



MUTUALIDAD ESCOLAR SEK DE PREVISIÓN SOCIAL GENERAL

**REGLAMENTO DE PRESTACIONES PARA
MUTUALISTAS VINCULADOS A LA
UNIVERSIDAD CAMILO JOSÉ CELA**

MUTUALIDAD ESCOLAR SEK DE PREVISIÓN SOCIAL GENERAL A PRIMA FIJA¹

REGLAMENTO DE PRESTACIONES PARA MUTUALISTAS VINCULADOS A LA UNIVERSIDAD CAMILO JOSÉ CELA

PRELIMINAR

El presente Reglamento define, exclusivamente, las condiciones generales del Seguro de Escolaridad o Docencia ofertado por Mutualidad Escolar SEK de Previsión Social General a Prima Fija en relación con las coberturas, mutualistas y beneficiarios vinculados a la Universidad Camilo José Cela.

Se somete a lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro; a la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras; al Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras; al Reglamento de Mutualidades de Previsión Social aprobado por Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, y a las demás disposiciones complementarias o aquellas que las sustituyan.

La Mutualidad está sujeta a la supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en ejercicio de las funciones encomendadas por el Estado Español.

¹ Aprobada por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, registrado con el nº 314/83. Adaptada a la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, dentro del Régimen Especial de Solvencia. Está inscrita en el Registro Administrativo a que se refiere el artículo 40.1.a) de la Ley 20/2015, con el número P3142. Domicilio social: Avenida de la Industria, nº 8, Naves 8 y 9. 28108 - Alcobendas (Madrid).

I.- DEFINICIONES

TOMADOR

Persona física que se obliga al pago de las cuotas, asumiendo todos los deberes y obligaciones derivados del presente Reglamento, salvo los que se hayan atribuido al beneficiario específicamente. Ostentará la condición de Mutualista.

MUTUALIDAD DE PREVISIÓN SOCIAL SEK

Entidad aseguradora que se compromete a satisfacer la prestación en el momento en que se produzca el evento cubierto, a cambio del cobro de la cuota convenida.

ASEGURADO

Persona física sobre la que recae el riesgo cubierto en el presente Reglamento. Esta condición será inseparable de la de Tomador.

BENEFICIARIO

Persona física designada por el tomador para percibir las prestaciones garantizadas en el momento de producirse la contingencia prevista en este Reglamento.

CUOTA

Es el precio del Seguro o prima, cuyo importe habrá de satisfacerse en las condiciones establecidas en el presente Reglamento y en los Estatutos sociales de la Mutualidad.

II.- PRESTACIONES GARANTIZADAS

1.- La Mutualidad otorga, en las condiciones que se indican en este Reglamento, una Renta de Escolaridad o Docencia a favor de los beneficiarios designados, a partir del fallecimiento de los asegurados, bien por ser los progenitores o las personas físicas que sufraguen los estudios de los alumnos de la Universidad Camilo José Cela.

La prestación indicada tiene como finalidad garantizar la continuidad de los estudios universitarios en los que se encuentren matriculados los beneficiarios una vez producida la contingencia.

El colectivo de beneficiarios está limitado a los alumnos de la Universidad Camilo José Cela.

La Renta de Docencia asegurada consiste en el pago, hasta la extinción del derecho a la prestación, de **un importe igual al coste completo que tengan en cada momento los servicios enumerados en el número 7 de este Reglamento en la Universidad Camilo José Cela.**

2.- Las prestaciones que conceda la Entidad tendrán carácter personal e intransferible y, en su consecuencia, no podrán ser embargadas, cedidas, ni servir de garantía a ningún tipo de obligación asumida por los propios asociados o beneficiarios.

Las prestaciones de la Mutualidad serán compatibles con cualquier otro régimen de previsión público o privado.

3.- Los beneficiarios de todo asociado a la Mutualidad tendrán derecho a las prestaciones fijadas en este Reglamento, siempre que el causante se halle al corriente en el pago de las cuotas y cumpla los demás requisitos establecidos en este Reglamento, que necesariamente deberá ser entregado en el momento de causar alta como asociado al igual que sus posteriores modificaciones.

4.- El abono de prestaciones a favor de los beneficiarios se iniciará, una vez acreditado el derecho a su percepción, a partir del primer día del mes siguiente al fallecimiento del socio-mutualista, satisfaciéndose desde esa fecha todos los beneficios establecidos en el presente Reglamento.

5.- Al ocurrir el fallecimiento del socio-mutualista, el beneficiario o beneficiarios designados deberán solicitar por escrito a la Mutualidad, en un plazo no superior a seis meses, la concesión de los beneficios que les correspondan, indicando su nombre, edad y estudios en los que se encuentran matriculados.

A la vista de la solicitud y de la situación de pago de las cuotas correspondientes, la Junta Rectora emitirá su informe que, de ser favorable, servirá de acuerdo de concesión de beneficios.

6.- Se exige un período de carencia de noventa días a partir de aquél en el que el mutualista hubiere causado alta, salvo el caso de reingreso de mutualistas que hubieran causado baja anteriormente, en el que el período de carencia exigido es de ciento ochenta días.

No se aplicarán los plazos de carencia anteriores cuando el fallecimiento del mutualista se produzca por accidente, tanto en el desarrollo de su vida privada como en el ejercicio de su actividad laboral o profesional. **A estos efectos, se entiende por accidente cualquier lesión corporal derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado que dé lugar a su fallecimiento.**

7.- Las prestaciones consisten en las ayudas económicas necesarias en cada momento, para cubrir el coste de:

- a) Derecho de matrícula. **Limitado al número de cursos completos que falten para que el alumno pueda obtener el título o títulos universitarios, según lo dispuesto en el Plan de Estudios correspondiente a cada titulación en que se encontrase matriculado el beneficiario en el momento del siniestro y que se hayan tenido en cuenta en el cálculo de la prima.**
- b) Los créditos ECTS en los que se matricule el alumno a partir de la ocurrencia del hecho determinante de la prestación. **Limitado a aquellos que se hayan tenido en cuenta para determinar la prima y, exclusivamente, en la primera matriculación posterior al siniestro.**

Los créditos ECTS en segunda matriculación o posterior que hayan sido considerados en el cálculo de la prima correspondiente al periodo de cobertura (con anterioridad al fallecimiento del mutualista), quedarán cubiertos, exclusivamente, la primera vez que el beneficiario se matricule de ellos después de ocurrido el siniestro.

- c) **La estancia en la residencia universitaria de la Universidad Camilo José Cela. Limitado a los mismos cursos en los que la matrícula quede cubierta y en idénticas condiciones a las que tenía el alumno en el momento de producirse el siniestro.**

Los pagos se realizarán directamente a la Universidad Camilo José Cela en nombre del beneficiario, previa facturación realizada por dicho centro universitario.

8.- Las prestaciones económicas se extinguirán por los motivos siguientes:

- **Terminación de los estudios que cubre la Mutualidad.**
- **Por haberse completado las obligaciones de pago a cargo de la Mutualidad, teniendo en cuenta los límites establecidas en el artículo 7 del presente Reglamento, aun cuando el beneficiario todavía no hubiese finalizado sus estudios.**
- **Abandono de los estudios.**
- **Por la baja del beneficiario como alumno de la Universidad Camilo José Cela y su matriculación en otro centro universitario.**

Si con posterioridad, el beneficiario volviese a causar alta en la Universidad Camilo José Cela, se reanuda el pago de las prestaciones previstas que quedasen pendientes a partir de ese momento.

9.- Los beneficiarios, durante el tiempo de disfrute de las prestaciones y en la forma y plazos que determine la Junta Rectora, están obligados a acreditar

documentalmente la subsistencia de sus derechos por no haber variado las circunstancias que los motivaron.

10.- Para causar derecho a las prestaciones se requiere:

1. Estar al corriente en el pago de cuotas;
2. Haber superado el período de carencia;
3. Producirse la muerte del mutualista.

No causará derecho a la percepción de las prestaciones por parte de la Mutualidad el fallecimiento como consecuencia de guerra, revolución, motín o acontecimientos similares; por causa de terremotos u otros fenómenos de carácter catastrófico; ni, en particular, por cualquiera de los acontecimientos extraordinarios cubiertos por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros atenderá las prestaciones a que tengan derecho los mutualistas según lo dispuesto en la “Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las pérdidas derivadas de acontecimientos extraordinarios en seguros de personas”, que se incluye como ANEXO al presente Reglamento.

11.- Además de las prestaciones descritas en el número 1 de este Reglamento, la Mutualidad podrá otorgar otras prestaciones sociales, siempre que se hallen comprendidas entre las peculiares de la previsión social, hayan sido aprobadas por la Asamblea General y autorizadas por la autoridad administrativa de supervisión, en los términos establecidos por el artículo 44.4 de la Ley 20/2015, de 14 de julio.

III.- CUOTAS

12.- Las tarifas de primas de la Mutualidad se fundamentarán en bases técnicas e información estadística elaboradas de acuerdo con lo previsto en la Ley 20/2015, de

14 de julio, y en sus normas de desarrollo, de modo que las primas sean suficientes y equitativas. Son componentes de las primas:

- La prima de riesgo
- El Recargo de Seguridad, en su caso
- El recargo para gastos de administración y adquisición
- El recargo para excedentes, cuyo destino será, **previo acuerdo de la Asamblea General, el reforzamiento de los fondos propios de la Mutualidad admisibles para cubrir los requerimientos mínimos de solvencia exigidos en cada momento.**

Las primas fijadas dependerán de la situación particular de cada Mutualista, en función de los factores de riesgo establecidos. En ningún caso se establecerán diferencias en las primas o en las prestaciones derivadas del sexo de los mutualistas o de los beneficiarios.

13.- El cálculo de las tarifas de primas y las bases técnicas en que se fundamenta, será realizado por actuario de seguros colegiado. La prima de riesgo resultará de la equivalencia financiero-actuarial establecida entre las obligaciones del tomador (pago de primas) y las del asegurador por pago de prestaciones y gastos de tramitación de los siniestros ocurridos. Sumando a la prima de riesgo los recargos que la complementan, necesarios para compensar a la Mutualidad de los gastos de gestión en que debe incurrir para el mantenimiento del negocio y para garantizar su solvencia, se obtendrá la prima de tarifa.

14.- Las tarifas de primas serán revisadas anualmente al objeto de garantizar el continuo cumplimiento de los principios de suficiencia y equidad. Las nuevas primas se determinan de acuerdo con lo establecido en los números anteriores.

15.- Las tarifas de primas deben ser suficientes para hacer frente a todas las obligaciones y gastos derivados de los contratos de seguro suscritos por la Mutualidad y, en particular, para constituir las provisiones técnicas que resulten oportunas de acuerdo con lo preceptuado en la Ley 20/2015, de 14 de julio y en la normativa que la desarrolla.

16.- La Mutualidad emitirá recibos de primas trimestrales en los meses de abril, julio, octubre y enero, a través de domiciliación bancaria.

El recibo incluye, además de la prima de tarifa correspondiente a cada mutualista, los siguientes recargos:

- Impuesto sobre primas de seguro
- Recargo del Consorcio de Compensación de Seguros por riesgos extraordinarios sobre las personas

17.- Sin perjuicio de las primas trimestrales que deberán pagar los socios a que se refieren los números anteriores, podrán establecerse derramas, en los términos previstos en los Estatutos sociales de la Mutualidad, que necesariamente deberán aprobarse por la Asamblea General.

A tal fin, la distribución de las derramas se hará estableciendo la cuota que adicionalmente sea necesaria, sin que su cuantía pueda alcanzar el tercio de la suma de las cuotas que cada mutualista hubiera satisfecho en los tres últimos ejercicios.

IV.- INFORMACIÓN AL TOMADOR DEL SEGURO

18.- La duración del contrato es anual, renovándose automáticamente por nuevos periodos anuales mientras el mutualista permanezca de alta y no haya desaparecido el riesgo cubierto por el seguro. El fraccionamiento trimestral de la prima implica,

además, en caso de siniestro, la condonación de los pagos trimestrales que falten por pagarse para completar la prima anual correspondiente.

La cobertura del seguro se iniciará a las cero horas del día siguiente a aquel en el que el mutualista cause alta.

19.- El tomador del seguro tendrá la facultad de rescindir el seguro dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que la Mutualidad le entregue los Estatutos y el Reglamento de Prestaciones. La rescisión habrá de formularse por escrito del tomador del seguro expedido dentro del plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición.

A partir de esta fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Mutualidad y el tomador tendrá derecho a la devolución de la prima que hubiera pagado, salvo la parte correspondiente al tiempo que el contrato hubiera tenido vigencia.

20.- El tomador queda obligado a comunicar por escrito a la Mutualidad, tan pronto como le sea posible, la alteración de cualquier factor o circunstancia que implique una agravación del riesgo cubierto.

En ningún caso se considerará una agravación del riesgo cubierto la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del asegurado con respecto a las declaradas en el momento del alta.

La Mutualidad, a su vez, comunicará al tomador la cuota a pagar en función de sus nuevas circunstancias personales en el plazo máximo de 15 días.

21.- En caso de inexactitud en las declaraciones del tomador, que influyan en la estimación del riesgo, se estará a las disposiciones generales de la Ley de

Contrato de Seguro y, de forma muy concreta en el caso de inexactitud de la edad del tomador, se aplicará el artículo 90 de la Ley de Contrato de Seguro.

22.- La Mutualidad sólo se libera del pago de las prestaciones en los casos siguientes:

- a) Cuando el fallecimiento del tomador, dentro del plazo de cobertura, sea por alguna de las causas excluidas en este Reglamento y, concretamente, las que sean consecuencia de guerra, revolución, motín o acontecimientos similares, terremotos y otros fenómenos naturales de carácter catastrófico.**
- b) La muerte del tomador causada dolosamente por uno o varios beneficiarios, por la parte que le resulte imputable.**
- c) El suicidio del asegurado se cubre a partir del período de carencia. A estos efectos se entiende por suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio asegurado.**
- d) Cuando por culpa del tomador la primera cuota se encuentre impagada y ocurra el siniestro antes de dicho pago.**

23.- La Mutualidad debe proporcionar la tarifa de primas a los tomadores del seguro en el momento de la firma del contrato. Asimismo, con al menos dos meses de antelación a cada renovación, la Mutualidad comunicará por escrito a los mutualistas las nuevas cuotas que deban satisfacer atendiendo a los cambios en su situación personal y en las tarifas que hubiese aprobado la Junta Rectora.

La Mutualidad también está obligada a comunicar a los mutualistas, tan pronto como sea posible y por escrito, cualquier modificación aprobada del presente Reglamento de Prestaciones.

24.- En el supuesto de reclamaciones, los tomadores o beneficiarios podrán recurrir a instancias de reclamación internas y externas. A continuación, se enumeran unas y otras instancias y los procedimientos a seguir:

A. Instancias internas: Presentar por escrito la reclamación que proceda ante el Servicio de Atención al Mutualista, enviándola por fax al número 91 661 86 51, mediante correo electrónico a mutualidadescolar@sek.es, o por carta enviada a la dirección postal Avenida de la Industria nº 8, Naves 8 y 9 en 28108 Alcobendas. El Servicio de Atención al Mutualista dará acuse de recibo de la queja o reclamación, que deberá resolver dentro del periodo máximo de 2 meses.

B. Instancias externas: Sobre la base de haber procedido de acuerdo con el apartado A y haber transcurrido el período máximo establecido para dictar resolución, haber sido denegada la admisión de la reclamación o haber sido desestimada la misma, se podrá recurrir a las siguientes instancias:

- Someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral en los términos del artículo 31 de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y normas de desarrollo de la misma.
- Sin perjuicio de lo reseñado en el párrafo anterior, también se podrán someter a arbitraje las cuestiones litigiosas, en los términos dispuestos por la Ley de Arbitraje.
- Los tomadores y beneficiarios podrán formular reclamaciones ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, contra la Mutualidad, a través del Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones.

En cualquier caso, los conflictos se pueden plantear ante los jueces y tribunales competentes para su Resolución.

V.- 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 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 tiempos de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

a) Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.

b) Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

c) Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.

d) Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.

e) Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.

g) Los causados por mala fe del asegurado.

h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.

i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de “catástrofe o calamidad nacional”.

3. Extensión de la cobertura

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

2. En las pólizas de seguro de vida que, de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la

suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.

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

- Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
- A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es)

3. Valoración de los daños:

La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad asegurada que cubriese los riesgos ordinarios.

4. Abono de la indemnización:

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

beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Madrid, 14 de junio de 2019