

Reglamento de la prestación Hospitalización

Enero 2026

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; y por la Junta Rectora del 27 de junio de 2024 (en adaptación a la modificación de estatutos aprobada por asamblea del 06-06-2024), y por la asamblea general de 5 de junio de 2025, y modificado en la sesión de la junta rectora de 27 de noviembre de 2025 (pendiente de ratificación de la Asamblea 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. ESPECIFICACIONES DE LA COBERTURA.....	3
Artículo 4. LÍMITE DE EDAD DE SUSCRIPCIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA	3
Artículo 5. DURACIÓN DE LA COBERTURA Y OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA.....	3
Artículo 6. SUSCRIPCIÓN	3
Artículo 7. COMUNICACIONES	4
Artículo 8. INDISPUTABILIDAD	4
Artículo 9. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA.....	5
Artículo 10. PERIODO DE CARENCIA	5
Artículo 11. CUOTAS	5
Artículo 12. PAGO DE CUOTAS.....	6
Artículo 13. IMPAGO DE CUOTAS: INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA.....	6
Artículo 14. BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN.....	6
Artículo 15. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN	6
Artículo 16. SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN	6
Artículo 17. COMPROBACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN.....	7
Artículo 18. PAGO DE LA PRESTACIÓN	7
Artículo 19. EXTINCIÓN DEL SUBSIDIO	8
DISPOSICIONES ADICIONALES.....	9
ANEXO DE CUOTAS.....	11
RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO	11

ARTÍCULO PRELIMINAR

1. **NORMATIVA Y CONTROL**

El presente reglamento contiene las condiciones de la prestación HOSPITALIZACIÓN de la Mutualidad de los Ingenieros MPS (en adelante, la Mutualidad), de aplicación directa a los mutualistas, a los 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 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 podrá 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 / 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 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 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) nace 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 mutualista suscriptor el alta en la cobertura o prestaciones correspondientes, con identificación del suscriptor, 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/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.
- **EDAD ACTUARIAL:** la edad en la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o por llegar.
- **PERIODO DE CARENIA:** 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.
- **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 diario durante el periodo en el que el asegurado permanezca ingresada en clínica, hospital o sanatorio, con motivo de intervención quirúrgica, procesos de enfermedad, parto, tratamiento psiquiátrico o accidente del asegurado, hasta un máximo de noventa (90) días de estancia.

En gerontología, se admitirán los ingresos producidos por enfermedades, siempre y cuando constituyan procesos agudos y se lleven a cabo en clínica, hospital o sanatorio cualificado.

Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS

La Mutualidad determinará los importes de la prestación mínimo y máximo que pueden 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

Para tener derecho al subsidio, será necesario que la estancia mínima en clínica, hospital o sanatorio sea de una noche completa.

El importe del subsidio se triplicará durante el periodo de permanencia en la unidad de vigilancia intensiva, la unidad de cuidados intensivos o la unidad coronaria, con un máximo de treinta (30) días.

En cualquier caso, sea de forma consecutiva o en distintos periodos, no se podrá percibir subsidio por un plazo superior a noventa (90) días en un mismo año.

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

Esta prestación podrá ser suscrita por asegurados menores de 60 años.

La cobertura se extinguirá por fallecimiento del asegurado.

Artículo 5. DURACIÓN DE LA COBERTURA Y OPOSICIÓN A LA 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 suscriptor** 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 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.
 - 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 que se salga de la normalidad. Si el suscriptor o asegurado se niega a facilitar dicha información, se le 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 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 o la suscripción de coberturas adicionales 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 7. COMUNICACIONES

1. Los mutualistas o suscriptores 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 8. INDISPUTABILIDAD

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

Artículo 9. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

1. No serán objeto de indemnización las estancias en clínica, hospital o sanatorio en cualquiera de las siguientes circunstancias:
 - a) Cuando el ingreso sea para tratamientos de deshabitación a drogas, tabaco y otras toxicomanías.
 - b) Internamente a efectos de diagnósticos y chequeos, curas de reposo, periodos de cuarentena o aislamiento y para tratamientos puramente estéticos. En este último caso, siempre y cuando no sea a causa de accidente.
 - c) La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo realizada por la Mutualidad.
 - d) Cuando, a criterio médico, no subsista la necesidad técnica para su tratamiento en clínica.
 - e) Cuando, por la evolución de la dolencia (fase de recuperación o estabilización irreversible), pueda ser tratada en su domicilio.
 - f) Cuando la permanencia en clínica, hospital o sanatorio sea por problemas de tipo social o familiar.
2. Asimismo, no se causará derecho a prestación cuando esta sea por alguna de las siguientes causas:
 - a) Conflictos armados, aunque no vengán precedidos por declaración oficial de guerra.
 - b) La hospitalización causada por un acto voluntario del asegurado o de un intento de suicidio.
 - c) Las consecuencias de cualquier naturaleza derivados de la reacción o radiación nuclear o de la contaminación radiactiva, cualquiera que sea su origen.
 - d) Derivada de 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.
 - e) Aquellas otras exclusiones que se establecen 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

Se establecerá un periodo de carencia de seis (6) meses, salvo en caso de accidente, en el que no existirá carencia, indemnización por parto, en que será de doce (12) meses, o se le exonere —total o parcialmente— por ser sustitución de otro seguro análogo, en cuyo caso vendrá especificado en el título de suscripción.

Artículo 11. CUOTAS

La cuota anual se calculará de acuerdo con el subsidio diario contratado y la edad actuarial del asegurado a la fecha de suscripción y en cada renovación anual, con arreglo 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 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: INICIO 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. BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN

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

Artículo 15. 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 de la hospitalización. 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.

Artículo 16. SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN

Plazo para solicitar la prestación: noventa (90) días naturales desde la fecha en que se haya producido la hospitalización. Si no se efectuara dicha comunicación en el plazo establecido se producirán los efectos previstos legalmente.

Solicitud: el beneficiario o 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 el interesado deberá presentar la siguiente documentación:

Informe médico extendido por el facultativo responsable del servicio del centro donde haya sido ingresada el interesado o informe de alta del centro, en el que se haga constar el nombre del ingresado, la causa que ha motivado el ingreso, el estado del enfermo y las fechas del internamiento.

En todos los casos se deberá acompañar factura, certificado o documento análogo extendido por el establecimiento donde haya sido internada la persona, en el que consten las fechas del internamiento.

En caso de internamiento en la unidad de vigilancia intensiva, la unidad de cuidados intensivos o la unidad coronaria, los días de permanencia deberán quedar explícitamente especificados en dicho documento.

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/los beneficiarios/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. En este sentido, la Mutualidad podrá hacer las comprobaciones que estime convenientes.

Artículo 17. COMPROBACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN

La Mutualidad podrá disponer que sus equipos médicos visiten al enfermo, para comprobar su estado, cuantas veces lo crea conveniente, y podrá tomar las medidas que estime necesarias para esta comprobación.

Artículo 18. PAGO DE LA PRESTACIÓN

De acuerdo con la documentación presentada, la Mutualidad procederá a aceptar la prestación correspondiente o, en su caso, a denegarla. La denegación será comunicada por la Mutualidad al interesado por escrito con indicación de las causas, así como el carácter emanable o no de las mismas.

El total de los subsidios diarios se percibirá de una sola vez. En todo caso, cuando la estancia se prevea larga y a solicitud del asegurado, se podrá pagar por meses vencidos.

Artículo 19. EXTINCIÓN DEL SUBSIDIO

El subsidio se extinguirá:

- a) Por la defunción del asegurado.
- b) Si el enfermo, sus familiares o cualquier otro interesado se opusieran a las visitas de los facultativos o las comprobaciones.
- c) Por el rechazo a someterse a los tratamientos médicos o quirúrgicos convenientes para la curación de la enfermedad, o cuando, a criterio del equipo médico, se pretendiera la prolongación artificiosa del internamiento.
- d) 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 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 o 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 60 euros de indemnización diaria será:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
0-29	22,92
30-44	40,44
45-64	50,69
65 o más	63,36

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 %