

Reglamento de la prestación HOSPITALIZACIÓN

mayo 2019



Mutualidad de los Ingenieros MPS

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 18, volumen 25.405, hoja núm. B-87907, inscripción 1.^a. NIF V08430191. www.mutua-enginyers.com

Reglamento aprobado por la Asamblea General celebrada el día 28 de mayo de 2019



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. PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN.....	6
Artículo 15. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN.....	6
Artículo 16. SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN	7
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 y las mutualistas, a los suscriptores y suscriptoras y a las personas aseguradas y beneficiarias, 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.
- **PERSONA MUTUALISTA O SUSCRIPTORA:** 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.
- **PERSONA ASEGURADA:** es la persona física expuesta al riesgo o al evento relacionado con la propia vida.
- **PERSONA BENEFICIARIA:** es la persona o personas que reciben la prestación correspondiente, de acuerdo con este reglamento. La persona beneficiaria de la prestación podrá ser la propia persona suscriptora, la persona asegurada o una tercera persona designada por la persona suscriptora 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 la persona suscriptora, asume la Mutualidad mediante el pago de un importe en forma de capital o de renta a la persona beneficiaria 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 la persona suscriptora 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) 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 de la persona inscrita.
- **TÍTULO DE SUSCRIPCIÓN:** documento emitido por la Mutualidad que acredita a la persona mutualista suscriptora el alta en la cobertura o prestaciones correspondientes, con identificación de la persona suscriptora, de las personas aseguradas y, en su caso, de las personas beneficiarias designadas; 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 de la persona asegurada.
- **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 la persona beneficiaria no tiene derecho a la prestación.

Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN

Consistirá en el abono de un subsidio diario durante el periodo en el que la persona asegurada permanezca ingresada en clínica, hospital o sanatorio, con motivo de intervención quirúrgica, procesos de enfermedad, parto, tratamiento psiquiátrico o accidente de la persona asegurada, 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 de la persona suscriptora o asegurada 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 personas aseguradas menores de 60 años.

La cobertura se extinguirá por fallecimiento de la persona asegurada.

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

La duración de esta cobertura será anual, prorrogable anualmente, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro. Cada parte podrá oponerse a la prórroga del seguro mediante una comunicación escrita a la otra parte. **Cuando sea la persona mutualista suscriptora quien se oponga a la prórroga deberá efectuar la comunicación en el plazo mínimo de un (1) mes de antelación 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 (2) meses.

Artículo 6. SUSCRIPCIÓN

1. Además de cumplir las condiciones estatutariamente establecidas, la persona interesada deberá cumplir los siguientes requisitos:

- a) La persona suscriptora 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) La persona asegurada deberá responder o cumplimentar el cuestionario o cuestionarios que le presente la Mutualidad.
- c) La persona asegurada 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 la persona suscriptor no coincida con la persona asegurada será necesaria la autorización por escrito de la persona asegurada, 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 la persona suscriptor o asegurada 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 la persona suscriptor o asegurada. La no aceptación de la exclusión, limitación o sobreprima por parte de la persona suscriptor o asegurada 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 a la persona 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. Las personas mutualistas o suscriptoras o, en su caso, las personas aseguradas 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. La persona suscriptor o la persona asegurada 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 la persona suscriptor o asegurada 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 deshabituación 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 vengan precedidos por declaración oficial de guerra.**
 - b) **La hospitalización causada por un acto voluntario de la persona asegurada 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 de la persona asegurada 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 la persona suscriptora y asegurada 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 de la persona asegurada 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. La persona suscriptora 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 la persona asegurada sea persona distinta a la persona suscriptora, esta obligación de pago podrá ser asumida por la persona asegurada y si así lo acuerdan y lo comunican a la Mutualidad las personas interesadas, ostentando la persona asegurada los derechos y obligaciones aseguradores inherentes a la persona pagadora 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. La persona suscriptora 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 a la persona suscriptora 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 la persona suscriptora 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. PERSONA BENEFICIARIA DE LA PRESTACIÓN

La persona beneficiaria de la prestación será la propia persona asegurada, a no ser que la persona suscriptora designe a otra.

Artículo 15. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN

Serán condiciones necesarias para tener derecho a la prestación:

- a) Que la persona suscriptora 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: la persona beneficiaria o interesada deberá presentar la correspondiente solicitud con indicación de:

- a) Datos personales, familiares y profesionales de la persona asegurada causante de la prestación.
- b) Datos personales de las personas beneficiarias.
- c) Forma de cobro de la prestación, cuando la persona beneficiaria pueda optar entre distintas modalidades.
- d) Fecha y firma de las personas solicitantes.

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

Informe médico extendido por el facultativo responsable del servicio del centro donde haya sido ingresada la persona interesada o informe de alta del centro, en el que se haga constar el nombre de la persona ingresada, la causa que ha motivado el ingreso, el estado de la persona enferma 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. La persona interesada deberá ofrecer toda clase de información sobre las circunstancias del hecho causante o evento que le solicite la Mutualidad. Es obligación de la persona o personas beneficiarias 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 a la persona enferma, 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 a



la persona interesada 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 de la persona asegurada, se podrá pagar por meses vencidos.

Artículo 19. EXTINCIÓN DEL SUBSIDIO

El subsidio se extinguirá:

- a) Por la defunción de la persona asegurada.
- b) Si la persona enferma, sus familiares o cualquier otra persona interesada 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 LAS PERSONAS MUTUALISTAS Y ASEGURADAS

Las personas mutualistas, aseguradas, beneficiarias 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 las personas mutualistas relacionadas 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. La persona 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.
- Los organismos de **conciliación y arbitraje** previstos por la Federación de Mutualidades de Cataluña, una vez agotado el trámite del Defensor del Mutualista, con sujeción a los preceptos reglamentarios que rijan dichos organismos.
- 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.** La persona interesada podrá recurrir a los tribunales de justicia, siendo el juez competente para entender de las acciones derivadas del seguro el del domicilio de la persona asegurada. 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 de la persona suscriptora. Los servicios o productos complementarios podrán ser de carácter obligatorio u opcional para la persona suscriptora, según lo determine la Mutualidad.



3. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS MUTUALISTAS

De conformidad con los Estatutos sociales de la Mutualidad, la responsabilidad de las personas mutualistas/suscriptoras 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 %