Reglamento de la prestación

Dependencia Severa

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 del 28 de mayo de 2019, modificado por la Asamblea General del 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 2

Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS 3

Artículo 3. LÍMITES DE EDAD DE SUSCRIPCIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA 3

Artículo 4. DURACIÓN DE LA COBERTURA Y OPOSICIÓN A SU PRÓRROGA 4

Artículo 5. SUSCRIPCIÓN 4

Artículo 6. COMUNICACIONES 5

Artículo 7. INDISPUTABILIDAD 5

Artículo 8. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA 5

Artículo 9. PERIODO DE CARENCIA Y FRANQUICIA 7

Artículo 10. CUOTAS 7

Artículo 11. PAGO DE CUOTAS 7

Artículo 12. IMPAGO DE CUOTAS: INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA 7

Artículo 13. BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN 8

Artículo 14. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN 8

Artículo 15. SOLICITUD Y ACREDITACIÓN DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN 8

Artículo 16. COMPROBACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN 9

Artículo 17. PAGO DE LA PRESTACIÓN 9

Artículo 18. EXTINCIÓN DE LA PRESTACIÓN 10

DISPOSICIONES ADICIONALES 11

ANEXO DE CUOTAS 12

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO 12

ARTÍCULO PRELIMINAR

1. NORMATIVA Y CONTROL

El presente reglamento contiene las condiciones de la prestación DEPENDENCIA SEVERA de la Mutualidad de los Ingenieros MPS (en adelante, la Mutualidad), de aplicación directa a los mutualistas, a los suscriptores, 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 MUTUALIDAD: 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 puede ser el propio suscriptor, el asegurado o una tercera persona designada por el suscriptor o, en su defecto, por el reglamento y la normativa.
- PRESTACIÓN: cobertura de un determinado riesgo de previsión social o asegurador que, previa suscripción (contrato) por el suscriptor, 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 en el momento de causar derecho a la prestación será el vigente en dicho momento.
- SUSCRIPCIÓN DE PRESTACIÓN (política): corresponde a 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 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 suscriptor y asegurado 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/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 que lleve a cabo la Mutualidad.
- DEPENDENCIA SEVERA: estado de dependencia en el que la persona sufre un estado de limitación física o psíquica irreversible que implica la necesidad de ayuda para llevar a cabo varias actividades básicas de la vida diaria, dos o tres veces al día, pero no requiere de la ayuda permanente de un cuidador o de un apoyo extenso para su autonomía personal.
- GRAN DEPENDENCIA: estado de dependencia en que la persona necesita ayuda para realizar distintas actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y en el que, debido a la pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o requiere apoyo general para su autonomía personal.
- ACCIDENTE: causa o hecho violento, súbito, externo y ajeno a la voluntad del asegurado.
- 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.
- FRANQUICIA: es la cantidad económica o el periodo de tiempo que en cada siniestro o cobertura correrá a cargo del beneficiario.
- EDAD ACTUARIAL: la edad en la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o por llegar.
- 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 una renta mensual temporal con una duración de sesenta (60) mensualidades en el caso de que el asegurado se encuentre en situación de dependencia severa.

A los efectos de esta prestación, se considerará situación de dependencia severa la determinada en la normativa reguladora de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (según viene definida en el artículo preliminar punto 2 de este reglamento). Para su valoración, se considerará que el asegurado se encuentra en situación de dependencia severa cuando tenga una valoración comprendida entre 50 y 74 puntos del baremo de valoración de dependencia (BVD), establecido por el Real Decreto 174/2011 o aquella otra normativa que lo modificará o sustituyera en el futuro.

El reconocimiento de gran dependencia llevará inherente el reconocimiento de la dependencia severa.

Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS

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

En cualquier momento y hasta la edad máxima correspondiente, se podrá solicitar el incremento o la disminución de la renta contratada. En el caso de incremento, el suscriptor deberá satisfacer, por el aumento de renta suscrito, la cuota correspondiente según la edad del asegurado en el momento que efectúa esta ampliación y se mantendrá la cuota de la renta contratada hasta ese momento. En el caso de disminución, se minorará la cuota y primero se deducirán las últimas ampliaciones de rentas.

Asimismo, la Mutualidad podrá llevar a cabo fórmulas dirigidas a ofrecer, como sustitución o como complemento de la renta económica mensual, la prestación equivalente global del servicio que se necesita para atender las necesidades previstas en el artículo 1 de este reglamento.

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. LÍMITES DE EDAD DE SUSCRIPCIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

1. Podrán ser asegurados en esta prestación las personas que hayan cumplido 20 años de edad y no hayan cumplido 68 años. En las ampliaciones del importe asegurado se aplicarán los mismos criterios de selección de riesgos que en la suscripción inicial de la prestación.
2. La cobertura se extinguirá por el pago de la prestación y en los demás supuestos previstos en el presente reglamento.
3. La indicación inexacta de la edad tendrá los siguientes efectos:
    a) La Mutualidad quedará liberada del cumplimiento de la prestación cuando aquella edad excediera de la indicada como límite para acceder a la prestación.
    b) Cuando la edad no excediera de dicho límite, la Mutualidad reducirá la prestación en proporción a las cuotas aplicadas, en el caso de que estas cuotas hayan sido inferiores a las que hubieran correspondido, o bien restituirá a la persona asociada el exceso de

la cuota aplicada en el caso de que haya resultado superior a la cuota correspondiente, sin intereses.

Artículo 4. 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 5. SUSCRIPCIÓN

1. Además de cumplir las condiciones estatutariamente establecidas, el interesado deberá cumplir los siguientes requisitos:
    a) El suscriptor deberá suscribir la pertinente solicitud de inscripción o 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 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 o 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 asegurado se negara a facilitar dicha información, se le aplicaría 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 o asegurado. La no aceptación de la exclusión, limitación o sobreprima por parte del suscriptor 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, 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 (1) 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 6. COMUNICACIONES

1. El suscriptor o, en su caso, los asegurados tendrán 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 el asegurado no tendrán 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 7. INDISPUTABILIDAD

La reticencia o inexactitud no dolosa en la declaración o la información facilitada por el suscriptor o asegurad 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 (1) año desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura que conste en el título de suscripción.

Artículo 8. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

Quedarán excluidas de cobertura las dependencias que sean por alguna de las siguientes causas:

a) Conflictos armados, aunque no vengan precedidos por declaración oficial de guerra.
b) Las consecuencias directas o indirectas de un intento de suicidio.
c) Consecuencias directas o indirectas de una enfermedad o accidente, lesiones, deformaciones o defectos congénitos o preexistentes a la fecha de efecto de la prestación, salvo que estas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones hayan sido declarados por el suscriptor o asegurado en el cuestionario de salud y expresamente aceptada su cobertura por la Mutualidad. La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo que efectúe 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 directas o indirectas de cualquier naturaleza derivadas de la energía nuclear, la reacción o radiación nuclear o la contaminación radiactiva, cualquiera que sea su origen.
f) Derivada de la no observancia por parte del enfermo de las recomendaciones y las prescripciones facultativas a fin de solucionar su patología o que se haya prolongado esta situación de dependencia 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, así como las que sean consecuencia de actos de imprudencia temeraria o negligencia grave.
j) Práctica de las siguientes actividades profesionales o deportivas: alpinismo, así como actividades de montaña fuera de pistas señalizadas y abiertas al público o prácticas a una altitud superior a 3.000 metros, navegación marítima de recreo a más de 20 millas náuticas de un refugio costeño, navegación submarina o en solitario, submarinismo a más de 30 metros de profundidad, espeleología, artes marciales, boxeo, deportes de nieve fuera de pista, hípica en competición, puenting, rafting, góming o salto con cuerda elástica, toda actividad en zona desértica, cualquier deporte que precise la utilización de un aparato con motor. También cualquier otro deporte considerado de riesgo no enumerado anteriormente.
k) La práctica de deportes (entrenamiento, ensayos y pruebas) a título profesional o título amateur remunerado.
l) Quedarán excluidos todos los riesgos cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, y en general los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno del Estado como catástrofe o calamidad nacional.
m) 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.
n) Mala fe del asegurado.
o) Embriaguez, uso de estupefacientes no prescritos médicamente o abuso de productos farmacéuticos sin respetar la prescripción médica. Se entenderá que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes siempre y cuando se determine mediante análisis la presencia de estas sustancias o de metabolitos de estas. Se entenderá por embriaguez la presencia de una tasa de alcohol en sangre superior a la establecida por la normativa vigente cuando se trate de un accidente de circulación y 0,5 gramos por litro para el resto de accidentes.
p) Uso de aparatos aéreos de capacidad inferior a 20 plazas.
q) Trabajos en alturas superiores a 15 metros, o considerados de riesgo como trabajos con explosivos, subterráneos, subacuáticos o aéreos.
r) Viajes o estancias que tengan carácter de exploración o en países en conflicto o desaconsejados por el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.
s) Profesiones excluidas. Todas aquellas cuya actividad laboral esté relacionada con o sea:
    i. La industria pesquera dedicado a actividades en alta mar, pesca a pulmón o marisqueo en acantilados.
    ii. La industria de petróleo o gas desplazados a plataformas petrolíferas marinas.
    iii. La industria agrícola con el uso de fuerza motriz.

iv. Con explosivos.
v. En las Fuerzas Armadas.
vi. Deportista profesional.
vii. Trabajos en altura superior a 15 metros.
viii. Con manejo de alguna clase de maquinaria pesada.

Artículo 9. PERIODO DE CARENCIA Y FRANQUICIA

Periodo de carencia: se establecerá un periodo de carencia de un (1) año para enfermedades, excepto Alzheimer y demencias, en las que será de tres (3) años. El periodo de carencia quedará sin efecto cuando el estado de dependencia sea originado como consecuencia de accidente.

Si la situación de dependencia sobreviniera durante dichos periodos de carencia, la prestación se resolvería automáticamente y el beneficiario tendría derecho a percibir las cuotas abonadas hasta esa fecha.

En el supuesto de ampliación de la renta suscrita, se aplicarán, por la parte de renta ampliada, los mismos periodos de carencia como si se tratara de una suscripción inicial de esta prestación.

Franquicia: se establecerá una franquicia de noventa (90) días.

Artículo 10. CUOTAS

La cuota anual se calculará de acuerdo con la renta o importe contratado y la edad actuarial del asegurado la fecha de suscripción, con sujeción al anexo de cuotas.

El pago de las cuotas finalizará el día de la extinción de la cobertura, con el reconocimiento de la prestación de dependencia 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 11. 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 12. IMPAGO DE CUOTAS: INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

Si la primera cuota o derrama no hubiera 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.

Si el asegurado no abonara la totalidad de las cuotas impagadas, la cuota que deberá pagar se fijará según la edad del asegurado en el momento de reiniciar el pago.

Artículo 13. BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

El beneficiario de la prestación será el propio asegurado, a no ser que el suscriptor haya designado a otra persona.

Artículo 14. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN

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 surtirá los efectos previstos en el artículo 12 del presente reglamento.

b) Que el asegurado haya cubierto el periodo mínimo de carencia establecido en el artículo 9 de este reglamento.

Artículo 15. SOLICITUD Y ACREDITACIÓN DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN

Plazo para solicitar la prestación: un (1) año desde la fecha objetivamente acreditable de la situación de dependencia cubierta. Si no se efectuara dicha comunicación en el plazo establecido se producirán los efectos previstos legalmente.

Solicitud: la prestación se solicitará a la Mutualidad aportando los siguientes datos:

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

b) Datos personales del beneficiario.

c) Fecha y firma de los solicitantes.

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

a) Certificado del personal médico que haya atendido al asegurado, en el que se especifiquen las causas y las circunstancias de su situación de dependencia.

b) Resolución de la situación de dependencia de acuerdo con la normativa reguladora de la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en su caso.

c) Acreditación de la condición de beneficiario/s.

d) Comprobante acreditativo de haber efectuado la declaración / el pago del impuesto de sucesiones y donaciones, si procede.

e) Declaración de datos personales a efectos de practicar la oportuna retención a cuenta, si procede.

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/s reflejar con veracidad y exactitud los hechos y sus circunstancias en los comunicados y las declaraciones que se presenten a 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 lo establecido en la normativa vigente.

Artículo 16. COMPROBACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN

1. Para la comprobación de la dependencia, y de la persistencia de esta dependencia, el asegurado deberá someterse a los reconocimientos médicos y las pruebas diagnósticas indicadas por la Mutualidad, y tanto ella como sus familiares deberán aportar estos reconocimientos y los informes que les sean solicitados.

   La oposición a estas visitas o comprobaciones por el asegurado, por familiares o por cualquier otro interesado se entenderá como renuncia expresa al cobro de la pensión, y la Mutualidad quedará liberada de su obligación. No obstante, el asegurado podrá rehabilitar su situación dando cumplimiento a sus obligaciones, si bien esta rehabilitación no dará derecho al cobro de las mensualidades no percibidas desde la renuncia a la fecha de efecto de la rehabilitación.

2. De acuerdo con la documentación presentada, los informes técnicos pertinentes y las comprobaciones efectuadas, la Mutualidad procederá a aceptar la prestación o denegarla en su caso. La denegación será comunicada por la Mutualidad al interesado por escrito con indicación de las causas, así como el carácter subsanable o no de las mismas.

3. En el caso de que el asegurado o interesado no se conforme por razones técnico-médicas con la evaluación de la dependencia realizada por la Mutualidad, se procederá a una segunda evaluación por dos facultativos, uno nombrado por el asegurado o interesado y el otro por la Mutualidad. En caso de discrepancia entre ellos, intervendrá un tercer facultativo, que será nombrado por ambas partes de común acuerdo. Los facultativos deberán practicar la evaluación pericial atendiendo a lo dispuesto en este reglamento.

   Cada parte satisfará los honorarios y los gastos de su facultativo y la mitad del tercer facultativo.

Artículo 17. PAGO DE LA PRESTACIÓN

La pensión mensual, a partir del momento de ser concedida por la Mutualidad, se pagará por meses vencidos, con efectos retroactivos a partir del día en que entre en la Mutualidad la solicitud de la prestación. Si la prestación se solicita como continuación de la prestación de baja laboral, se pagará con efectos del día siguiente de la fecha de finalización de esta otra prestación. El asegurado de esta prestación percibirá la renta mensual que le corresponda por meses vencidos una vez haya presentado la completa acreditación ante la Mutualidad de la situación

de dependencia y haya transcurrido el periodo de franquicia de noventa (90) días, a partir del cual el pago será efectivo desde el primer día de la acreditación mencionada.

A partir del momento en que se inicie el cobro de la prestación, el asegurado quedará exonerada del pago de la cuota correspondiente a esta cobertura. La duración de esta prestación económica tendrá carácter temporal siempre y cuando persista la situación de dependencia.

Artículo 18. EXTINCIÓN DE LA PRESTACIÓN

Serán causas de extinción de la prestación:

a) No cumplir los requisitos establecidos en la presente cobertura.
b) Si el asegurado, sus familiares o cualquier otro interesado se opusieran a las visitas o las comprobaciones determinadas por la Mutualidad, o bien por la imposibilidad de practicar reconocimientos médicos o de cualquier otra índole porque el asegurado no se encuentra en el domicilio que consta en la Mutualidad, así como en el caso de ausencias reiteradas que no se han comunicado.
c) La negativa a someterse a los tratamientos médicos o quirúrgicos prescritos médicamente o cuando, a criterio del profesional médico, se pretendiera prolongar artificialmente la situación de dependencia.
d) El fallecimiento del asegurado.

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 es vinculante para la Mutualidad. El reclamante tiene la posibilidad de acudir a los procedimientos de conciliación y arbitraje establecidos o de interponer reclamación/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 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 o productos concertados con terceros, ya sean de carácter asegurador o no. La Mutualidad podrá dejar sin efecto los servicios o productos complementarios que tenga concertados, y modificarlos o sustituirlos por otros servicios o productos, aplicando, en su caso, la correspondiente corrección de cuota del suscriptor. Los servicios o 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 DE CUOTAS

La cuota anual por cada 1.000 euros de renta mensual asegurada será:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
20	261,41
21	266,04
22	270,68
23	273,78
24	278,41
25	283,06
26	287,70
27	293,89
28	298,52
29	303,17
30	309,35
31	315,54
32	320,17
33	326,38
34	334,10
35	340,30

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
36	346,48
37	354,20
38	361,96
39	369,68
40	377,41
41	386,69
42	394,42
43	403,72
44	412,99
45	423,82
46	434,64
47	445,48
48	457,85
49	470,21
50	482,59
51	496,51

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
52	510,43
53	525,90
54	541,37
55	558,38
56	576,95
57	595,51
58	615,61
59	637,27
60	660,47
61	683,68
62	709,97
63	737,81
64	767,20
65	799,68
66	833,71
67	870,52

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO

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

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