Reglamento de la prestación

Gastos Quirúrgicos

Enero 2026

la mutua
de los ingenieros

Mutualidad de los Ingenieros MPS, inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la clave P-3159

Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, en el folio 73, volumen 38.168, hoja núm. B-87.907, inscripción 1.ª. NIF V08430191. www.mutua-enginyers.com

Reglamento aprobado por la Asamblea General del 28 de mayo de 2019, modificado por la Asamblea General del 6 de junio de 2024, 5 de junio de 2025 y 4 de junio de 2026.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ARTÍCULO PRELIMINAR 1

Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN 3

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

Artículo 3. ESPECIFICACIONES DE LA COBERTURA 3

Artículo 4. LÍMITES DE EDAD DE SUSCRIPCIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA 3

Artículo 5. DURACIÓN DE LA COBERTURA Y OPOSICIÓN A SU PRÓRROGA 4

Artículo 6. SUSCRIPCIÓN 4

Artículo 7. COMUNICACIONES 5

Artículo 8. INDISPUTABILIDAD 5

Artículo 9. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA 5

Artículo 10. PERIODO DE CARENCIA 6

Artículo 11. CUOTAS 6

Artículo 12. PAGO DE CUOTAS 6

Artículo 13. IMPAGO DE CUOTAS: INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA 6

Artículo 14. BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN 7

Artículo 15. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN 7

Artículo 16. SOLICITUD Y ACREDITACIÓN DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN 7

Artículo 17. COMPROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN 8

Artículo 18. PAGO DE LA PRESTACIÓN 8

DISPOSICIONES ADICIONALES 9

DISPOSICIÓN TRANSITORIA 10

ANEXO DE CUOTAS 11

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO 11

ARTÍCULO PRELIMINAR

1. NORMATIVA Y CONTROL

El presente reglamento contiene las condiciones de la prestación GASTOS QUIRÚRGICOS 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 o asegurador que, previa suscripción (contrato) por el suscriptor, asume la Mutualidad mediante el pago de un importe en forma de capital o de renta al beneficiario cuando se produce la contingencia o riesgo cubierto, de acuerdo con las condiciones reglamentariamente establecidas.
- HECHO CAUSANTE O SINIESTRO: es la ocurrencia del hecho o riesgo objeto de la cobertura aseguradora que da derecho a percibir la correspondiente prestación de acuerdo con las condiciones y requisitos reglamentariamente establecidos.
- REGLAMENTO: instrumento jurídico creado por la Mutualidad de acuerdo con los Estatutos sociales de la entidad, por el que se establece y regula una determinada prestación o un grupo de prestaciones, definiendo sus condiciones básicas, y al que se adhiere el suscriptor de acuerdo con las condiciones particulares o específicas que consten en el título de suscripción. Corresponde a la asamblea de mutualistas la aprobación y modificación de los reglamentos de prestaciones. El reglamento de aplicación 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) nacerá en la fecha que conste en el título de suscripción de la prestación emitido por la Mutualidad. La cobertura se extingue bien por el cumplimiento de las condiciones reglamentariamente establecidas, bien por la renuncia o baja del inscrito.
- TÍTULO DE SUSCRIPCIÓN: documento emitido por la Mutualidad que acredita al mutualista suscriptor el alta en la cobertura o prestaciones correspondientes, con identificación del suscriptor y asegurado y, en su caso, de los beneficiarios designados; la fecha de efecto de la cobertura y su duración; las prestaciones o importes asegurados; las cuotas iniciales, recargos e impuestos, el vencimiento de la primera y de las sucesivas cuotas y su forma de pago; las exclusiones de la cobertura y demás circunstancias específicas de la cobertura. El título de suscripción se debe completar/interpretar de acuerdo con lo establecido en el correspondiente reglamento, del que forma parte.
- CAUSA PREEXISTENTE: hecho o circunstancia anterior a la entrada en vigor de la cobertura y que incide directamente en el siniestro o hecho causante de la prestación, ya sea esta causa una enfermedad o cualquier otra circunstancia, derivada o no de enfermedad. La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo 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.
- GASTO QUIRÚRGICO: valoración económica de aquellas intervenciones, tratamientos médico-quirúrgicos o pruebas diagnósticas que le sean realizados al asegurado que están previstos en el baremo anexo a este reglamento.
- PERIODO DE CARENCIA: es el periodo de tiempo a partir de la fecha de suscripción de una prestación, y de la fecha del incremento de la cantidad asegurada, durante el cual el beneficiario no tendrá derecho a la prestación.
- EDAD ACTUARIAL: la edad en la fecha de cumpleaños más cercana, anterior o por llegar.
- GÉNERO: en este Reglamento se entiende que las denominaciones en género masculino referidas a personas incluyen mujeres y hombres, salvo que del contexto se deduzca el contrario.

Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN

Consistirá en el abono al beneficiario del importe o indemnización contratado que corresponda según la tabla de indemnizaciones que figura en el baremo anexo a este reglamento.

Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS

La Mutualidad determinará el importe mínimo y máximo por contratar, y podrá ampliarlos o reducirlos. El importe o indemnización por percibir se determinará de acuerdo con las cuantías asignadas a cada intervención o tratamiento, en función de la tabla de indemnizaciones del baremo. Se podrá contratar una cobertura que dé lugar a una indemnización de una cuantía equivalente, como máximo, cuatro veces el importe que consta en la tabla. El baremo se corresponderá con un importe de 1.202,02 euros.

Artículo 3. ESPECIFICACIONES DE LA COBERTURA

Para la aplicación de la tabla se deberá tener en cuenta lo siguiente:

- El tratamiento conservador completo de hernia discal incluye todas las técnicas necesarias (infiltraciones, electroterapia, fisioterapia, tracciones continuas de columna, etc.).
- En el tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal se realizará un único abono anual, independientemente del número de sesiones efectuadas durante la anualidad.
- El cateterismo arterial o cardíaco incluye todas las exploraciones que exijan esta vía y, por este motivo, se pagará por una sola vez la cantidad fijada en la tabla de indemnizaciones.
- En cuanto a los tratamientos de quimioterapia y de instilaciones vesicales con citostáticos o análogos, para tener derecho a la prestación por segunda vez o posteriores será necesario que haya transcurrido un plazo mínimo de tres (3) meses entre la finalización de la tanda precedente y el inicio de un nuevo ciclo.
- Para el resto de los tratamientos se abonará por una sola vez la cantidad fijada en la tabla de indemnizaciones, sea cual sea la duración de dicho tratamiento.
- En la práctica de la artroscopia terapéutica y la laparoscopia terapéutica quedarán englobadas todas las actuaciones que se realicen en un mismo acto quirúrgico.
- Si una intervención quirúrgica o tratamiento especial no constara en la tabla de indemnizaciones, esta podrá ser atendida por la Mutualidad con la cantidad que estime adecuada en virtud de la aplicación de un criterio de analogía o semejanza con otros casos clasificados en la tabla. Todas las demás intervenciones no darán derecho a indemnización.

Cuando, en una misma sesión, sea necesario efectuar varias intervenciones, se indemnizará, de acuerdo con la tabla mencionada, el 100 % de la de mayor importe y el 50 % de las restantes, hasta el máximo de indemnización contratada.

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

1. Pueden ser asegurados en esta prestación aquellas que no hayan cumplido los 60 años de edad. En las ampliaciones se aplicarán los mismos criterios de selección de riesgos que en la suscripción inicial de la prestación.
2. La indicación inexacta de la edad tendrá los siguientes efectos:
   a) La Mutualidad quedará liberada del cumplimiento de la prestación cuando aquella edad excediera de la indicada como límite para acceder a la prestación.

b) Cuando la edad no excediera de dicho límite, la Mutualidad reducirá la prestación en proporción a las cuotas aplicadas, en el caso de que estas cuotas hayan sido inferiores a las que hubieran correspondido, o bien restituirá al asociado el exceso de la cuota aplicada en el caso de que haya resultado superior a la cuota correspondiente, sin intereses.

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

Duración. La duración de esta cobertura es anual, prorrogable anualmente por años naturales, si bien el primer periodo de cobertura será lo comprendido entre la fecha de efecto del seguro y el 31 de diciembre del mismo año.

Oposición a la prórroga. Cada parte se puede oponer a la prórroga del seguro mediante una comunicación escrita a la otra parte. **Cuando sea el mutualista subscriptor** quien se oponga a la prórroga tendrá que efectuar la comunicación en el plazo al menos de **un mes de anticipación** a la conclusión del periodo de cobertura en curso. Cuando sea la Mutualidad quien se oponga, el plazo mínimo para la comunicación será de dos meses.

Artículo 6. SUSCRIPCIÓN

1. Además de cumplir las condiciones estatutariamente establecidas, el interesado (o futuro asegurado) deberá cumplir los siguientes requisitos:

   a) El suscriptor deberá suscribir la pertinente solicitud de inscripción o alta, recibiendo de la Mutualidad toda la información previa relativa a la cobertura interesada, de acuerdo con la normativa de aplicación.

   b) El asegurado deberá responder o cumplimentar el cuestionario o cuestionarios que le presente la Mutualidad.

   c) El asegurado deberá someterse a los reconocimientos médicos o cualquier otra medida o requerimiento de selección o evaluación de riesgos que la Mutualidad estime conveniente realizar.

2. La Mutualidad podrá solicitar la información complementaria o adicional que considere oportuna para valorar mejor cualquier situación declarada, especialmente en el cuestionario de salud, o detectada en el reconocimiento médico. Si el suscriptor o el asegurado se niegan a facilitar dicha información, se les 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 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. El suscriptor o, en su caso, los asegurados tendrán la obligación de comunicar a la Mutualidad los cambios de domicilio y de domiciliación de pago de recibos.
2. Asimismo, se comunicarán las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas en el momento de la suscripción, esta no se habría producido o, en todo caso, se hubiera producido en condiciones diferentes. Dicha comunicación o el incumplimiento de esta obligación producirán los efectos previstos legalmente.
3. El suscriptor o el asegurado no tendrán la obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud, que en ningún caso serán consideradas como agravación del riesgo.

Artículo 8. INDISPUTABILIDAD

La reticencia o inexactitud no dolosa en la declaración o la información facilitada por el mutualista o suscriptor o el 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

No darán derecho a indemnización las intervenciones o tratamientos médicos derivados de:

a) Conflictos armados, aunque no vengan precedidos por declaración oficial de guerra.

b) Consecuencia de un intento de suicidio durante el primer año de cobertura o contrato.

c) Causa preexistente y no declarada en el momento de la contratación o suscripción.

d) La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo realizada por la Mutualidad.

e) Las consecuencias de cualquier naturaleza derivados de la reacción o radiación nuclear o de la contaminación radiactiva, cualquiera que sea su origen.

f) Un proceso clínico de causas congénitas o bien ya existentes con anterioridad a la inscripción en la prestación o, en su caso, la ampliación de coberturas.

g) Las intervenciones quirúrgicas o tratamientos que se realicen por motivos puramente estéticos, siempre y cuando no sean causadas por accidente.

h) Las siguientes pruebas diagnósticas: densitometría ósea, electroencefalografía (EEG), ecografías de cualquier tipo, ecocardiograma, ecografía Doppler, Holter, urografía intravenosa descendente (UIV), campimetría visual, radiografías, exploraciones con Rx y prueba de esfuerzo sin radiofármaco.

i) Las exploraciones que se realicen por medicina preventiva y como diagnósticos o controles periódicos ginecológicos y también para menopausia.

j) Los tratamientos específicos para procesos ocasionados por la menopausia.

k) Los tratamientos específicos para la deshabituación de dependencias a drogas, tabaco y otras toxicomanías.

l) La intervención de apendicectomía profiláctica, o sea, sin enfermedad apendicular previa y efectuada solamente por el hecho de presentarse a la vista de la persona que está operando en el transcurso de una intervención abdominal provocada por cualquier proceso morboso.

m) Quedarán excluidos todos los riesgos extraordinarios cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros de conformidad con la disposición adicional tercera del presente reglamento, y en general los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno del Estado como catástrofe o calamidad nacional.

n) Aquellas otras exclusiones que se establezcan en cada caso en el título de suscripción de acuerdo con las circunstancias declaradas que afecten a la valoración del riesgo, las cuales deberán ser expresamente aceptadas por el suscriptor y asegurado de la cobertura.

Artículo 10. PERIODO DE CARENCIA

Se establecerá un periodo de carencia de seis (6) meses, salvo en caso de accidente, en el que no hay carencia, o en caso de 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 se especificará en el título de suscripción.

Artículo 11. CUOTAS

La cuota anual se calculará en función del número de veces que se haya contratado la indemnización que consta en la tabla y la edad actuarial a la fecha de suscripción y en cada renovación anual, con sujeción al anexo de cuotas.

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 una 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 al 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 hubiera sido satisfecha a su vencimiento por causa atribuible al suscriptor de prestaciones, la Mutualidad tendrá derecho a resolver el contrato o cobertura o a exigir el pago de la cuota o cuotas debidas. La Mutualidad quedará liberada de sus obligaciones aseguradoras si la cuota no ha sido satisfecha antes de producirse un siniestro.

En caso de falta de pago de una de las siguientes cuotas (incluyendo los fraccionamientos de la cuota anual), la prestación o cobertura suscrita quedará en suspenso un (1) mes después del día del vencimiento de la cuota (o fracción de cuota) impagada. Si la Mutualidad no reclamara el pago dentro

de los seis (6) meses siguientes al vencimiento de la cuota se entenderá que el contrato o cobertura queda extinguido. En cualquier caso, la Mutualidad, cuando la cobertura esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la cuota del periodo en curso. La cobertura volverá a tener efectos a las veinticuatro horas del día en que el suscriptor haya pagado la cuota o cuotas pendientes. Los hechos causantes o siniestros producidos durante el periodo de suspensión de la cobertura no darán derecho a ningún tipo de prestación.

Artículo 14. BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN

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

Artículo 15. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN

Serán condiciones 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 de la intervención o tratamiento médico.

b) Que el asegurado haya cubierto el periodo mínimo de carencia de seis (6) meses establecido en el artículo 10.

Artículo 16. SOLICITUD Y ACREDITACIÓN DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN

Plazo para solicitar la prestación: el interesado o beneficiario deberá comunicar la intervención médica y presentar la solicitud de la prestación a la Mutualidad en el plazo máximo de noventa (90) días naturales desde la fecha de la intervención médica. Si no se efectuara dicha comunicación en el plazo establecido se producirán los efectos previstos legalmente.

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

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

b) Indicación de la forma o lugar de cobro de la prestación.

c) Fecha y firma del solicitante.

Documentación: con la solicitud, para acreditar el derecho a la prestación se presentará la siguiente documentación:

a) Un certificado médico extendido por el personal facultativo que haya efectuado la intervención o tratamiento quirúrgico, en el que deberán figurar el nombre del asegurado, la fecha y el alcance de la intervención quirúrgica, la lesión, el tratamiento o la exploración, el lugar donde se ha realizado y su historial clínico.

b) También se deberán presentar todos aquellos documentos que la Mutualidad considere necesarios en cada caso para acreditar el derecho a la prestación. El interesado deberá ofrecer toda clase de información sobre las circunstancias del hecho causante o evento que le solicite la Mutualidad. Es obligación del beneficiario 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 correspondientes, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.

Artículo 17. COMPROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN

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

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

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

Artículo 18. PAGO DE LA PRESTACIÓN

Aceptado o reconocido el derecho a la prestación, la Mutualidad abonará el importe asegurado al beneficiario en un solo pago, en el plazo máximo de cuarenta (40) días desde la acreditación del derecho a la prestación.

DISPOSICIONES ADICIONALES

1. PROTECCIÓN DE LOS MUTUALISTAS Y ASEGURADOS

Los mutualistas, asegurados, beneficiarios o sus derechohabientes pueden dirigir voluntariamente sus reclamaciones respecto a las cuestiones derivadas de la aplicación de los reglamentos de la Mutualidad a las siguientes instancias, internas y externas:

- El **Servicio de Atención al Mutualista** (SAM) establecido por la Mutualidad, con sujeción al reglamento que rija este organismo, que tiene por objeto atender y resolver las quejas y reclamaciones de los mutualistas relacionados con la actividad aseguradora o de previsión de la Mutualidad, así como las derivadas de la normativa de transparencia y protección de la clientela y de las buenas prácticas y usos financieros y aseguradores.
- El **Defensor del Mutualista** (DM) establecido por la Mutualidad, con sujeción al reglamento que rija este organismo, que tiene por objeto las quejas y reclamaciones que se puedan presentar relacionadas con la actividad aseguradora o de previsión de la Mutualidad, siempre que previamente se hayan planteado al Servicio de Atención al Mutualista y no sean objeto de algún proceso administrativo, arbitral o judicial. La decisión del Defensor del Mutualista favorable al reclamante es vinculante para la Mutualidad. El reclamante tiene la posibilidad de acudir a los procedimientos de conciliación y arbitraje establecidos o de interponer reclamación/demanda por la vía judicial.
- El **Servicio de Reclamaciones** que tenga establecido el **órgano administrativo de supervisión** de la Mutualidad, del que se informará en las resoluciones del SAM o DM.
- Otros mecanismos de solución de conflictos de carácter voluntario:
    a) Arbitraje de acuerdo con el texto refundido de la Ley General para Defensa de los Consumidores y Usuarios (Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre).
    b) Mediación de acuerdo con la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.
    c) Arbitraje en los casos previstos en la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

Jurisdicción competente y prescripción. El interesado podrá recurrir a los tribunales de justicia, siendo el juez competente para entender de las acciones derivadas del seguro el del domicilio del asegurado. Las acciones que se deriven del presente reglamento/contrato prescriben en un plazo de cinco años.

2. SERVICIOS O PRODUCTOS CONCERTADOS

La Mutualidad podrá complementar esta prestación con servicios o productos concertados con terceros, ya sean de carácter asegurador o no. La Mutualidad podrá dejar sin efecto los servicios o productos complementarios que tenga concertados, y modificarlos o sustituirlos por otros servicios o productos, aplicando, en su caso, la correspondiente corrección de prima o 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.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA

Los asegurados que, en fecha 1 de enero de 2000, tengan contratadas en el momento de la transformación las prestaciones básicas pagarán una cuota especial por esta cobertura, que se calculará con sujeción al anexo de cuotas de este reglamento. Para cualquier otra ampliación, pagarán las cuotas fijadas en general.

ANEXO DE CUOTAS

La cuota anual por cada vez que se quiera recibir la indemnización estipulada en el baremo será:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
0-29	28,57
30-44	73,27
45-64	86,28
65 o más	123,26

Para aquellos asegurados que tuvieran contratadas las prestaciones básicas en el momento de la transformación, y a 1 de enero de 2000 tuvieran cumplidos 35 años, se mantendrá una cuota anual especial para la cobertura básica contratada de una sola vez la indemnización estipulada en el baremo, que será:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
35-44	24,77
45-64	46,08
65 o más	97,46

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 %