

REGLAMENTO DE PRESTACION DE DEPENDENCIA

JURISDICCION APLICADA

Artículo 1.-

La relación jurídica entre la Mutualidad y sus Asociados, derivada de la condición de éstos como Tomadores del Seguro o Asegurados se regirá:

- a) Por los Estatutos de la Mutualidad, los Reglamentos de Prestaciones y los Acuerdos Adoptados en Asamblea General.
- b) Por lo dispuesto en la Ley 30/95 de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, capítulo VII artículos 64 a 68.
- c) Por el Reglamento de Mutualidades de Previsión Social R.D., 1430/02 de 27 de diciembre, que desarrolla los preceptos de la Ley en una norma que regula específicamente las características propias de estas entidades.
- d) Por la Ley 50/80 de 8 de octubre de Contrato de Seguro y demás normas que regulan la actividad aseguradora, en lo que subsidiariamente a lo anterior le resulte de aplicación.
- e) La ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, así como el real decreto 504/2007, de 20 de abril por lo que se refiere al Baremo de Valoraciones de la Dependencia.

REGLAMENTO DE PRESTACIONES

Artículo 2.-

De acuerdo con cuanto establece el Reglamento de Mutualidades de Previsión Social, R.D., 1430/02 de 27 de diciembre, art. 28, las normas contractuales que rigen la cobertura de los riesgos que garantiza la Mutualidad a sus Asociados o Asegurados se consignarán en Reglamentos de Prestaciones, destacando de modo especial las exclusiones y cláusulas limitativas de los derechos de los socios asegurados, que se considerarán aceptados por todos y para todos, al aprobarse el correspondiente Reglamento en Asamblea General de Mutualistas.

DEFINICIONES

Artículo 3.-

A efecto de este contrato, se entenderá por:

ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria): conjunto de tareas y actividades relativas al cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer a personas y objetos, orientarse o bien entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Accidente: suceso ajeno a la voluntad del asegurado, que le produzca una lesión corporal, cuyo origen sea una causa violenta, ajena, externa y subita.

Asegurado: persona física sobre la que se concierta el seguro; es el titular del derecho a percibir la prestación garantizada y, como tal, asume las obligaciones que se deriven del mismo, directamente o en defecto del tomador.

Asegurador: persona jurídica que asume el riesgo pactado en el contrato. En este caso, es Montepío de Conductores Mutualidad de Previsión Social (en adelante, Montepío o Mutualidad).

Autonomía: capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones personales sobre cómo vivir de acuerdo con las propias normas y preferencias, así como de desarrollar las ABVD.

Beneficiario: persona física o jurídica designada como titular del derecho a percibir las prestaciones garantizadas en este contrato.

BVD (Baremo de Valoración de Dependencia): baremo de valoración del grado de dependencia de una persona, basado en unos factores definidos por la legislación vigente en materia de dependencia, a partir de dos niveles: el de la autonomía de la persona y el de la intensidad de la atención personal que requiere.

Cuota: precio del seguro; como tal se refleja en el recibo, que contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de aplicación legal.

Dependencia: estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones de edad, enfermedad o discapacidad, necesitan la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las ABVD o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Dependencia moderada: estado de dependencia en el que la persona necesita ayuda al menos una vez al día o necesita ayuda intermitente o limitada para su autonomía personal. Se corresponde con una valoración de entre 25 y 49 puntos en el BVD.

Dependencia severa: estado de dependencia en el que la persona necesita ayuda dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de una persona que la cuide, o bien necesita ayuda extensa para su autonomía personal. Se corresponde con una valoración de entre 50 y 74 puntos en el BVD.

Gran dependencia: estado de dependencia en el que la persona necesita ayuda varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, requiere la presencia indispensable y continua de otra persona, o necesita ayuda generalizada para su autonomía personal. Se corresponde con una valoración no inferior a 75 puntos en el BVD.

Mutualista: persona física o jurídica asociada al Montepío. Tiene los derechos y deberes del seguro. Coincide con la figura de tomador del seguro.

Periodo de espera: periodo de tiempo, a contar desde la fecha de ocurrencia de un siniestro, a partir del que se valorará si el asegurado está en una de las situaciones contempladas como objeto de la prestación.

Prestación: suma contratada con la Mutualidad como indemnización, en forma de pago único.

Tomador del seguro: es la persona física o jurídica que suscribe el seguro, a la cual corresponden las obligaciones que deriven del mismo, salvo las que por su naturaleza deban ser asumidas por el asegurado.

OBJETO DE LA PRESTACION

Artículo 4.-

El Montepío se obliga, mediante la contratación de esta garantía de dependencia, al pago de un capital a tanto alzado, igual al establecido en las condiciones particulares del presente contrato, en el caso de que al Asegurado le sobrevenga una situación de dependencia en cualquiera de los grados cubiertos por la misma. Dicho pago se percibirá al declararse alguna de las siguientes situaciones de dependencia:

Dependencia severa.

Gran Dependencia.

La cantidad a percibir oscilará en función de la prestación contratada y del grado de dependencia en el que se encuentre el asegurado, este capital será como máximo de 60.000 euros.

a) Prestaciones

En caso de producirse una situación de dependencia, el asegurado percibirá la indemnización que le correspondan (en forma de capital único) a partir de la completa acreditación ante la Mutualidad de la situación de dependencia, según el Artículo 9 del presente reglamento.

Las prestaciones a percibir se fijarán en función del grado de dependencia que se haya diagnosticado, en los términos siguientes:

Gran dependencia:

Percibirá, el 100% del capital asegurado

Dependencia severa:

Percibirá, el 70 % del capital asegurado

b) Duración

La cobertura de esta prestación estará en vigor siempre que se satisfagan las cuotas correspondientes, y hasta que el asegurado cumpla la edad de 85 años, momento que finalizará esta cobertura. No obstante, el asegurado podrá darse de baja voluntariamente cuando lo estime oportuno, con la única obligación de comunicárselo a la Mutualidad con dos meses de antelación a la fecha del vencimiento anual.

CARENCIAS

Artículo 5.-

Para poder recibir la prestación en los términos establecidos, deberá haber transcurrido un periodo mínimo de 12 meses entre la fecha de inscripción o ampliación de coberturas y la fecha de ocurrencia del siniestro y de 24 meses en el caso de Dependencia debido a patologías neuropsiquiátricas.

Si la situación de dependencia se produce durante dicho periodo de carencia, el contrato se resolverá automáticamente y la Mutualidad procederá a devolver el 100% de las cuotas abonadas para este seguro.

No se aplicará periodo de carencia cuando el estado de dependencia se produzca como consecuencia de un accidente.

REQUISITOS DE INSCRIPCION Y CONTRATACION

Artículo 6.-

A este seguro pueden inscribirse las personas físicas que, en el momento de la suscripción, tengan de 18 a 70 años de edad y cumplan los criterios de admisión médica establecido por la Mutualidad.

Para la aceptación del seguro por parte de la Mutualidad, el asegurado deberá cumplimentar el cuestionario de salud facilitado por la misma, dicho cuestionario será entonces valorado por un equipo médico experto designado por la mutualidad, que tras requerir, si fuera el caso, las correspondientes pruebas médicas o exploraciones complementarias, aceptará o denegará la cobertura del riesgo.

En caso de indicación inexacta de la edad del asegurado, la mutualidad podrá dejar sin efecto esta cobertura, cuando la edad real del asegurado en la fecha de contratación excediera del límite de contratación o ampliación establecido en el párrafo anterior. En cualquier otro caso, se ajustará adecuadamente la cuota a abonar, para mantener el mismo nivel de cobertura.

DURACIÓN DEL CONTRATO Y FORMA DE PAGO

Artículo 7.-

Forma de Pago

El pago de la cuota podrá ser anual o fraccionado:

a) Contrato de forma de pago anual: La duración de la póliza será anual, a partir de su contratación, renovable tácitamente por periodos de igual duración, salvo denuncia por el socio tomador comunicado con 60 días de antelación.

b) Contrato de forma de pago fraccionada: (semestral, trimestral, bimensual o mensual). La duración de la póliza será hasta el 31 de diciembre de la anualidad que se contrate la cobertura, renovándose a partir de esa fecha por periodos anuales tácitamente a 31 de diciembre de cada anualidad. Salvo denuncia por el socio tomador, comunicándolo con 60 días de antelación.

Si la primera cuota no se ha satisfecho por causa imputable al asegurado, la Mutualidad tiene derecho a resolver la prestación en cualquier momento y quedar así liberada de sus obligaciones.

En caso de falta de pago de la segunda cuota o sucesivas, las coberturas garantizadas quedarán en suspenso un mes después del día de su vencimiento. Si la Mutualidad no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

PRESTACIONES

Artículo 8.-

Requisitos para tener derecho a las prestaciones

Para poder percibir la prestación, el asegurado deberá:

a) Estar al corriente de pago de las cuotas.

b) Solicitar la prestación por escrito, dirigiéndose a la Mutualidad.

c) Presentar D.N.I. del asegurado.

d) Presentar Resolución de reconocimiento de la situación de dependencia expedida por la administración autonómica correspondiente a la residencia del solicitante, en que se determine el grado de dependencia.

e) Presentar la certificación expedida por el médico que haya atendido al asegurado, donde se especifiquen las causas, las circunstancias y el grado de la situación de dependencia del asegurado, de conformidad con la legislación vigente de dependencia.

f) Presentar cualquier otra documentación complementaria que razonadamente determine el órgano evaluador.

Esta documentación se dirigirá a la Mutualidad, directamente o a través de un representante autorizado.

El asegurado se someterá a los reconocimientos médicos y pruebas de diagnóstico que determine la Mutualidad para poder evaluar el estado de dependencia del asegurado.

Cuando la Mutualidad haya evaluado la documentación presentada, procederá a la concesión de la prestación, o bien comunicará a los interesados la denegación de la solicitud de la prestación.

ABONO DE LA PRESTACION

Artículo 9.-

Si el asegurado es reconocido como dependiente según las definiciones del presente reglamento, el importe de la garantía de capital por dependencia será satisfecho al asegurado por la Mutualidad. El importe del capital será la cuantía que el asegurado tenga contratada en el momento en que se le declara la situación de Dependencia.

El capital se paga de una sola vez, cuando sea reconocido al asegurado el estado de Gran Dependencia o Dependencia Severa.

Esta prestación será concedida una sola vez durante toda la vigencia del seguro e implicará la extinción del contrato.

PROCEDIMIENTOS EN CASO DE CONFLICTO

Artículo 10.-

La determinación del grado de dependencia se realizará por los médicos del Montepío y se notificará por escrito al asegurado. Si éste no aceptase la proposición de la mutualidad, las partes se someterán a las decisiones de peritos médicos.

Cualquiera de las partes designará un perito y deberá constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiere designado el suyo, y de no hacerlo en este último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En el caso de que los peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta en la que se harán constar las circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización. Cuando no haya acuerdo entre los peritos, se designará un tercer perito de común acuerdo, o se instará tal designación al juez de primera instancia.

El dictamen de los peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por algunas de las partes, dentro del plazo de treinta días, en el caso de la Mutuality y ciento ochenta días en el del asegurado, computados ambos desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiesen dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Cada parte sufragará los gastos y honorarios de su perito médico y la mitad del correspondiente al tercer perito.

DURACIÓN DEL CONTRATO

Artículo 11.-

El Presente contrato podrá extinguirse por algunos de los siguientes motivos:

- a) Por impago de las cuotas, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Por voluntad del tomador o del asegurado.
- c) Por cumplir el asegurado la edad de 85 años
- d) Fallecimiento del Asegurado
- e) Por el cobro del capital en caso de siniestro
- f) Si la situación de Dependencia sobreviene durante el periodo de carencia, salvo que ésta se produzca como consecuencia de un accidente, conforme a lo establecido en el artículo 5 de este Reglamento.

REGULARIZACIÓN DE LAS CUOTAS DE SEGUROS

Artículo 12.-

Por aumento de la edad del Asegurado.

Las Cuotas se incrementarán en función de la edad del asegurado de acuerdo con el cuadro de tarifas aprobado por la Mutuality

Por revisión de las tarifas de cuotas

Las cuotas de la garantía de dependencia pueden ser objeto de revisión por la Mutuality, cuando el equilibrio técnico del contrato lo necesite, como consecuencia del cambio legislativo, una decisión reglamentaria o la modificación de las obligaciones del Montepío en relación al conjunto de riesgos de dependencia suscritos en la presente modalidad de seguro.

PERIODO DE CARENCIA

Artículo 13.-

Cualquier situación de dependencia sobrevenida durante los periodos de carencia, con independencia de su comunicación a la Mutuality, no dará lugar a pago de prestación y conllevará la rescisión del contrato, salvo la sobrevenida en caso de accidente. Las cuotas satisfechas serán reembolsadas al tomador salvo que sea patente que las declaraciones del asegurado en el momento de la suscripción tenían un carácter claramente fraudulento.

MODIFICACION DEL IMPORTE DE LA GARANTIA DE DEPENDENCIA

Artículo 14.-

El tomador podrá modificar el importe de la garantía de dependencia sujetándose a las siguientes condiciones:

En caso de aumento

- 1) Tan solo si el asegurado es menor de 70 años y si dicha modificación es aceptada por la Mutuality a la vista de los cuestionarios o exámenes médicos practicados al asegurado.
- 2) Los periodos de carencia indicados anteriormente serán aplicables al aumento de las garantías, iniciándose en la fecha de efecto de su aumento.
- 3) Si la Mutuality acepta la solicitud de modificación de garantías, la cuota por esta será calculada teniendo en cuenta la edad del asegurado y las tarifas vigentes en el momento de dicha modificación.

EXCLUSIONES

Artículo 15.-

Quedarán excluidos de la cobertura de este seguro:

- a) **Enfermedades, accidentes, lesiones o cualquier otra alteración de la salud preexistentes a la fecha de efecto de la suscripción y que no hubieran sido declarados en el reconocimiento médico o en la declaración de salud requerida en la solicitud.**
- b) **Siniestros causados voluntariamente por el asegurado, incluyendo los derivados del consumo de alcohol, drogas, tentativa de suicidio y auto mutilaciones.**
- c) **Los casos en los que la percepción de la prestación lleve implícito engaño o fraude.**
- d) **Consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado, declarada así judicialmente, así como las derivadas de la participación de éste en actos delictivos, duelo o pelea, siempre que no se hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**
- e) **Los casos en los que el asegurado deje de someterse a las disposiciones, prácticas y exploraciones que tengan por objeto dilucidar lo que corresponda a su estado de salud y grado de dependencia.**
- f) **Las consecuencias de guerra civil o internacional, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revolución, insurrección o usurpación de poder, actos de terrorismo, independientemente del lugar en el que acaezcan los hechos, excepto en caso de ejercicio profesional de la medicina.**

- g) Las consecuencias directas o indirectas de reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva, excepto cuando sean consecuencia de tratamientos médicos específicos, o se adquirieran por causa del ejercicio profesional de la medicina.
- h) Las consecuencias producidas por la práctica de deportes con carácter profesional.
- i) Las consecuencias producidas por demostraciones acrobáticas y competiciones que requieran la utilización de vehículos a motor.
- j) Cualquier consecuencia derivada de la práctica de vuelos en aparatos que no posean un certificado de navegación o no estén homologados, o cuando el piloto no posea el correspondiente título o permiso expedido por la autoridad competente.
- k) Consecuencias directas de la práctica de deportes calificados de riesgo, tales como escalada, barranquismo, puenting, rafting, vuelos en ala delta, ultraligeros y parapente y actividades subacuáticas con medios artificiales de respiración, como por ejemplo botellas, escafandra, etc.

- l) Las situaciones de dependencia que no sean medibles mediante el BVD o por otros métodos de valoración utilizados por la Mutuality.
- m) La situación de Dependencia moderada
- n) De los procesos de origen psiquiátrico o psicológico, así como las neurológicas, incluyendo el estrés y los procesos que únicamente cursa con dolor, sin que exista una causa demostrable con pruebas de diagnóstico médico.
- ñ) Las lesiones o consecuencias de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos que se lleven a cabo por razones diferentes a la sanidad, como, por ejemplo, los procesos de cirugía estética, tratamientos de esterilidad o infertilidad.

ACEPTACIÓN Y CONFORMIDAD

Artículo 16.-

Este reglamento de prestaciones con las cláusulas limitativas destacadas en negrita ha sido aprobado por la Asamblea General y obliga tanto al Montepío como a todos los asociados.

FORMA DE CÁLCULO DE LAS CUOTAS

Artículo 17.-

Las cuotas a satisfacer para percibir la garantía de capital, se calcularán en función de la edad del asegurado y del estado de Salud y serán las que aparecen en la siguiente tabla:

Edad alcanzada	Cuota mensual por cada 1.000 € de capital asegurado	Edad alcanzada	Cuota mensual por cada 1.000 € de capital asegurado	Edad alcanzada	Cuota mensual por cada 1.000 € de capital asegurado
De 18 a 40	0,05	55	0,14	70	0,31
41	0,06	56	0,15	71	0,33
42	0,06	57	0,15	72	0,35
43	0,07	58	0,16	73	1,17
44	0,07	59	0,17	74	1,19
45	0,08	60	0,18	75	1,31
46	0,08	61	0,19	76	1,37
47	0,09	62	0,20	77	1,57
48	0,09	63	0,21	78	1,81
49	0,10	64	0,23	79	2,09
50	0,10	65	0,24	80	2,40
51	0,11	66	0,25	81	2,77
52	0,12	67	0,26	82	3,20
53	0,12	68	0,28	83	3,69
54	0,13	69	0,30	84	4,25
				85	4,91

La edad del asegurado será la alcanzada por éste en su cumpleaños más cercano, por exceso o por defecto, a la fecha de efecto del contrato

NOMBRE:.....

FECHA: ____/____/____

Nº. DE SOCIO:.....

SELLO DE LA ENTIDAD

