Reglament de la prestació

Despeses Quirúrgiques

Gener 2026

la mútua
dels enginyers

Mutualitat dels Enginyers MPS, inscrita en el Registre d'Entitats Asseguradores i Reasseguradores de la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions amb la clau P-3159

Inscrita al Registre Mercantil de Barcelona, al foli 73, volum 38.168, full núm. B-87.907, Inscripció 1a. NIF V08430191. www.mutua-enginyers.com

Reglament aprovat per l'Assemblea General del 28 de maig de 2019, modificat per l'Assemblea General del 6 de juny de 2024, 5 de juny de 2025 i 4 de juny de 2026.

ÍNDEX DE CONTINGUTS

ARTICLE PRELIMINAR 1

Article 1. NATURALESA DE LA PRESTACIÓ 3

Article 2. IMPORTS MÀXIMS I MÍNIMS I ACTUALITZACIÓ DE COBERTURES 3

Article 3. ESPECIFICACIONS DE LA COBERTURA 3

Article 4. LÍMITS D'EDAT DE SUSBCRIPCIÓ I EXTINCIÓ DE LA COBERTURA 3

Article 5. DURADA DE LA COBERTURA i OPOSICIÓ A LA SEVA PRÒRROGA 4

Article 6. SUBSCRIPCIÓ 4

Article 7. COMUNICACIONS 5

Article 8. INDISPUTABILITAT 5

Article 9. EXCLUSIONS DE LA COBERTURA 5

Article 10. PERÍODE DE CARÈNCIA 6

Article 11. QUOTES 6

Article 12. PAGAMENT DE QUOTES 6

Article 13. IMPAGAMENT DE QUOTES: SUSPENSIÓ I EXTINCIÓ DE LA COBERTURA 6

Article 14. BENEFICIARIS DE LA PRESTACIÓ 7

Article 15. CONDICIONS PER CAUSAR DRET A LA PRESTACIÓ 7

Article 16. SOL·LICITUD I ACREDITACIÓ DEL DRET A LA PRESTACIÓ 7

Article 17. COMPROVACIÓ I ACCEPTACIÓ DE LA PRESTACIÓ 7

Article 18. PAGAMENT DE LA PRESTACIÓ 8

DISPOSICIONS ADDICIONALS 9

DISPOSICIÓ TRANSITÒRIA 10

ANNEX DE QUOTES 11

RECÀRRECS PER FRACCIONAMENT 11

ARTICLE PRELIMINAR

1. NORMATIVA I CONTROL

Aquest Reglament conté les condicions de la prestació DESPESES QUIRÚRGIQUES de la Mutualitat dels Enginyers MPS (en endavant, la Mutualitat), d'aplicació directa als mutualistes i subscriptors, i als assegurats i beneficiaris, les quals han de ser interpretades i aplicades de conformitat amb els Estatuts socials de la Mutualitat, la Llei 50/1980 de 8 d'octubre, de contracte d'assegurança; la Llei 20/2015, de 14 de juliol, d'ordenació, supervisió i solvència de les entitats asseguradores i reasseguradores, i la normativa reglamentària que la desenvolupa; per les Disposicions addicionals divuitena i dinovena de la Llei general de la seguretat social, text refós aprovat pel Reial decret legislatiu 8/2015, de 30 d'octubre; i altres disposicions legals i reglamentàries vigents en cada moment, reguladores de l'activitat asseguradora de previsió social.

L'autoritat de supervisió de l'activitat de la Mutualitat Mutualitat és la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions del Govern d'Espanya.

2. DEFINICIONS

- LA MUTUALITAT: és l'entitat asseguradora de previsió social que rep les quotes i assumeix la cobertura regulada en aquest Reglament.
- MUTUALISTA O SUBSCRIPTOR: és la persona física o jurídica que contracta la prestació amb les condicions, obligacions i drets que s'estableixen en aquest Reglament, als Estatuts de la Mutualitat i a la normativa vigent d'aplicació.
- ASSEGURAT: és la persona física exposada al risc o a l'esdeveniment relacionat amb la pròpia vida.
- BENEFICIARI: és la persona/es que rep la prestació corresponent, d'acord amb aquest Reglament. El beneficiari de la prestació pot ser el mutualista, l'assegurat o un tercer designada pel subscriptor o, en el seu defecte, determinat pel Reglament i la normativa.
- PRESTACIÓ: cobertura d'un determinat risc de previsió social /assegurador que, prèvia la seva subscripció (contracte) per la subscriptora, assumeix la Mutualitat mitjançant el pagament d'un import en forma de capital o de renda al beneficiari quan es produeix la contingència o risc cobert, d'acord amb les condicions reglamentàriament establertes.
- FET CAUSANT O SINISTRE: és la ocurrència del fet o risc objecte de la cobertura asseguradora que dóna dret a percebre la corresponent prestació d'acord amb les condicions i requisits reglamentàriament establerts.
- REGLAMENT: instrument jurídic creat per la Mutualitat d'acord amb els Estatuts socials de l'entitat, pel qual s'estableix i regula una determinada prestació o grup de prestacions, definint les seves condicions bàsiques, i al qual s'hi adhereix el subscriptor d'acord amb les condicions particulars o específiques que constin en el Títol de Subscripció. Correspon a l'assemblea de mutualistes l'aprovació i modificació dels reglaments de prestacions. El Reglament d'aplicació serà el vigent en el moment de la declaració/comunicació del fet causant de la prestació a la Mutualitat.
- SUBSCRIPCIÓ DE PRESTACIÓ (política): correspon a la Mutualitat definir, aplicar i modificar en cada moment la política de previsió social i de subscripció de prestacions, podent agrupar-les en paquets o grups per a comercialitzar-les, i incloure-hi nous serveis i prestacions accessòries en els termes admesos per la legislació vigent. Així mateix, correspon a la Mutualitat establir el Sistema de Prestacions alternatives al Règim Especial de Treballadors Autònoms (RETA), de conformitat amb la normativa d'aplicació.

- INICI I EXTINCIÓ DE LA COBERTURA: la relació de protecció (cobertura) neix en la data que consti en el Títol de Subscripció a la prestació emès per la Mutualitat. La cobertura s'extingeix bé pel compliment de les condicions reglamentàriament establertes, bé per la renúncia o baixa de l' inscrit.
- TÍTOL DE SUBSCRIPCIÓ: document emès per la Mutualitat que acredita al mutualista subscriptor l'alta en la/es cobertura/prestacions corresponents, amb identificació del subscriptor i assegurat i, en el cas, dels beneficiaris designats; la data d'efecte de la cobertura i la seva durada; les prestacions/imports assegurats; quotes inicials, recàrrecs i impostos, venciment de la primera i successives quotes i la seva forma de pagament; exclusions de la cobertura i altres circumstàncies específiques de la cobertura. El Títol de Subscripció s'ha de completar/interpretar d'acord amb l'establert en el corresponent Reglament, del qual forma part.
- CAUSA PREEXISTENT: fet o circumstància anterior a l'entrada en vigor de la cobertura i que incideix directament en el sinistre o fet causant de la prestació, ja sigui aquesta causa una malaltia o qualsevol altra circumstància, derivada o no de malaltia. La preexistència queda exclosa de la cobertura asseguradora, sens perjudici de la valoració del risc que faci la Mutualitat.
- MALALTIA: canvi més o menys greu en la salut degut a una alteració o desviació de l'estat fisiològic en una o diverses parts del cos, o per desordres emocionals/cognitius, per causes generalment conegudes, manifestades per símptomes i signes característics l'evolució dels quals és més o menys previsible.
- ACCIDENT: fet o causa violenta, sobtada, externa i aliena a la voluntat de l'assegurat.
- DESPESA QUIRÚRGICA.- valoració econòmica d'aquelles intervencions, tractaments medico–quirúrgics o proves diagnòstiques que li siguin realitzats a l'assegurat que estan previstos en el Barem annex a aquest Reglament.
- PERÍODE DE CARÈNCIA: és el període de temps a partir de la data de subscripció d'una prestació, i de la data de l'increment de la quantitat assegurada, durant el qual el beneficiari no té dret a la prestació.
- EDAT ACTUARIAL: l'edat a l'aniversari més proper, ja complert o per complir.
- GÈNERE: en aquest Reglament s'entén que les denominacions en gènere masculí referides a persones inclouen dones i homes, llevat que del context se'n dedueixi el contrari.

Article 1. NATURALESA DE LA PRESTACIÓ

Consisteix en l'abonament al beneficiari de l'import o indemnització contractat que correspongui segons la Taula d'indemnitzacions que figura en el Barem annex a aquest reglament.

Article 2. IMPORTS MÀXIMS I MÍNIMS I ACTUALITZACIÓ DE COBERTURES

La Mutualitat determina l'import mínim i màxim a contractar, podent ampliar-los o reduir-los. L'import o indemnització a percebre es determina d'acord amb les quanties assignades a cada intervenció i/o tractament, segons la Taula d'indemnitzacions del Barem. Es podrà contractar una cobertura que doni lloc a una indemnització d'una quantia equivalent, com a màxim, a quatre vegades l'import que consta a la Taula. El Barem es correspon amb un import de 1.202,02 euros.

Article 3. ESPECIFICACIONS DE LA COBERTURA

Per a l'aplicació de la Taula s'ha de tenir en compte el següent:

- El tractament conservador complet d'hèrnia discal inclou totes les tècniques necessàries (infiltracions, electroteràpia, fisioteràpia, traccions contínues de columna, etc.).
- En el tractament d'hemodiàlisi o diàlisi peritoneal es farà un únic abonament anual independentment del nombre de sessions efectuades durant l'anualitat.
- El cateterisme arterial o cardíac inclou totes les exploracions que exigeixin aquesta via i, per aquest motiu, es pagarà per una sola vegada la quantitat fixada en la taula d'indemnitzacions.
- Pel que fa als tractaments de quimioteràpia i d'instil·lacions vesicals amb citostàtics o anàlegs, per a tenir dret a la prestació per segona vegada o posteriors serà necessari que hagi transcorregut un termini mínim de tres mesos entre l'acabament de la tanda precedent i l'inici d'un nou cicle.
- Per a la resta dels tractaments s'abonarà per una sola vegada la quantitat fixada en la Taula d'indemnitzacions, sigui quina sigui la durada del dit tractament.
- En la pràctica de l'artroscòpia terapèutica i la laparoscòpia terapèutica, queden englobades totes les actuacions que es facin en un mateix acte quirúrgic.
- Si una intervenció quirúrgica o tractament especial no constés en la Taula d'indemnitzacions, aquesta podrà ésser atesa per la Mutualitat amb la quantitat que estimi adequada en virtut d'aplicar un criteri d'analogia o semblança amb altres casos classificats a la Taula. Totes les altres intervencions no donaran dret a indemnització.

Quan, en una mateixa sessió, calgui efectuar diverses intervencions, s'indemnitzarà, d'acord amb la Taula esmentada, el 100% de la d'import més alt i el 50% de les restants, fins al màxim d'indemnització contractada.

Article 4. LÍMITS D'EDAT DE SUSBCRIPCIÓ I EXTINCIÓ DE LA COBERTURA

1. Poden ser assegurats en aquesta prestació les persones que no hagin complert els 60 anys d'edat. En les ampliacions s'aplicaran els mateixos criteris de selecció de riscos que en el subscripció inicial de la prestació.

2. La indicació inexacta de l'edat tindrà els efectes següents:

   a) La Mutualitat quedarà alliberada del compliment de la prestació quan aquella edat excedís de la indicada com a límit per a accedir a la prestació.

b) quan l'edat no excedís de l'esmentat límit, la Mutualitat reduirà la prestació en proporció a les quotes aplicades, en cas que aquestes quotes hagin estat inferiors a les que haguessin correspost, o bé restituirà a l'associat l'excés de la quota aplicada en cas que hagi resultat superior a la quota corresponent, sense interessos.

Article 5. DURADA DE LA COBERTURA i OPOSICIÓ A LA SEVA PRÒRROGA

Durada. La durada d'aquesta cobertura és anual, prorrogable anualment per anys naturals, si bé el primer període de cobertura serà el comprès entre la data d'efecte de l'assegurança i el 31 de desembre del mateix any.

Oposició a la pròrroga. Cada part es pot oposar a la pròrroga de l'assegurança mitjançant una comunicació escrita a l'altra part. **Quan sigui el mutualista subscriptor** qui s'oposi a la pròrroga haurà d'efectuar la comunicació en el termini almenys **d'un mes d'anticipació** a la conclusió del període de cobertura en curs. Quan sigui la Mutualitat qui s'hi oposi, el termini mínim per a la comunicació serà de dos mesos.

Article 6. SUBSCRIPCIÓ

1. A més de complir les condicions estatutàriament establertes, l'interessat (o futur assegurat) haurà de complimentar els requisits següents:
   a) El subscriptor ha de subscriure la pertinent sol·licitud d'inscripció/alta, rebent de la Mutualitat tota la informació prèvia relativa a la cobertura interessada, d'acord amb la normativa d'aplicació.
   b) L'assegurat haurà respondre i/o complimentar el(s) qüestionari(s) que li presenti la Mutualitat.
   c) L'assegurat haurà de sotmetre's als reconeixements mèdics o a qualsevol altra mesura o requeriment de selecció/avaluació de riscos que la Mutualitat estimi convenient realitzar.
2. la Mutualitat podrà sol·licitar la informació complementària o addicional que consideri oportuna per tal de valorar millor qualsevol situació declarada, especialment al qüestionari de salut o detectada al reconeixement mèdic. Si el subscriptor o l'assegurat es negués a facilitar l'esmentada informació, se li aplicaria l'exclusió, limitació o la sobreprima que correspongui al pitjor dels casos que es puguin donar sobre la situació declarada prèviament. L'exclusió o limitació establerta haurà de ser expressament acceptada pel subscriptor i/o assegurat. La no acceptació de l'exclusió, limitació o sobreprima per part del subscriptor i/o assegurat impedirà causar alta en la prestació.
3. Completats els requisits i les condicions establertes, la Mutualitat emetrà el corresponent Títol de Subscripció.
4. Les ampliacions de l'import contractat dins dels límits establerts seran tractades com una nova subscripció, emetent la Mutualitat els corresponents suplements del Títol de Subscripció. La no acceptació de les exclusions i/o limitacions, o sobreprimes, que s'estableixin impediran l'ampliació de la prestació.
5. En cas de reserva o inexactitud en la informació facilitada per a la subscripció de la prestació, la Mutualitat podrà resoldre la cobertura mitjançant declaració escrita dirigida al subscriptor en el termini d'un mes comptat des de que va tenir coneixement de la reserva o inexactitud, amb els altres efectes legalment previstos. Si el sinistre o fet causant es produeix abans que la Mutualitat hagi fet l'esmentada declaració la prestació es reduirà d'acord amb la normativa d'aplicació.

Article 7. COMUNICACIONS

1. El subscriptor o, si escau, els assegurats, tenen l'obligació de comunicar a la Mutualitat els canvis de domicili i de domiciliació de pagament de rebuts.
2. Així mateix s'han de comunicar les circumstàncies que agreugin el risc i siguin d'una naturalesa que, si haguessin estat conegudes al moment de la subscripció, aquesta no s'hauria efectuat, o, en cas d'haver-se realitzat, s'hauria fet en condicions diferents. L'esmentada comunicació o l'incompliment d'aquesta obligació produiran els efectes previstos legalment.
3. El subscriptor o assegurat no té obligació de comunicar la variació de les circumstàncies relatives a l'estat de salut, que en cap cas seran considerades com a agreujament del risc.

Article 8. INDISPUTABILITAT

La reticència i/o inexactitud no dolosa en la declaració/informació facilitada pel mutualista/subscriptor o assegurat que tinguin influència en l'estimació del risc (excepte en cas d'indicació inexacta de l'edat) no donaran dret a la Mutualitat a impugnar / resoldre la cobertura una vegada transcorregut un any des de la data d'entrada en vigor de la cobertura que consti en el Títol de Subscripció.

Article 9. EXCLUSIONS DE LA COBERTURA

No donaran dret a indemnització les intervencions/tractaments mèdics derivats de:

a) Conflictes armats, encara que no hagi precedit la declaració oficial de guerra.

b) Conseqüència d'un intent de suïcidi durant el primer any de cobertura/contracte.

c) Causa preexistent i no declarada en el moment de la contractació/subscripció.

d) La preexistència queda exclosa de la cobertura asseguradora, sens perjudici de la valoració del risc que faci la Mutualitat.

e) Les conseqüències de qualsevol naturalesa derivades de la reacció o radiació nuclear o de la contaminació radioactiva, qualsevol que sigui el seu origen.

f) Un procés clínic de causes congènites o bé ja existents amb anterioritat a la inscripció en la prestació o, si s'escau, l'ampliació de cobertures.

g) Les intervencions quirúrgiques o tractaments que es realitzin per motius purament estètics, sempre que no siguin causades per accident.

h) Les proves diagnòstiques següents: densitometria òssia, l'electroencefalografia (EEG), les ecografies de qualsevol mena, l'ecocardiograma, l'eco-Doppler, el Holter, la urografia intravenosa descendent (UIV), la campimetria visual, radiografies, les exploracions amb Rx i la prova d'esforç sense radiofàrmac.

i) Les exploracions que es realitzin per medicina preventiva i com a diagnòstics o controls periòdics ginecològics i també per menopausa.

j) Els tractaments específics per processos ocasionats per la menopausa.

k) Tractaments específics per a la deshabituació de dependències a drogues, tabac i altres toxicomanies.

l) La intervenció d'apendicectomia profilàctica, o sigui, sense malaltia apendicular prèvia i efectuada solament pel fet de presentar-se a la vista de l'operador en el decurs d'una intervenció abdominal provocada per qualsevol procés morbós.

m) Queden exclosos tots els riscs extraordinaris la cobertura dels quals correspongui al Consorci de Compensació d'Assegurances de conformitat amb la disposició addicional tercera d'aquest Reglament, i en general els sinistres que per la seva magnitud i gravetat siguin qualificats pel govern de l'Estat com a catàstrofe o calamitat nacional.

n) Aquelles altres exclusions que s'estableixen en cada cas en el Títol de Subscriptor d'acord amb les circumstàncies declarades que afectin a la valoració del risc, les quals hauran de ser expressament acceptades pel subscriptor i assegurat de la cobertura.

Article 10. PERÍODE DE CARÈNCIA

S'estableix un període de carència de sis mesos, llevat del cas d'accident, en què no hi ha carència, o el cas d'indemnització per part, en què serà de dotze mesos, o se li exoneri -totalment o parcial- per ser substitució d'una altra assegurança anàloga, en aquest cas s'especificarà en el títol de subscripció.

Article 11. QUOTES

La quota anual es calcularà en funció del nombre de vegades que s'hagi contractat la indemnització que consta a la Taula i l'edat actuarial a la data de subscripció i en cada renovació anual, segons l'Annex de quotes.

Article 12. PAGAMENT DE QUOTES

1. El subscriptor de la prestació està obligada al pagament de les quotes, de conformitat amb allò que estableixen els Estatuts socials. L'obligació de pagament de les quotes neix en el moment de la data d'efecte de la cobertura que consti en el Títol de Subscripció, amb l'emissió del corresponent rebut. Excepte que la normativa d'aplicació estableixi una altra cosa, en cas que l'assegurat sigui persona diferent del subscriptor, aquesta obligació de pagament podrà ser assumida per l'assegurat i si així ho acorden i ho comuniquen a la Mutualitat els interessats, ostentant l'assegurat els drets i obligacions asseguradores inherents al pagador de les quotes.
2. El lloc de pagament i la periodicitat/fraccionament de les quotes (mensual/ trimestral/ semestral/ anual) seran els previstos en Títol de Subscripció. El subscriptor podrà canviar la forma de pagament de les quotes comunicant-ho per escrit dirigit a la Mutualitat.

Article 13. IMPAGAMENT DE QUOTES: SUSPENSIÓ I EXTINCIÓ DE LA COBERTURA

Si la primera quota o derrama no ha estat pagada al seu venciment per causa atribuïble al subscriptor de prestacions, la Mutualitat té dret a resoldre el contracte/cobertura o a exigir-ne el pagament de la(es) quota(es) deguda(es). la Mutualitat queda deslliurada de les seves obligacions asseguradores si la quota no ha estat pagada abans es produeixi un sinistre.

En cas de manca de pagament d'una de les quotes següents (inclosos els fraccionaments de la quota anual), la prestació/cobertura subscrita queda en suspens un mes després del dia del venciment de la quota (o fracció de quota) impagada. Si la Mutualitat no reclama el pagament dins dels sis mesos següents al venciment de la quota s'entendrà que el contracte/cobertura queda extingida. En qualsevol cas, la Mutualitat, quan la cobertura estigui en suspens, només podrà exigir el pagament de la quota del període en curs. La cobertura tornarà a tenir efecte a les vint-i-quatre hores del dia que el subscriptor hagi pagat la quota(es) pendent(s). Els fets causants /sinistres produïts durant el període de suspensió de la cobertura no donaran dret a cap mena de prestació.

Article 14. BENEFICIARIS DE LA PRESTACIÓ

El beneficiari de la prestació serà el propi assegurat, a no ser que el subscriptor en designi un altre.

Article 15. CONDICIONS PER CAUSAR DRET A LA PRESTACIÓ

Són condicions per tenir dret a la prestació:

a) Que el subscriptor es trobi al corrent en el pagament de les quotes reglamentàries al moment de la producció de la intervenció/tractament mèdic.

b) Que l' assegurat hagi cobert el període mínim de carència de sis mesos establert a l'article 10.

Article 16. SOL·LICITUD I ACREDITACIÓ DEL DRET A LA PRESTACIÓ

Termini per sol·licitar la prestació: L'interessat/beneficiari l'haurà de comunicar la intervenció mèdica i presentar la sol·licitud de la prestació a la Mutualitat en el termini màxim de noranta dies naturals des la data de la intervenció mèdica. Si no s'efectués l'esmentada comunicació en el termini establert es produiran els efectes previstos legalment.

Sol·licitud: La prestació s'ha de sol·licitar a la Mutualitat indicant/aportant les dades següents:

a) Dades personals, familiars i professionals de l'assegurat causant de la prestació.

b) Indicació de la forma/lloc de cobrament de la prestació.

c) Data i signatura del sol·licitant.

Documentació: amb la sol·licitud, per a acreditar el dret a la prestació s'ha de presentar la següent documentació:

a) Un certificat mèdic estès pel facultatiu que hagi efectuat la intervenció/tractament quirúrgic, en el qual hauran de figurar el nom de l'assegurat, la data i l'abast de la intervenció quirúrgica, la lesió, el tractament o l'exploració, el lloc on s'ha realitzat i el seu historial clínic.

b) També s'hauran de presentar tots aquells documents que la Mutualitat consideri necessaris en cada cas per a acreditar el dret a la prestació. L' interessat haurà d'oferir tota classe d'informació sobre les circumstàncies del fet causant o esdeveniment que li sol·liciti la Mutualitat. És obligació del beneficiari reflectir amb veracitat i exactitud dels fets i les seves circumstàncies en els comunicats i les declaracions que presenti a la Mutualitat. En cas d'incompliment d'aquesta obligació, la Mutualitat es podrà inhibir de pagar les prestacions corresponents, d'acord amb el que estableixi la normativa vigent.

Article 17. COMPROVACIÓ I ACCEPTACIÓ DE LA PRESTACIÓ

D'acord amb la documentació presentada la Mutualitat procedirà a valorar la despesa quirúrgica i acceptar el pagament de indemnització corresponent, o a denegar-la si s'escau. La denegació serà comunicada per la Mutualitat a l'interessat, per escrit, amb indicació de les causes, així com el caràcter subsanable o no de les mateixes.

En cas que l'assegurat o interessat no es conformi per raons tècnico-mèdiques sobre la valoració feta per la Mutualitat, es procedirà a una segona avaluació per dos facultatius, l'un nomenat per l'assegurat/interessat i l'altre per la Mutualitat. En cas de discrepància entre ells, intervindrà un tercer facultatiu que serà nomenat per totes dues parts de comú acord. Els facultatius hauran de practicar l'avaluació pericial atenent a allò disposat en aquest Reglament.

Cada part satisfarà els honoraris i les despeses del seu facultatiu i la meitat del tercer facultatiu.

Article 18. PAGAMENT DE LA PRESTACIÓ

Acceptat/reconegut el dret a la prestació, la Mutualitat abonarà l'import assegurat al beneficiari en un sol pagament, en el termini màxim de quaranta dies des de l'acreditació del dret a la prestació.

DISPOSICIONS ADDICIONALS

1. PROTECCIÓ DELS MUTUALISTES I ASSEGURATS

Els mutualistes, assegurats, beneficiaris o els seus drethavents poden adreçar voluntàriament les seves reclamacions de les qüestions derivades de l'aplicació dels reglaments de la Mutualitat a les següents instàncies, internes i externes:

- El **Servei d'Atenció al Mutualista** (SAM) establert per la Mutualitat, amb subjecció al Reglament que regeixi aquest organisme, que té per objecte atendre i resoldre les queixes i reclamacions dels mutualistes relacionades amb l'activitat asseguradora o de previsió de la Mutualitat, així com les que derivin de la normativa de transparència i protecció de la clientela i de les bones pràctiques i usos financers i asseguradors.
- El **Defensor del Mutualista** (DM) establert per la Mutualitat, amb subjecció al Reglament que regeixi aquest organisme, que té per objecte les queixes i reclamacions que es puguin presentar, relacionades amb l'activitat asseguradora o de previsió de la Mutualitat sempre que prèviament s'hagin plantejat al Servei d'Atenció al Mutualista i no siguin objecte d'algun procés administratiu, arbitral o judicial. La decisió del Defensor del Mutualista favorable al reclamant és vinculant per a la Mutualitat. El reclamant té la possibilitat d'acudir als procediments de conciliació i arbitratge establerts o d'interposar reclamació/demanda per la via judicial.
- Els **Servei de Reclamacions** que tingui establerts l'**òrgan administratiu de supervisió** de la Mutualitat, del qual s'informarà en les resolucions del SAM i/o DM.
- Altres mecanismes de solució de conflictes de caràcter voluntari:
    a) Arbitratge d'acord amb el text refós de la Llei General per a Defensa dels Consumidors i Usuaris (RD Legislatiu 1/2007, de 16 de novembre).
    b) A mediació d'acord amb la Llei 5/2012, de 6 de juliol, de mediació en assumptes civils i mercantils.
    c) Arbitratge en els casos previstos en la Llei 60/2003, de 23 de desembre, d'Arbitratge.

Jurisdicció competent i prescripció. L'interessat pot recórrer als tribunals de justícia, essent el jutge o la jutgessa competent per entendre de les accions derivades de l'assegurança el del domicili de l'assegurat. Les accions que derivin del present reglament/contracte prescriuen en el termini dels cinc anys.

2. SERVEIS/PRODUCTES CONCERTATS

La Mutualitat pot complementar aquesta prestació amb serveis i/o productes concertats amb tercers, ja siguin de caràcter assegurador o no. La Mutualitat pot deixar sense efecte els serveis/productes complementaris que tingui concertats, i modificar-los o substituir-los per altres serveis/productes, aplicant, en el cas, la corresponent correcció de prima/quota del subscriptor. Els serveis/productes complementaris podran ser de caràcter obligatori o opcional per al subscriptor, segons ho determini la Mutualitat.

3. RESPONSABILITAT DELS MUTUALISTES

De conformitat amb els estatuts socials de la Mutualitat, la responsabilitat dels mutualistes/subscriptors està limitada al pagament de les quotes i les derrames que s'estableixin d'acord amb els Estatuts i els reglaments vigents o pòlisses, que en cap cas no excediran els límits que fixin les disposicions legals d'aplicació.

DISPOSICIÓ TRANSITÒRIA

Els assegurats que, en data 1 de gener del 2000, el moment de la transformació, tinguin contractades les prestacions bàsiques pagaran una quota especial per aquesta cobertura, que es calcularà segons l'annex de quotes d'aquest reglament. Per a qualsevol altra ampliació, pagaran les quotes fixades en general.

ANNEX DE QUOTES

La quota anual per cada vegada que es vulgui rebre la indemnització estipulada en el barem és:

EDAT	QUOTA ANUAL (€)
0-29	28,57
30-44	73,27
45-64	86,28
65 o més	123,26

Per a aquells assegurats que tinguessin contractades les prestacions bàsiques al moment de la transformació, i a l'1 de gener del 2000 tinguessin complerts trenta cinc anys, es mantindrà una quota anual especial per a la cobertura bàsica contractada d'una sola vegada la indemnització estipulada en el barem, que serà:

EDAT	QUOTA ANUAL (€)
35-44	24,77
45-64	46,08
65 o més	97,46

RECÀRRECS PER FRACCIONAMENT

Les taules de quotes reflecteixen la quota total que cal pagar anualment, sense incloure impostos. Es podrà triar una periodicitat de pagament de quotes diferent a l'anual, amb els recàrrecs següents sobre la quota anual, depenent de la periodicitat establerta:

FRACCIONAMENT	RECÀRREC
Mensual	2,041%
Trimestral	1,530%
Semestral	1,020%