Reglament de la prestació

Hospitalització

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 2026.

ÍNDEX DE CONTINGUTS

ARTICLE PRELIMINAR 1

Article 1. NATURALESA DE LA PRESTACIÓ 2

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

Article 3. ESPECIFICACIONS DE LA COBERTURA 3

Article 4. LÍMIT D'EDAT DE SUBSCRIPCIÓ I EXTINCIÓ DE LA COBERTURA 3

Article 5. DURADA DE LA COBERTURA i OPOSICIÓ A LA PRÒRROGA 3

Article 6. SUBSCRIPCIÓ 3

Article 7. COMUNICACIONS 4

Article 8. INDISPUTABILITAT 4

Article 9. EXCLUSIONS DE LA COBERTURA 4

Article 10. PERÍODE DE CARÈNCIA 5

Article 11. QUOTES 5

Article 12. PAGAMENT DE QUOTES 5

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

Article 14. BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ 6

Article 15. CONDICIONS PER CAUSAR DRET A LA PRESTACIÓ 6

Article 16. SOL·LICITUD DE LA PRESTACIÓ 6

Article 17. COMPROVACIÓ I SEGUIMENT DE LA PRESTACIÓ 7

Article 18. PAGAMENT DE LA PRESTACIÓ 7

Article 19. EXTINCIÓ DEL SUBSIDI 7

DISPOSICIONS ADDICIONALS 8

ANNEX DE QUOTES 9

RECÀRRECS PER FRACCIONAMENT 9

ARTICLE PRELIMINAR

1. NORMATIVA I CONTROL

Aquest Reglament conté les condicions de la prestació HOSPITALITZACIÓ 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 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
- 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 propi subscriptor, l'assegurat o un tercer designat pel subscriptor o, en el seu defecte, pel Reglament i la normativa.
- PRESTACIÓ: cobertura d'un determinat risc de previsió social/assegurador que, prèvia la seva subscripció (contracte) pel subscriptor, 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 assegurats 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.
- EDAT ACTUARIAL: l'edat a l'aniversari més proper, ja complert o per complir.
- PERÍODE DE CARÈNCIA: és el període de temps a partir de la data de subscripció d'una prestació, o de l'increment de la quantitat assegurada, durant el qual el beneficiari no té dret a la prestació.
- 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 d'un subsidi diari durant el període en el qual l'assegurat romangui ingressada en clínica, hospital o sanatori, motivat per intervenció quirúrgica, processos de malaltia, part, tractament psiquiàtric o accident de l'assegurat, fins a un màxim de noranta dies d'estada.

En gerontologia, s'admetran els internaments produïts per malalties, sempre que constitueixin processos aguts i es realitzin en clínica, hospital o sanatori qualificat.

Article 2. IMPORTS MÀXIMS I MÍNIMS I ACTUALITZACIÓ DE COBERTURES

La Mutualitat determina els imports de la prestació mínim i màxim que es poden subscriure, podent ampliar-los o reduir-los.

Per mantenir i preservar el poder adquisitiu de les prestacions, la Mutualitat pot actualitzar anualment tots o alguns dels imports assegurats/subscrits tenint en consideració l'evolució l'índex de preus al consum (IPC), o aquells altres indicadors econòmics que s'estimin adequats, amb aplicació de les quotes que corresponguin a l'actualització acordada, sense que en cap cas tal actualització d'imports requereixi l'acceptació expressa del subscriptor o assegurat ni suposi nou control de subscripció ni cap modificació de les restants condicions de la cobertures subscrita. L'actualització no serà procedent quan hagi esdevingut el risc o contingència coberta.

Article 3. ESPECIFICACIONS DE LA COBERTURA

Per a tenir dret al subsidi, caldrà que l'estada mínima a la clínica, l'hospital o el sanatori sigui d'una nit completa.

L'import del subsidi es triplicarà durant el període de permanència a la Unitat de Vigilància Intensiva, la Unitat de Cures Intensives o la Unitat Coronària, amb un màxim de trenta dies.

En qualsevol cas, sigui d'una manera consecutiva o en diferents períodes, no es podrà percebre subsidi per un termini superior a noranta dies en un mateix any.

Article 4. LÍMIT D'EDAT DE SUBSCRIPCIÓ I EXTINCIÓ DE LA COBERTURA

Aquesta prestació pot ser subscrita per a assegurats menors de 60 anys.

La cobertura s'extingirà per defunció de l' assegurat.

Article 5. DURADA DE LA COBERTURA i OPOSICIÓ A LA 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 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 ha de respondre i/o complimentar el(s) qüestionari(s) que li presenti la Mutualitat.

    c) L'assegurat ha de sotmetre's als reconeixements mèdics o a qualsevol altra mesura o requeriment de selecció/avaluació de riscos que la Mutualitat estimi convenient.

    d) Quan el subscriptor no coincideixi amb l'assegurat caldrà l'autorització per escrit de l'assegurat, que també signarà de conformitat el Títol de Subscripció.

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 que surti de la normalitat. Si el subscriptor o 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 o subscripció de cobertures addicionals 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. Els mutualistes/subscriptors 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 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

1. No seran objecte d'indemnització les estades en clínica, hospital o sanatori en qualsevol de les circumstàncies següents:

    a) Quan l'internament sigui per a tractaments de deshabituació a drogues, tabac i altres toxicomanies.

    b) Internament a l'efecte de diagnòstics i reconeixements sistemàtics, cures de repòs, períodes de quarantena o aïllament i per a tractaments purament estètics. En aquest darrer cas, sempre que no sigui a causa d'accident.

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

d) Quan, a criteri mèdic, no subsisteixi la necessitat tècnica per al seu tractament en clínica.

e) Quan, per l'evolució del mal (fase de recuperació o estabilització irreversible), pot ser tractat en el seu domicili.

f) Quan la permanència en clínica, hospital o sanatori sigui per problemes de tipus social o familiar.

2. Així mateix no causarà dret una prestació quan aquesta sigui per alguna de les següents causes:

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

b) La Hospitalització causada per un acte voluntari de l' assegurat o d'un intent de suïcidi.

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

d) Derivada de la participació de l'assegurat en actes delictius, desafiaments o baralles, sempre que no hagi estat en defensa legítima o en temptativa de salvament de persones o béns.

e) Aquelles altres exclusions que s'estableixen en cada cas en el Títol de Subscripció d'acord amb les circumstàncies declarades que afectin a la valoració del risc, les quals hauran de ser expressament acceptades pel subscriptor i assegurada 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, del 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 d'acord amb el subsidi diari contractat i l'edat actuarial de l'assegurat a la data de subscripció i en cada renovació anual, segons l'annex de quotes.

El pagament de les quotes finalitzarà el dia l'extinció de la cobertura, i altres supòsits previstos en aquest Reglament.

En l'annex consten les quotes vigents en el moment de la subscripció de la prestació. Les quotes no comprenen els impostos i recàrrecs legalment aplicables. Les quotes inicials de la cobertura, i la seva forma de pagament, seran les que es determinin en el Títol de Subscripció.

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 tipus de prestació.

Article 14. BENEFICIARI DE LA PRESTACIÓ

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

Article 15. CONDICIONS PER CAUSAR DRET A LA PRESTACIÓ

Són condicions necessàries per tenir dret a la prestació:

a) Que el subscriptor es trobi al corrent en el pagament de les quotes Reglament àries al moment de la producció del fet causant de l'hospitalització. La manca de pagament de les quotes produeix els efectes previstos a l'article 13 d'aquest Reglament.

b) Haver complert el període de carència establert a l'article 10 d'aquest Reglament.

Article 16. SOL·LICITUD DE LA PRESTACIÓ

Termini per sol·licitar la prestació: noranta (90) dies naturals des de la data en què s'hagi produït l'hospitalització. Si no s'efectués l'esmentada comunicació en el termini establert es produiran els efectes previstos legalment.

Sol·licitud: el beneficiari/interessat haurà de presentar la corresponent sol·licitud amb indicació de:

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

b) Dades personals dels beneficiaris.

c) Forma de cobrament de la prestació, quan el beneficiari pugui optar entre diferents modalitats.

d) Data i signatura dels sol·licitants.

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

Informe mèdic estès pel facultatiu responsable del servei del centre on hagi estat ingressada l'interessat i/o informe d'alta del centre, en el qual es faci constar el nom de l' ingressat, la causa que ha motivat l'ingrés, l'estat del malalt i les dates de l'internament.

En tots els casos s'haurà d'acompanyar factura, certificat o document anàleg estès per l'establiment on hagi estat internada la persona, en què constin les dates de l'internament.

En cas d'internament a la Unitat de Vigilància Intensiva, la Unitat de Cures Intensives o la Unitat Coronària, els dies de permanència hauran de quedar explícitament especificats en l'esmentat document.

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 o beneficiaris 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 dels sinistres corresponents, d'acord amb el que estableixi la normativa vigent. la Mutualitat podrà fer les comprovacions que estimi convenients.

Article 17. COMPROVACIÓ I SEGUIMENT DE LA PRESTACIÓ

La Mutualitat podrà disposar que els seus equips mèdics visitin el malalt, per comprovar-ne l'estat, tantes vegades com ho cregui convenient, i podrà prendre les mesures que estimi necessàries per a aquesta comprovació.

Article 18. PAGAMENT DE LA PRESTACIÓ

D'acord amb la documentació presentada la Mutualitat procedirà a acceptar la prestació 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 emanable o no de les mateixes.

El total dels subsidis diaris es percebran d'una sola vegada. Si més no, quan l'estada es prevegi llarga i a petició de l'assegurat, es podrà pagar per mesos vençuts.

Article 19. EXTINCIÓ DEL SUBSIDI

El subsidi s'extingirà:

a) Per la defunció de l'assegurat.

b) Si el malalt, els seus familiars o qualsevol altre interessat s'oposessin a les visites dels facultatius o a les comprovacions.

c) Pel rebuig a sotmetre's als tractaments mèdics o quirúrgics convenients per al guariment de la malaltia, o quan, a criteri de l'equip mèdic, es pretengués el perllongament artificiós de l'internament.

d) Per renúncia expressa de l'interessat.

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 quota del subscriptor. Els serveis/productes complementaris podran ser de caràcter obligatori o opcional pel 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.

ANNEX DE QUOTES

La quota anual per cada 60 euros d'indemnització diària és:

EDAT	QUOTA ANUAL (€)
0-29	22,92
30-44	40,44
45-64	50,69
65 o més	63,36

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%