientos pactados, por anualidades completas y anticipadas. No obstante, las cuotas podrán establecerse y ser satisfechas mediante recibos semestrales o trimestrales. El fraccionamiento no libera al Socio Mutualista de la obligación de abonar la totalidad de la cuota anual.

La cuota del contrato será la que figure en el Documento de Asociación por el período de cobertura que se señale.

Las cuotas sucesivas a satisfacer por el Socio Mutualista podrán variar con motivo de modificaciones de capitales garantizados y/o coberturas y por aplicación de las cuotas que tenga en vigor la Mutualidad en cada momento.

Si la primera cuota, no ha sido pagada por causa atribuible al Socio Mutualista, la Mutualidad tiene derecho a darlo de baja de la prestación o a exigir el pago de la cuota no pagada en vía ejecutiva sobre la base del Documento de asociación. Si no se establece expresamente el contrario, la Mutualidad, en caso que se produzca la contingencia cubierta i todavía no haya sido pagada la cuota, queda liberada de sus obligaciones.

El impago de la prima o de cualquier fracción de la misma, facultará a MútuaTerrassa a exigir el pago inmediato de la prima o fracción de ésta impagada, dando por automáticamente vencidas todas las fracciones de la prima pendientes de vencimiento que quedan por satisfacer de la anualidad en curso.

En caso de falta de pago de una de las cuotas siguientes, la cobertura otorgada queda en suspenso un mes después del día de vencimiento del recibo. 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. Durante este período, la Mutualidad, no se hará cargo de ninguna contingencia cubierta.

En cualquier caso, la Mutualidad, cuando la cobertura queda en suspenso, únicamente puede exigir el pago de la cuota del período de riesgo en curso. Si la relación no ha quedado resuelta o extinguida según lo que establecen los apartados anteriores, la cobertura vuelve a tener efectos a las 24 horas del día en que el socio haya pagado la cuota.

La falta de pago de las derramas pasivas o de las aportaciones obligatorias es causa de baja del Socio, una vez transcurridos sesenta días desde el requerimiento para el pago.

No obstante, la relación con la Mutualidad continúa vigente hasta el vencimiento siguiente del período de cobertura en curso, momento en el que queda extinguida, con subsistencia de la responsabilidad del Socio para sus deudas pendientes.

La cuota vendrá determinada en función de las coberturas y de la actividad de los asegurados.

Artículo 7.-

La Mutualidad sólo queda obligada por los recibos entregados por la dirección o los representantes legalmente autorizados.

El lugar de pago de la cuota será aquel que conste en el Documento de asociación. El Socio Mutualista

entregará a la Mutualidad los datos de la cuenta bancaria o libreta de ahorros en la que se domiciliará el cobro de los recibos de este seguro.

La cuota se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo los casos que, intentando el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha, este no fuera posible. En este caso, la Mutualidad notificará al Socio Mutualista que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de esta y el Socio Mutualista vendrá obligado a satisfacer la cuota en dicho domicilio.

PRESTACIONES

Artículo 8.-

El Socio Mutualista o el Beneficiario comunicará a la Mutualidad la ocurrencia de un accidente o enfermedad que pueda dar lugar a una prestación asegurada, y la ocurrencia del siniestro asegurado en un plazo máximo de 7 días desde su conocimiento.

El Beneficiario tendrá que aportar a su cargo:

- a. En caso de muerte, certificado literal de defunción expedido por el Registro Civil.
- b. En caso de Incapacidad Permanente, resolución en firme por la Comisión de Evaluación, nacional o autonómica, o por el Organismo Oficial autorizado.
- c. Informe médico o certificado oficial en el que se precise la naturaleza, causa, circunstancias, lesiones sufridas y las consecuencias habidas o previsibles.
- d. Informe del centro sanitario donde esté ingresado en el cual se detallen las intervenciones practicadas, las lesiones causadas por el accidente y el pronóstico de las mismas.
- e. Documento acreditativo legal de su identidad como Beneficiario.
- f. Si procede, justificación legal conforme se ha realizado el pago del Impuesto de Sucesiones y Donaciones que puede corresponder para el seguro, o bien su exención.
- g. En caso de accidente, información de la autoridad policial o judicial que interviniera en el hecho.
- h. Acreditación de pertinencia del Asegurado al colectivo asegurado, en el caso de que, en el Documento de Asociación, no conste la relación nominal de los asegurados.

En el caso de que los asegurados sean empleados del Socio Mutualista, se tendrá que adjuntar un boletín de cotización a la Seguridad Social correspondiente al mes en el que se haya producido el siniestro. Así mismo, si es trata de accidente de trabajo, será necesario presentar la declaración de la Seguridad Social en que se especifique la calificación de las lesiones.

El Socio Mutualista tendrá que acreditar que en el momento del siniestro el Asegurado pertenecía al colectivo asegurado.

La Mutualidad podrá solicitar otro tipo de información o pruebas complementarias, que permitan valorar el hecho causante de la prestación. El Asegurado podrá autorizar a sus médicos a facilitar información referente al accidente o enfermedad que haya sido causa directa o indirecta del siniestro.

La comprobación y determinación se efectuará por la Mutualidad una vez recibida la documentación establecida en este reglamento.

El facultativo designado por la Mutualidad, basándose en la información facilitada y los reconocimientos que consideren oportunos, determinará el grado de incapacidad.

En caso de accidente de trabajo, la prestación vendrá definida de acuerdo con lo que determine el organismo competente. En los otros casos será la Mutualidad quien decidirá la prestación.

En caso de que no existiera acuerdo sobre el grado de incapacidad, se procederá a solventar las diferencias mediante peritos médicos, según lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro.

En caso de reembolso de los gastos sanitarios, si los gastos de curación pudieran incumbir a cualquier tercera persona, organismo de seguros y otros, la Mutualidad sólo tendrá que hacerse cargo, dentro de sus propios límites, de la parte de gastos que quedasen a cargo del Asegurado. La Mutualidad se reserva el derecho de verificar por un médico de su elección, la naturaleza y el grado de las lesiones sobrevenidas al Asegurado.

En caso de que se haya contratado la aplicación de una franquicia para la cobertura de reembolso de gastos sanitarios, será a cargo del Asegurado los primeros gastos de curación hasta el importe de ésta.

La muerte del Asegurado, causado dolosamente por el Beneficiario, privará a este del derecho a la prestación establecida en el contrato, i ésta quedará integrada en el Fondo Social de la Mutualidad.

Las prestaciones se pagarán en el domicilio de la Mutualidad al Beneficiario designado, en el plazo máximo de 15 días de que esté en poder de la Mutualidad la documentación completa.

Artículo 9.-

En caso de asegurar las garantías y capitales de Incapacidad Permanente Parcial establecidos por un convenio colectivo, el coeficiente a aplicar se adaptará a aquello que el convenio disponga respecto al



importe de la indemnización por Incapacidad Permanente Parcial

Baremo de coeficientes determinantes del grado de incapacidad Permanente Parcial

<u>Contingencia</u>	<u>Coeficiente %</u>	
Pérdida irreversible de la capacidad de expresión oral		40
Pérdida completa de la visión de un ojo		30
Sordera completa de un oído		15
Pérdida o inutilització absoluta de:		
Una pierna por encima de la rodilla		60
Una pierna por debajo de la rodilla		45
Un pie		30
El primer dedo del pie		5
Pérdida o inutilitzación absoluta de:	<u>Dcha.</u>	<u>Izq.</u>
El brazo o de la mano	70	60
El dedo pulgar de la mano	25	20
El dedo índice de la mano	15	10
Uno de los otros dedos de la mano	10	5

Se entiende por sordera completa la pérdida irreversible de la capacidad auditiva global en un 90%.

Se entiende por pérdida de la capacidad de expresión oral la imposibilidad absoluta e irreversible de establecer comunicación mediante lenguaje oral.

Si el Asegurado es zurdo, el porcentaje previsto para la extremidad derecha se aplicará a la izquierda.

Si la incapacidad proviene de un defecto no previsto en el baremo anterior el coeficiente a aplicar se determinará por analogía.

Si un miembro afectado por un accidente presentaba ya con anterioridad un defecto físico o funcional, el grado de incapacidad vendrá determinado por la diferencia entre el de la incapacidad preexistente y el que resulte del accidente.

OTRAS DISPOSICIONES

Artículo 10.-

Las contingencias cubiertas, los límites de las prestaciones y las condiciones de seguro, serán las que figuren en el documento de asociación.

Artículo 11.-

La Mutualidad podrá modificar las cuotas, fundamentándose en los cálculos técnicos y actuariales realizados. La actualización de la cuota incorporará los ajustes necesarios para garantizar que la cuota sea suficiente según hipótesis actuariales razonables, que permitan a la Mutualidad satisfacer el conjunto de las obligaciones de los contratos y, en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas de acuerdo con lo establecido en el régimen jurídico de ordenación y supervisión de seguros privados.

Artículo 12.-

Si en el curso del contrato los Asegurados cambian de actividad profesional, el Socio Mutualista deberá comunicar a la Mutualidad esta situación. La Mutualidad quedará facultada para la modificación del contrato que esta nueva circunstancia pudiera generar.

Si sobreviene una contingencia cubierta antes de la comunicación a que hace referencia el párrafo anterior, la prestación que se pueda corresponder se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la cuota convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad de riesgo.

El Socio Mutualista vendrá obligado a notificar a la Mutualidad los cambios de domicilio que efectúe. Si el Asegurado cambia su domicilio al extranjero, quedaran suspendidas las garantías del seguro en la fecha de vencimiento de la anualidad en que haya efectuado el cambio de domicilio.

Artículo 13.-

Las comunicaciones del Socio Mutualista o del Beneficiario tienen que dirigirse a la Mutualidad, y a su domicilio social. Las comunicaciones al Socio Mutualista o al Asegurado se realizarán en el domicilio que conste en el documento de asociación.

Artículo 14.-

Las acciones que se deriven del contrato prescriben a los cinco años.

Artículo 15.-

La responsabilidad de los mutualistas por razón de las deudas sociales quedará limitada a la tercera parte de la suma de las cuotas que hayan satisfecho en los tres

últimos ejercicios, independientemente de la cuota del ejercicio corriente.

Artículo 16.- Instancias de reclamación y jurisdicción

Para resolver las reclamaciones que puedan surgir entre la Mutualidad y mutualistas, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o los que se deriven, los derechos de cualquiera de ellos, se podrá optar por las siguientes vías:

- La Mutualidad dispone de un Servicio interno de Atención al Mutualista, donde se podrán presentar las reclamaciones mediante escrito en la plaza del Dr. Robert 5, 08221 de Terrassa, o por correo electrónico a assegurances@mutuaterrassa.es. La Mutualidad tiene la obligación de resolverla en el plazo de dos meses desde su presentación.
- En caso de no estar conforme con la resolución adoptada por el Servicio de Atención al Mutualista, el reclamante podrá dirigirse al Defensor del Mutualista, órgano externo e independiente, donde podrá presentar la reclamación en cualquier oficina abierta al público de la Mutualidad, en soporte papel, o por medios electrónicos.

Los Reglamentos de estos servicios están disponibles a las oficinas de la Mutualidad.

- Una vez agotadas estas vías, podrán trasladar su reclamación a la Dirección General de Política Financiera, Seguros y Tesoro de la Generalitat de Cataluña.

Existe la posibilidad de someter la reclamación, en cualquier momento, al Organismo de Conciliación y Arbitraje Mutuo de la Federación de Mutualidades de Cataluña.

En cualquier caso, el reclamante podrá acudir a los juzgados y tribunales competentes.

Este contrato queda sometido a la jurisdicción española y del juez competente para tratar las acciones derivadas del mismo, será el del domicilio del asegurado que tendrá que residir en el territorio del Estado Español.

Artículo 17.- Protección de datos

Tanto la privacidad de los datos como la confidencialidad de la información son aspectos importantes para la MUTUALIDAD. A continuación se describe la manera en que se tratan los datos de carácter personal que la Mútua obtiene de sus mutualistas y asegurados:

1.- Identificación del titular responsable del tratamiento

El titular responsable del tratamiento de los datos: MÚTUA DE TERRASSA Mutualidad de Previsión Social, (de ahora en adelante, la MUTUALIDAD), con NIF núm. V08413460 y domicilio social en Terrassa, Pl. Doctor Robert, núm. 5. DELEGADO DE PROTECCIÓN DE DATOS: dpd@mutuaterrassa.cat

2.- Finalidad del tratamiento, base legal y plazos de conservación

Gestionamos los datos con las siguientes finalidades:

2.1. Gestionar los servicios contratados, así como su gestión administrativa, económica y contable. La MUTUALIDAD podrá solicitar de profesionales sanitarios, centros médicos o a los propios asegurados, información referente a su salud con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar las coberturas aseguradas, así como para la investigación y la prevención del fraude. Los datos serán adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad utilizada, pudiendo incluir datos anteriores a la fecha de alta del asegurado, que estén relacionadas con el siniestro o proceso asistencial.

- La base legal para el tratamiento es la existencia de una relación contractual para la prestación de los servicios solicitados.
- Plazo de conservación: los datos se conservarán en todo caso durante el tiempo que dure la relación contractual y posteriormente durante los plazos legales establecidos en la legislación civil para la prescripción de las obligaciones contractuales, en la legislación contable y fiscal y en los períodos de prescripción de responsabilidad penalmente establecidos.

2.2. Llevar a cabo análisis estadísticos actuariales, mediciones y estudios de mercado sobre los productos y servicios ofrecidos por la MUTUALIDAD, los usuarios y sus necesidades, tendencias, intereses y preferencias.

- Bases legales para el tratamiento: El interés legítimo de la MUTUALIDAD para la elaboración de estudios de mercado y actuariales.
- Plazo de conservación: Los datos se conservarán indefinidamente mientras no se nos solicite su supresión.

2.3. Remitir comunicados sobre productos de LA MUTUALIDAD.

- Bases legales para el tratamiento: El interés legítimo de la MUTUALIDAD para el envío de información comercial y la elaboración de estudios de mercado y actuariales.
-
-



- Plazo de conservación: Los datos se conservarán indefinidamente mientras no nos solicite su supresión.

3.- Destinatarios de los datos personales

- Por obligación legal: a la administración tributaria para pago de impuestos, a jueces, tribunales que lo soliciten por vía judicial.
- Cesión necesaria para la realización de los servicios contratados: entidades financieras para efectuar los cobros y pagos oportunos, compañías de seguros para la gestión de seguros, entidades de recobro para la correspondiente reclamación de deudas pendientes de pago.
- La MUTUALIDAD podrá comunicar los datos tratados, a otras entidades u organismos públicos relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos o de lucha contra el fraude, así como por razones de reaseguro o coaseguro, según establece la ley 30/1995 de ordenación de los seguros privados.

4.- Derechos de los titulares de los datos

Cualquier persona tiene derecho a obtener información sobre qué datos está tratando.

A continuación, le indicamos sus derechos:

- Los interesados tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para las finalidades para las cuales fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en este caso únicamente se conservarán para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- En determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. La MUTUALIDAD dejará de tratar los datos, excepto por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- Portabilidad: El interesado tendrá derecho a recibir los datos personales que le incumban, que haya facilitado a la MUTUALIDAD, en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica cuando: a) el tratamiento esté basado en el consentimiento o en un contrato, y b) el tratamiento se efectúe por medios automatizados.

Le informamos de su derecho a presentar una reclamación ante la autoridad de control (AEPD.-

www.agpd.es) en caso de que no haya visto satisfechos el ejercicio de sus derechos aquí indicados.

Para ejercer los citados derechos puede ponerse en contacto con nosotros a través de correo postal o electrónico a las direcciones indicadas en el apartado 1, identificando a su petición la siguiente información:

- 1.- Datos del solicitante (Nombre y apellidos)
- 2.- Dirección de contacto
- 3.- Derecho que quiere ejercer
- 4.- Sobre qué datos concretos formula su petición

En el plazo máximo de un mes resolveremos su petición a través del mismo medio que haya utilizado inicialmente.

5.- Seguridad en el tratamiento

Teniendo en cuenta el estado de la técnica, los costes de aplicación, y la naturaleza, el alcance, el contexto y las finalidades del tratamiento, así como los riesgos de probabilidad y gravedad variables para los derechos y libertades de las personas físicas, la MUTUALIDAD aplicará medidas técnicas y organizativas apropiadas para garantizar un nivel de seguridad adecuado al riesgo, que eviten la destrucción, pérdida o alteración accidental o ilícita de datos personales transmitidos, conservados o tratados de otra forma, o la comunicación o acceso no autorizados a estos datos.

ANEXO

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

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.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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.

La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrán realizarse:

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (952 367 042 ó 902 222 665).
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

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.

Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.