Reglamento de la prestación

Baja Laboral

Enero 2026

la mutua
de los ingenieros

Mutualidad de los Ingenieros MPS, inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la clave P-3159

Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, en el folio 73, volumen 38.168, hoja núm. B-87.907, Inscripción 1.ª. NIF V08430191. www.mutua-enginyers.com

Reglamento aprobado por la Asamblea General celebrada el día 28 de mayo de 2019, modificado por la Asamblea General del 29 de junio de 2021, 6 de junio de 2024, 5 de junio de 2025 y 4 de junio de 2026.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ARTÍCULO PRELIMINAR 1

Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN 4

Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS 4

Artículo 3. ESPECIFICACIONES DE LA COBERTURA 4

Artículo 4. LÍMITES DE EDAD DE SUSCRIPCIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA 6

Artículo 5. DURACIÓN DE LA COBERTURA Y OPOSICIÓN A SU PRÓRROGA 6

Artículo 6. SUSCRIPCIÓN 7

Artículo 7. COMUNICACIONES 8

Artículo 8. INDISPUTABILIDAD 8

Artículo 9. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA 8

Artículo 10. PERIODO DE CARENCIA Y FRANQUICIA 9

Artículo 11. CUOTAS 10

Artículo 12. PAGO DE CUOTAS 10

Artículo 13. IMPAGO DE CUOTAS: SUSPENSIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA 10

Artículo 14. BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN 11

Artículo 15. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN 11

Artículo 16. SOLICITUD Y ACREDITACIÓN DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN 12

Artículo 17. COMPROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN 13

Artículo 18. SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN 13

Artículo 19. PAGO DE LA PRESTACIÓN 14

Artículo 20. EXTINCIÓN DE LA PRESTACIÓN 14

DISPOSICIONES ADICIONALES 16

ANEXO BAREMO DE PRÓTESIS 18

ANEXO DE CUOTAS 19

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO 19

ARTÍCULO PRELIMINAR

1. NORMATIVA Y CONTROL

Este Reglamento contiene las condiciones de la prestación BAJA LABORAL de la Mutualidad de los Ingenieros MPS (en adelante, la Mutualidad), de aplicación directa a los mutualistas suscriptores y a los asegurados y beneficiarios, las cuales deberán ser interpretadas y aplicadas de conformidad con los Estatutos sociales de la Mutualidad, la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y la normativa reglamentaria que la desarrolla; por las disposiciones adicionales decimoctava y decimonovena de la Ley General de la Seguridad Social, texto refundido aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre; y demás disposiciones legales y reglamentarias vigentes en cada momento, reguladoras de la actividad aseguradora de previsión social.

La autoridad de supervisión de la actividad de la Mutualidad es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Gobierno de España.

2. DEFINICIONES

- LA MUTUA: es la entidad aseguradora de previsión social que recibe las cuotas y asume la cobertura regulada en el presente reglamento.
- MUTUALISTA O SUSCRIPTOR: es la persona física o jurídica que contrata la prestación con las condiciones, obligaciones y derechos que se establecen en este Reglamento, en los Estatutos de la Mutualidad y en la normativa vigente de aplicación.
- ASEGURADO: es la persona física expuesta al riesgo o al evento relacionado con la propia vida.
- BENEFICIARIO: es la persona o personas que reciben la prestación correspondiente, de acuerdo con este reglamento. El beneficiario de la prestación podrá ser el propio mutualista, asegurado o una tercera persona designada por el mutualista suscriptor o, en su defecto, por la normativa.
- PRESTACIÓN: cobertura de un determinado riesgo de previsión social/ asegurador que, previa suscripción (contrato) por el mutualista, asume la Mutualidad mediante el pago de un importe en forma de capital o de renta al beneficiario cuando se produce la contingencia o riesgo cubierto, de acuerdo con las condiciones reglamentariamente establecidas.
- HECHO CAUSANTE O SINIESTRO: es la ocurrencia del hecho o riesgo objeto de la cobertura aseguradora que da derecho a percibir la correspondiente prestación de acuerdo con las condiciones y requisitos reglamentariamente establecidos.

- REGLAMENTO: instrumento jurídico creado por la Mutualidad de acuerdo con los Estatutos sociales de la entidad, por el que se establece y regula una determinada prestación o un grupo de prestaciones, definiendo sus condiciones básicas, y al que se adhiere el suscriptor de acuerdo con las condiciones particulares o específicas que consten en el Título de Suscripción. Corresponde a la asamblea de mutualistas la aprobación y modificación de los reglamentos de prestaciones. El Reglamento de aplicación será el vigente en el momento de la declaración/comunicación del hecho causante de la prestación a la Mutualidad.

- SUSCRIPCIÓN DE PRESTACIÓN (política): corresponde a la Junta Rectora de la Mutualidad definir, aplicar y modificar en cada momento la política de previsión social y de suscripción de prestaciones, pudiendo agruparlas en paquetes o grupos para comercializarlas, e incluir nuevos servicios y prestaciones accesorias en los términos admitidos por la legislación vigente. Asimismo, corresponde a la Junta Rectora de la Mutualidad establecer el sistema de prestaciones alternativas al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), de conformidad con la normativa de aplicación.

- INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA: la relación de protección (cobertura) nacerá en la fecha que conste en el título de suscripción de la prestación emitido por la Mutualidad. La cobertura se extingue bien por el cumplimiento de las condiciones reglamentariamente establecidas, bien por la renuncia o baja del inscrito.

- TÍTULO DE SUSCRIPCIÓN: documento emitido por la Mutualidad que acredita al suscriptor el alta en la cobertura o prestaciones correspondientes, con identificación del mutualista, de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios designados; la fecha de efecto de la cobertura y su duración; las prestaciones o importes asegurados; las cuotas iniciales, recargos e impuestos, el vencimiento de la primera y de las sucesivas cuotas y su forma de pago; las exclusiones de la cobertura y demás circunstancias específicas de la cobertura. El título de suscripción se debe completar o interpretar de acuerdo con lo establecido en el correspondiente reglamento, del que forma parte.

- CAUSA PREEXISTENTE: hecho o circunstancia anterior a la entrada en vigor de la cobertura y que incide directamente en el siniestro o hecho causante de la prestación, ya sea esta causa una enfermedad o cualquier otra circunstancia, derivada o no de enfermedad. La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo realizada por la Mutualidad.

- ENFERMEDAD: cambio más o menos grave en la salud debido a una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, o por desórdenes emocionales/cognitivos, por causas generalmente conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos cuya evolución es más o menos previsible.

- ACCIDENTE: causa o hecho violento, súbito, externo y ajeno a la voluntad del asegurado.

- BAJA LABORAL: aquella situación de incapacidad temporal en la que el asegurado no pueda ejercer ni mantener ninguna actividad laboral, profesional o empresarial por causa de enfermedad, accidente o parte.
- EDAD ACTUARIAL: la edad en la fecha de aniversario más cercana, anterior o por llegar.
- FRANQUICIA: es la cantidad económica o el periodo de tiempo que en cada siniestro/ cobertura correrá a cargo del beneficiario.
- PERIODO DE CARENCIA: es el periodo de tiempo a partir de la fecha de suscripción de una prestación, o del incremento de la cantidad asegurada, durante el cual el beneficiario no tiene derecho a la prestación.
- PRÓTESIS: extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo del asegurado, prevista en el baremo anexo al presente reglamento.

- GÉNERO: En este Reglamento se entiende que las denominaciones en género masculino referidas a personas incluyen mujeres y hombres, salvo que del contexto se deduzca el contrario.

Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN

Consistirá en el abono de un subsidio durante el periodo en el que el asegurado permanezca en la situación de incapacidad temporal, derivada de enfermedad, accidente o parto, que le impida el mantenimiento de toda actividad laboral, profesional o empresarial, con las especificaciones de la cobertura previstas en el artículo 3.

El reconocimiento de la situación de baja laboral por un organismo oficial de la Seguridad Social no determinará necesariamente la concesión de esta prestación. Corresponderá a la Mutualidad en todo caso la evaluación, calificación y seguimiento de la baja de acuerdo con este Reglamento.

Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS

La Mutualidad determinará los importes de la prestación mínimo y máximo que podrán suscribirse, y podrá ampliarlos o reducirlos.

Para mantener y preservar el poder adquisitivo de las prestaciones, la Mutualidad podrá actualizar anualmente todos o algunos de los importes asegurados o suscritos teniendo en consideración la evolución del índice de precios al consumo (IPC), o aquellos otros indicadores económicos que se estimen adecuados, con aplicación de las cuotas que correspondan a la actualización acordada, sin que en ningún caso tal actualización de importes requiera la aceptación expresa del suscriptor o asegurado ni suponga un nuevo control de suscripción o modificación de las demás condiciones de la coberturas suscrita. La actualización no será procedente cuando haya tenido lugar la contingencia o el riesgo cubierto.

Artículo 3. ESPECIFICACIONES DE LA COBERTURA

La Mutualidad determinará el importe mínimo y máximo por contratar, y podrá ampliarlos o reducirlos. La Mutualidad podrá requerir al asegurado que acredite su nivel de ingresos y podrá limitar la cobertura suscrita a dicho nivel de ingresos.

La cobertura se divide en dos tramos:

a) Primer tramo: hasta noventa (90) días de baja.

b) Segundo tramo: hasta dos (2) años de baja.

Los asegurados en el primer y segundo tramo anteriores de esta prestación que también lo estén en la prestación de rentas de invalidez, en todos los casos con una antigüedad igual o superior al periodo de carencia para el caso de parto, tendrán además las siguientes coberturas, por el importe de subsidio menor de las prestaciones mencionadas:

- En caso de parto, paternidad, adopción o acogimiento de duración no inferior a un año una indemnización única por el importe resultante de multiplicar el importe del subsidio diario que corresponda por el número de días resultante de restar a los días equivalentes de dieciséis semanas los días de franquicia que tenga establecida en el primer tramo; si el número de días resultante es inferior a 7 se considerarán 7 días.

- Además, las mujeres tendrán cubiertas las bajas por las enfermedades propias de la gestación con el límite de noventa (90) días por embarazo, aplicando las franquicias correspondientes.

Los asegurados en el primer y segundo tramo anteriores de esta prestación que no lo estén en la prestación de Rentas de Invalidez, en todos los casos con una antigüedad igual o superior al período de carencia para el caso de parto, tendrán las siguientes coberturas, por el importe de subsidio menor de las prestaciones mencionadas.

- En caso de parto, paternidad, adopción o acogimiento de duración no inferior a un año una indemnización única por el importe resultante de multiplicar el importe del subsidio diario que corresponda por el número de días resultante de restar a los días equivalentes de cuatro semanas los días de franquicia que tenga establecida en el primer tramo.

En el segundo tramo de la cobertura no procederá indemnización por parto, paternidad, adopción, acogimiento o enfermedad de la gestación.

Los asegurados en el segundo tramo tendrán también los siguientes subsidios:

- Abono del importe contratado en caso de implante de prótesis relacionada en el Baremo anexo a este reglamento, previa presentación de factura acreditativa, y con una reposición gratuita.

- Abono del porcentaje de reducción de jornada aplicado sobre el importe contratado del segundo tramo cuando el asegurado tenga que reducir la jornada de trabajo, con la disminución proporcional del salario, para el cuidado del menor a su cargo afectado por cáncer u otra enfermedad grave de las incluidas en el listado del anexo del RD 1148/2011, de 29 de julio, o aquella otra normativa que lo modifique o sustituya en el futuro, que implique un ingreso hospitalario de larga duración que requiera de atención directa, continua y permanente, durante la hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad. La reducción de jornada deberá ser como mínimo del 50%. En caso de ser asegurado adscrita al Sistema Alternativo al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social (RETA), el abono equivaldrá al 75% del importe asegurado. Se considera como ingreso hospitalario de larga duración, la continuación del tratamiento médico o el cuidado del menor en domicilio después del diagnóstico y hospitalización por enfermedad grave.

Este abono quedará en suspenso cuando el asegurado incurra en situación de incapacidad temporal, derivada de enfermedad, accidente o parto, que le impida totalmente el mantenimiento de toda actividad laboral, profesional o empresarial.

La enfermedad grave del menor a cargo sólo da derecho a percibir el abono a uno de sus progenitores: no se podrá simultanear o acumular el abono a los progenitores, a menos que ambos estén adscritos al Sistema Alternativo al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad social (RETA) de la Mutualidad.

El alta médica del menor, el fallecimiento del asegurado o el fallecimiento del menor conllevan la finalización del derecho a percibir el abono.

Artículo 4. LÍMITES DE EDAD DE SUSCRIPCIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

1. Esta prestación podrá ser suscrita por asegurados mayores de 16 años y que aún no hayan cumplido 67 años.

2. Aquellos asegurados que deseen ampliar su cobertura hasta los 70 años podrán solicitarlo presentando, dentro del año anterior a cumplir los 67 años y con un mínimo de un mes de antelación, una declaración responsable conforme mantendrán la actividad laboral o profesional a partir de los 67 años y que solicitarán la baja de la prestación si finalizan la actividad laboral o profesional antes de los 70 años. En estos casos, la Mutualidad podrá establecer, de acuerdo con el artículo 6 de este Reglamento y la información de que disponga del asegurado, las exclusiones, limitaciones y/o sobreprimas que correspondan. En caso de aceptarse la solicitud, la Mutualidad no aplicará ninguna carencia.

La cobertura se extinguirá, juntamente a los otros supuestos previstos en este Reglamento:

a) cuando el asegurado cumpla 67 años, o antes por jubilación, invalidez absoluta y permanente o defunción.

b) el día que el asegurado cumpla 70 años de edad, en los casos de los asegurados descritos en el punto 2.

Artículo 5. DURACIÓN DE LA COBERTURA Y OPOSICIÓN A SU PRÓRROGA

Duración. La duración de esta cobertura es anual, prorrogable anualmente por años naturales, si bien el primer periodo de cobertura será lo comprendido entre la fecha de efecto del seguro y el 31 de diciembre del mismo año.

Oposición a la prórroga. Cada parte se puede oponer a la prórroga del seguro mediante una comunicación escrita a la otra parte. **Cuando sea el mutualista subscriptor** quien se oponga a la prórroga tendrá que efectuar la comunicación en el plazo al menos de **un mes de anticipación** a la conclusión del periodo de cobertura en curso. Cuando sea la Mutualidad quien se oponga, el plazo mínimo para la comunicación será de dos meses.

Artículo 6. SUSCRIPCIÓN

1. Además de cumplir las condiciones estatutariamente establecidas, el interesado deberá cumplir los siguientes requisitos:

   a) El mutualista suscriptor deberá formalizar la pertinente solicitud de inscripción/ alta, recibiendo de la Mutualidad toda la información previa relativa a la cobertura interesada, de acuerdo con la normativa de aplicación.

   b) El asegurado deberá responder y/o cumplimentar el cuestionario o cuestionarios que le presente la Mutualidad.

   c) El asegurado deberá someterse a los reconocimientos médicos o cualquier otra medida o requerimiento de selección/ evaluación de riesgos que la Mutualidad estime conveniente realizar, de conformidad con el artículo 6 de los Estatutos sociales y la normativa de aplicación.

   d) Cuando el suscriptor no coincida con el asegurado, será necesaria la autorización por escrito del asegurado, quién también firmará como conformidad el título de suscripción.

2. La Mutualidad podrá solicitar la información complementaria o adicional que considere oportuna para valorar mejor cualquier situación declarada, especialmente en el cuestionario de salud, o detectada en el reconocimiento médico. Si el suscriptor o el asegurado se niegan a facilitar dicha información, se les aplicará la exclusión, limitación o sobreprima que corresponda al peor de los casos que se puedan dar sobre la situación declarada previamente. La exclusión o limitación establecida deberá ser expresamente aceptada por el suscriptor y/o o asegurado. La no aceptación de la exclusión, limitación o sobreprima por parte del suscriptor y/o asegurado impedirá causar alta en la prestación.

3. Completados los requisitos y las condiciones establecidas, la Mutualidad emitirá el correspondiente Título de Suscripción.

4. Las ampliaciones del importe contratado dentro de los límites establecidos serán tratadas como una nueva suscripción, y la Mutualidad emitirá los correspondientes suplementos del Título de Suscripción. La no aceptación de las exclusiones y/o limitaciones o sobreprimas que se establezcan impedirá la ampliación de la prestación.

5. En caso de reserva o inexactitud en la información facilitada por la suscripción de la prestación, la Mutualidad podrá resolver la cobertura mediante declaración escrita dirigida al suscriptor en el plazo de un mes, a contar desde que tuvo conocimiento de la reserva o inexactitud, con los demás efectos legalmente previstos. Si el siniestro o hecho causante se produce antes de que la Mutualidad haya efectuado dicha declaración, la prestación se reducirá de acuerdo con la normativa de aplicación.

Artículo 7. COMUNICACIONES

1. El suscriptor o, en su caso, el asegurado tendrá la obligación de comunicar a la Mutualidad los cambios de domicilio y de domiciliación de pago de recibos.

2. Asimismo, se comunicarán las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas en el momento de la suscripción, esta no se habría producido o, en todo caso, se hubiera producido en condiciones diferentes. Dicha comunicación o el incumplimiento de esta obligación producirán los efectos previstos legalmente.

3. El suscriptor o asegurado no tendrá la obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud, que en ningún caso serán consideradas como agravación del riesgo.

Artículo 8. INDISPUTABILIDAD

La reticencia o inexactitud no dolosa en la declaración/información facilitada por el suscriptor o asegurado que tengan influencia en la estimación del riesgo (excepto en caso de indicación inexacta de la edad) no darán derecho a la Mutualidad a impugnar o resolver la cobertura transcurrido un año desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura que conste en el título de suscripción.

Artículo 9. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

No causará derecho a la prestación la baja laboral que sea como consecuencia de:

a) Conflictos armados, aunque no vengan precedidos por declaración oficial de guerra.

b) De un intento de suicidio durante el primer año de cobertura o contrato.

c) La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo realizada por la Mutualidad.

d) Por causa no declarada en las eventuales ampliaciones. En este caso, la exclusión afectará exclusivamente a las ampliaciones suscritas.

e) Las consecuencias de cualquier naturaleza derivados de la reacción o radiación nuclear o de la contaminación radiactiva, cualquiera que sea su origen.

f) Cuando sea derivada de la no observancia por parte del enfermo de las recomendaciones o prescripciones facultativas a fin de solucionar su patología o se haya prolongado la baja laboral por culpa del asegurado.

g) Derivada directa o indirectamente de drogadicción.

h) Derivada de un estado psíquico que no se pueda demostrar mediante pruebas objetivas.

i) La participación del asegurado en actos delictivos, desafíos o peleas, siempre y cuando no haya sido en defensa legítima o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

j) Puerperio, molestias periódicas de la mujer o menopausia.

k) Las intervenciones quirúrgicas o los tratamientos que se realicen por motivos puramente estéticos, a menos que no sean por causa de accidente.

l) Cuando el enfermo no reciba asistencia facultativa o su dolencia no le impida el mantenimiento totalmente la realización de cualquier actividad laboral, profesional o empresarial.

m) Tampoco se causará derecho a la prestación de baja laboral cuando se perciba la prestación de Invalidez Absoluta, o la prestación de Invalidez Total para la actividad laboral o profesional por la que se solicite la prestación de baja.

n) Aquellas otras exclusiones que se establezcan en cada caso en el título de suscripción de acuerdo con las circunstancias declaradas que afecten a la valoración del riesgo, las cuales deberán ser expresamente aceptadas por el suscriptor y asegurado de la cobertura.

Artículo 10. PERIODO DE CARENCIA Y FRANQUICIA

Se establecerá un periodo de carencia general de seis (6) meses, salvo en caso de accidente —en el que no hay carencia—, indemnización por parto, paternidad, adopción, acogida o enfermedades de la gestación —en la que será de doce (12) meses— o se le exonere —total o parcialmente— por ser sustitución de otro seguro análogo, en cuyo caso se especificará en el título de suscripción.

Franquicias:

- El primer tramo, de hasta noventa (90) días de baja, se podrá suscribir con una franquicia de los siete (7), los quince (15) o los treinta (30) primeros días de baja.

- El segundo tramo, de hasta dos (2) años de baja, tiene noventa (90) días de franquicia. En caso de reducción de jornada laboral por cuidado de menor a cargo con enfermedad grave, la franquicia será de treinta (30) días. El cómputo de franquicia para el caso de reducción de jornada laboral por cuidado de menor a cargo con enfermedad grave, empezará desde el primer día en que el asegurado reduzca su jornada laboral.
- La prótesis no tiene franquicia.

Artículo 11. CUOTAS

La cuota anual para cada tramo de la prestación se calculará de acuerdo con el importe contratado y la edad actuarial a la fecha de suscripción y en cada renovación anual, con sujeción al anexo de cuotas.

El pago de las cuotas finalizará el día de la extinción de la cobertura, y otros supuestos previstos en este reglamento.

En el anexo al reglamento constan las cuotas vigentes en el momento de la suscripción de la prestación. Las cuotas no comprenden los impuestos y recargos legalmente aplicables. Las cuotas iniciales de la cobertura, y su forma de pago, serán las que se determinen en el título de suscripción.

Artículo 12. PAGO DE CUOTAS

1. El suscriptor de la prestación vendrá obligada al pago de las cuotas, de conformidad con lo establecido en los Estatutos sociales. La obligación de pago de las cuotas nacerá en el momento de la fecha de efecto de la cobertura que conste en el título de suscripción, con la emisión del correspondiente recibo. Salvo que la normativa de aplicación establezca lo contrario, en el caso de que el asegurado sea persona distinta al suscriptor, esta obligación de pago podrá ser asumida por el asegurado y si así lo acuerdan y lo comunican a la Mutualidad los interesados, ostentando el asegurado los derechos y obligaciones aseguradores inherentes al pagador de las cuotas.
2. El lugar de pago y la periodicidad o fraccionamiento de las cuotas (mensual, trimestral, semestral o anual) serán los previstos en el título de suscripción. El suscriptor podrá cambiar la forma de pago de las cuotas comunicándolo mediante un escrito dirigido a la Mutualidad.

Artículo 13. IMPAGO DE CUOTAS: SUSPENSIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

Si la primera cuota o derrama no ha sido satisfecha a su vencimiento por causa atribuible al suscriptor de prestaciones, la Mutualidad tendrá derecho a resolver el contrato o cobertura o

a exigir el pago de la cuota o cuotas debidas. La Mutualidad quedará liberada de sus obligaciones aseguradoras si la cuota no ha sido satisfecha antes de producirse un siniestro.

En caso de falta de pago de una de las siguientes cuotas (incluyendo los fraccionamientos de la cuota anual), la prestación o cobertura suscrita quedará en suspenso un (1) mes después del día del vencimiento de la cuota (o fracción de cuota) impagada. Si la Mutualidad no reclamara el pago dentro de los seis (6) meses siguientes al vencimiento de la cuota se entenderá que el contrato o cobertura queda extinguido. En cualquier caso, la Mutualidad, cuando la cobertura esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la cuota del periodo en curso. La cobertura volverá a tener efectos a las veinticuatro horas del día en que el suscriptor haya pagado la cuota o cuotas pendientes. Los hechos causantes o siniestros producidos durante el periodo de suspensión de la cobertura no darán derecho a ningún tipo de prestación.

Artículo 14. BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN

El beneficiario de la prestación será el propio asegurado, a no ser que el suscriptor designe otro.

Artículo 15. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN

1. Serán condiciones necesarias para tener derecho a la prestación:

   a) Que el suscriptor se encuentre al corriente de pago de las cuotas reglamentarias en el momento de la producción del hecho causante. La falta de pago de las cuotas producirá los efectos previstos en el artículo 13 del presente reglamento.

   b) Haber cumplido el periodo de carencia establecido en el artículo 10 de este reglamento.

2. Las bajas a causa de recaídas o secuelas de una baja ya finalizada serán tratadas como la continuación de aquel primer expediente, de forma que la duración máxima será el tiempo restante de cobertura y no se aplicará la franquicia contratada.

   No se causará derecho ni por lo tanto se tramitará un nuevo expediente por la misma causa, recaída o secuela de otra baja que haya agotado su duración máxima de cobertura.

3. En caso de que se produzca el hecho causante de una baja con posterioridad a otra baja ya reconocida o en curso de pago, el nuevo expediente de baja se iniciará una vez finalizada la baja en curso, teniendo en cuenta que la duración máxima de la nueva cobertura se computará desde la fecha del hecho causante o diagnóstico de la enfermedad, causándose derecho a percibir la prestación correspondiente desde el día siguiente a la finalización de la baja previa, sin aplicar la franquicia contratada por los

días comprendidos entre la fecha del hecho causante de la segunda baja y la fecha de finalización de la baja previa.

Artículo 16. SOLICITUD Y ACREDITACIÓN DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN

Plazo para solicitar la prestación: dentro de los quince (15) días siguientes a la finalización de la franquicia contratada.

Si no se efectuara dicha comunicación en el plazo establecido se producirán los efectos previstos legalmente. Las solicitudes presentadas fuera de plazo podrán ser desestimadas por la Mutualidad si el retraso en la presentación/acreditación de la prestación impide a la entidad hacer las correspondientes comprobaciones y/o seguimiento de la baja

La Mutualidad podrá admitir solicitudes fuera de dicho plazo cuando a su criterio quede debidamente acreditada la realidad de la incapacidad temporal sufrida, o que se sufre, en cuanto al momento, naturaleza y consecuencias del hecho causante de la misma. En todo caso, quedará en el exclusivo criterio de la Mutualidad, de acuerdo con sus servicios médicos, la determinación de la duración de la incapacidad en el supuesto de que la solicitud sea presentada en situación de alta.

Solicitud: el beneficiario/interesado deberá presentar la correspondiente solicitud con indicación de:

a) Datos personales, familiares y profesionales del asegurado causante de la prestación.

b) Datos personales de los beneficiarios.

c) Forma de cobro de la prestación, cuando el beneficiario pueda optar entre distintas modalidades.

d) Fecha y firma de los solicitantes.

Documentación: Con la solicitud, para acreditar el derecho a la prestación del interesado deberá presentar la siguiente documentación:

- Un informe del personal médico que asista al enfermo que incluya la reseña de la enfermedad, la fecha de inicio, la fecha en que comenzó su asistencia y la duración aproximada de la misma.
- En caso de indemnización por maternidad o paternidad: el informe médico del parto y el libro de familia o documentación acreditativa análoga.
- En caso de prótesis: factura donde conste la identificación del asegurado y la descripción de la prótesis que le haya sido implantada, y su coste.

- Por reducción de la jornada de trabajo, para el cuidado del menor a su cargo afectado por cáncer u otra enfermedad grave:
    - Certificado de empresa sobre la fecha de inicio de la reducción de jornada.
    - Libro de familia o, en su caso, certificado de la inscripción del hijo o hija en el Registro Civil o resolución judicial de la adopción.
    - Informe médico (se concede por un mes, y posteriormente se renueva cada dos meses).
- Comprobante acreditativo de haber efectuado la declaración/pago del impuesto de sucesiones y donaciones, en su caso.
- Declaración de datos personales a efectos de practicar la oportuna retención a cuenta, en su caso.

También se deberán presentar todos aquellos documentos que la Mutualidad considere necesarios en cada caso para acreditar el derecho a la prestación. El interesado deberá ofrecer toda clase de información sobre las circunstancias del hecho causante o evento que le solicite la Mutualidad. Es obligación del beneficiario o beneficiarios reflejar con veracidad y exactitud los hechos y sus circunstancias en los comunicados y las declaraciones que se presenten en la Mutualidad. En caso de incumplimiento de esta obligación, la Mutualidad se podrá inhibir de pagar las prestaciones de los siniestros correspondientes, de acuerdo con el establecido en la normativa vigente.

Artículo 17. COMPROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN

Una vez completada la documentación y mediante los informes técnicos pertinentes, la Mutualidad adoptará el acuerdo que convenga.

En el caso de denegación de la prestación, si la discrepancia obedeciera a razones técnico-médicas, se acudirá, de común acuerdo, a un tercer facultativo para que, conjuntamente con los facultativos de las dos partes, emita el diagnóstico que corresponda.

Los honorarios del tercer facultativo serán a cargo de ambas partes, a partes iguales.

Artículo 18. SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN

Mensualmente o con la periodicidad que la Mutualidad determine, deberá aportarse documentación médica que acredite que el asegurado continúa sufriendo la enfermedad y se mantiene en situación de incapacidad para el desempeño de cualquier actividad laboral, profesional y empresarial.

La Mutualidad podrá disponer que su equipo médico visite al asegurado, para comprobar su estado, cuantas veces lo crea conveniente, y podrá tomar las medidas que estime necesarias para dicha comprobación.

Artículo 19. PAGO DE LA PRESTACIÓN

La prestación, una vez concedida por la Mutualidad, se pagará con efectos a partir del primer día siguiente al último del periodo de franquicia.

Forma de pago:

- El primer tramo: con carácter general, la prestación se pagará al finalizar este periodo (hasta 90 días). Cuando la baja se prevea larga, y a solicitud del asegurado, se podrá pagar por meses vencidos.
- El segundo tramo: con carácter general, la prestación se pagará por meses vencidos. En caso de prótesis, y aceptado o reconocido el derecho a la prestación, la Mutualidad abonará el importe asegurado al beneficiario en un solo pago, en el plazo máximo de cuarenta (40) días desde la acreditación del derecho a la prestación.

Artículo 20. EXTINCIÓN DE LA PRESTACIÓN

La prestación se extinguirá por cualquiera de las siguientes causas:

a) Por cumplir el asegurado la edad de 67 años (o 70 años en los casos que reúnan las condiciones establecidas en el artículo 4.2). La extinción producirá efectos el mismo día en que cumpla esa edad.

b) Por agotamiento del plazo de las coberturas suscritas, incluyendo los días fijados como franquicia.

c) Por la situación de invalidez, al ser incompatible con la situación de baja laboral.

d) Por el fallecimiento del asegurado.

e) Por el rechazo a someterse a los tratamientos médicos o quirúrgicos convenientes para la curación de la enfermedad o cuando, a criterio del personal médico, se pretendiera la prolongación artificiosa de la baja.

f) Para el desempeño de cualquier actividad laboral, profesional o empresarial, ya sea por cuenta propia o ajena.

g) Si el asegurado, su familia o cualquier otro interesado se opusieran a las visitas o comprobaciones, determinadas por la Mutualidad, o por imposibilidad de practicar

reconocimientos médicos o de cualquier otra índole porque el asegurado no se encuentra en el domicilio que consta en la Mutualidad, sin causa justificada.

h) Por renuncia expresa del interesado.

DISPOSICIONES ADICIONALES

1. PROTECCIÓN DE LOS MUTUALISTAS Y ASEGURADOS

Los mutualistas, asegurados, beneficiarios o sus derechohabientes pueden dirigir voluntariamente sus reclamaciones respecto a las cuestiones derivadas de la aplicación de los reglamentos de la Mutualidad a las siguientes instancias, internas y externas:

- El **Servicio de Atención al Mutualista** (SAM) establecido por la Mutualidad, con sujeción al reglamento que rija este organismo, que tiene por objeto atender y resolver las quejas y reclamaciones de los mutualistas relacionados con la actividad aseguradora o de previsión de la Mutualidad, así como las derivadas de la normativa de transparencia y protección de la clientela y de las buenas prácticas y usos financieros y aseguradores.

- El **Defensor del Mutualista** (DM) establecido por la Mutualidad, con sujeción al reglamento que rija este organismo, que tiene por objeto las quejas y reclamaciones que se puedan presentar relacionadas con la actividad aseguradora o de previsión de la Mutualidad, siempre que previamente se hayan planteado al Servicio de Atención al Mutualista y no sean objeto de algún proceso administrativo, arbitral o judicial. La decisión del Defensor del Mutualista favorable al reclamante será vinculante para la Mutualidad. El reclamante tendrá la posibilidad de acudir a los procedimientos de conciliación y arbitraje establecidos o de interponer reclamación o demanda por la vía judicial.

- El **Servicio de Reclamaciones** que tenga establecido el **órgano administrativo de supervisión** de la Mutualidad, del que se informará en las resoluciones del SAM o DM.

- Otros mecanismos de solución de conflictos de carácter voluntario:

    a) Arbitraje de acuerdo con el texto refundido de la Ley General para Defensa de los Consumidores y Usuarios (Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre).

    b) Mediación de acuerdo con la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

    c) Arbitraje en los casos previstos en la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

- **Jurisdicción competente y prescripción.** El interesado podrá recurrir a los tribunales de justicia, siendo el juez o jueza competente para entender de las acciones derivadas del seguro el del domicilio del asegurado. Las acciones que se deriven del presente reglamento/contrato prescriben en un plazo de cinco años.

2. SERVICIOS O PRODUCTOS CONCERTADOS

La Mutualidad podrá complementar esta prestación con servicios y/o productos concertados con terceros, ya sean de carácter asegurador o no. La Mutualidad podrá dejar sin efecto los servicios/productos complementarios que tenga concertados, y modificarlos o sustituirlos por otros servicios o productos, aplicando, en su caso, la correspondiente corrección de prima/ cuota del suscriptor. Los servicios/productos complementarios podrán ser de carácter obligatorio u opcional para el suscriptor, según lo determine la Mutualidad.

3. RESPONSABILIDAD DE LOS MUTUALISTAS

De conformidad con los Estatutos sociales de la Mutualidad, la responsabilidad de los mutualistas/suscriptores está limitada al pago de las cuotas y las derramas que se establezcan de acuerdo con los Estatutos y los reglamentos vigentes o pólizas, que en ningún caso excederán los límites que establezcan las disposiciones legales de aplicación.

ANEXO BAREMO DE PRÓTESIS

- Artroplastia de cadera con prótesis
- Prótesis total de cadera (intervención)
- Artroplastia de rodilla (con prótesis)
- Artroplastia de hombro con prótesis
- Cabeza de radio (extirpación con prótesis)
- Implante de prótesis total osteointegrada (más de 6 en superior o inferior)
- Aneurisma arterial (sustitución con prótesis)
- Prótesis valvular aórtica, mitral o tricúspide (implante)
- *By-pass* arteriovenoso con prótesis
- Craneoplastia con injerto protésico
- Discectomía con prótesis por vía anterior
- Catarata (cirugía extracapsular con implante de lente)
- Lente intraocular (implante secundario o extracción)
- Catarata secundaria (intervención)
- Enfermedad de Peyronie (intervención con prótesis)
- Aneurisma aórtico con intervención de prótesis
- Reconstrucción y protetización posmastectomía
- Prótesis de mama (sustitución quirúrgica)
- Prótesis de Atkinson (colocación)
- Acetábulo (repuesto)
- Prótesis testicular (intervención de colocación o extracción)
- Prótesis bronquial (colocación)
- Prótesis biliar interna (implantación)
- Prótesis fonatoria (colocación quirúrgica)
- Prótesis total de cadera (repuesto)
- Endoprótesis expandible (colocación endoscópica o percutánea)
- Artroplastia muñeca (con prótesis)
- Defecto refractario (implante de lente epicapsular flexible)
- Catarata (facoemulsificación con implante de lente)
- Presbicia (facoemulsificación con implante de lente multifocal)
- Prótesis no total de cadera
- Prótesis de rodilla

ANEXO DE CUOTAS

La cuota anual por cada 1.000 euros de indemnización mensual con prótesis hasta 1.500 euros, de acuerdo con el tramo contratado, será:

EDAD	BAJA LABORAL 90 DÍAS FRANQUÍCIA DE:			MÁS DE 90 DÍAS CUOTA ANUAL (€)
	7 DÍAS CUOTA ANUAL (€)	15 DÍAS CUOTA ANUAL (€)	30 DÍAS CUOTA ANUAL (€)	
15-29	288,60	230,88	173,16	33,20
30-44	363,06	290,44	217,83	57,99
45-66	414,42	331,53	248,65	123,41
67-69	456,83	365,46	274,10	136,05

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO

Las tablas de cuotas reflejan la cuota total a pagar anualmente, sin incluir impuestos. Se podrá elegir una periodicidad de pago de cuotas diferente a la anual, con los recargos sobre la cuota anual, dependiendo de la periodicidad establecida:

FRACCIONAMIENTO	RECARGO
Mensual	2,041%
Trimestral	1,530%
Semestral	1,020%