Reglamento de la prestación

Enfermedades graves

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 5

Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS 5

Artículo 3. LÍMITES DE EDAD DE SUSCRIPCIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA 5

Artículo 4. DURACIÓN DE LA COBERTURA Y OPOSICIÓN A SU PRÓRROGA 6

Artículo 5. SUSCRIPCIÓN 6

Artículo 6. COMUNICACIONES 7

Artículo 7. INDISPUTABILIDAD 7

Artículo 8. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA 7

Artículo 9. PERIODO DE CARENCIA Y DE SUPERVIVENCIA 9

Artículo 10. CUOTAS 9

Artículo 11. PAGO DE CUOTAS 9

Artículo 12. IMPAGO DE CUOTAS: INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA 10

Artículo 13. BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN 10

Artículo 14. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN 10

Artículo 15. SOLICITUD Y ACREDITACIÓN DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN 10

Artículo 16. COMPROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN 11

Artículo 17. PAGO DE LA PRESTACIÓN 12

DISPOSICIONES ADICIONALES 13

ANEXO DE CUOTAS 15

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO 16

ARTÍCULO PRELIMINAR

1. NORMATIVA Y CONTROL

El presente reglamento contiene las condiciones de la prestación ENFERMEDADES GRAVES 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, o una tercera persona designada por el suscriptor o, en su defecto, por el reglamento y la normativa.
- PRESTACIÓN: cobertura de un determinado riesgo de previsión social / asegurador que, previa suscripción (contrato) por el suscriptor, asume la Mutualidad mediante el pago de un importe en forma de capital o de renta al beneficiario cuando se produce la contingencia o riesgo cubierto, de acuerdo con las condiciones reglamentariamente establecidas.
- HECHO CAUSANTE O SINIESTRO: es la ocurrencia del hecho o riesgo objeto de la cobertura aseguradora que da derecho a percibir la correspondiente prestación de acuerdo con las condiciones y requisitos reglamentariamente establecidos.
- REGLAMENTO: instrumento jurídico creado por la Mutualidad de acuerdo con los Estatutos sociales de la entidad, por el que se establece y regula una determinada prestación o un grupo de prestaciones, definiendo sus condiciones básicas, y al que se adhiere el suscriptor de acuerdo con las condiciones particulares o específicas que consten en el título de suscripción. Corresponde a la asamblea de mutualistas la aprobación y modificación de los reglamentos de prestaciones. El reglamento de aplicación será el vigente en el momento de la declaración/comunicación del hecho causante de la prestación a la Mutualidad.

- SUSCRIPCIÓN DE PRESTACIÓN (política): corresponde a la Mutualidad definir, aplicar y modificar en cada momento la política de previsión social y de suscripción de prestaciones, pudiendo agruparlas en paquetes o grupos para comercializarlas, e incluir nuevos servicios y prestaciones accesorias en los términos admitidos por la legislación vigente. Asimismo, corresponde a la Mutualidad establecer el sistema de prestaciones alternativas al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), de conformidad con la normativa de aplicación.
- INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA: la relación de protección (cobertura) 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 suscriptor el alta en la cobertura o prestaciones correspondientes, con identificación del suscriptor, de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios designados; la fecha de efecto de la cobertura y su duración; las prestaciones o importes asegurados; las cuotas iniciales, recargos e impuestos, el vencimiento de la primera y de las sucesivas cuotas y su forma de pago; las exclusiones de la cobertura y demás circunstancias específicas de la cobertura. El título de suscripción se debe completar/interpretar de acuerdo con lo establecido en el correspondiente reglamento, del que forma parte.
- CAUSA PREEXISTENTE: hecho o circunstancia anterior a la entrada en vigor de la cobertura y que incide directamente en el siniestro o hecho causante de la prestación, ya sea esta causa una enfermedad o cualquier otra circunstancia, derivada o no de enfermedad. La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo realizada por la Mutualidad.
- ENFERMEDAD: cambio más o menos grave en la salud debido a una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, o por desórdenes emocionales/cognitivos, por causas generalmente conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos cuya evolución es más o menos previsible.
- ENFERMEDAD GRAVE: a efectos de esta prestación, tendrán la consideración de enfermedad grave:
    - CÁNCER: es la presencia de un tejido de células malignas caracterizada por el crecimiento incontrolado por proliferación en el organismo seguido de invasión y destrucción de tejidos adyacentes o metástasis distantes.

      Esta definición incluye la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin. Los melanomas malignos están incluidos en esta garantía, si el tumor es mayor o igual a pT1bN0M0 (Breslow > 1 mm de espesor en profundidad o con ulceración o nivel IV o V de Clark).

      La fecha de diagnóstico será la fecha del diagnóstico definitivo del examen histopatológico.

      Si por motivos médicos no fuera posible el examen histopatológico, el diagnóstico de tumor maligno deberá ser confirmado por un oncólogo u oncóloga. Adicionalmente, será necesario especificar los motivos médicos y el tumor maligno deberá ser confirmado mediante escáner o resonancia magnética.

      No se considerará cáncer a efectos de la cobertura de la prestación:

- Tumores benignos o precancerosos.
- Tumores preinvasivos y tumores *in situ* (Tis*).
- Displasia cervical CIN I-III.
- Carcinoma de vejiga estadio Ta*.
- Carcinoma papilar y folicular de tiroides, diagnosticado histológicamente como T1a* (tumor de 1 cm o menos en su mayor tamaño), siempre y cuando no exista afectación ganglionar o metástasis a distancia.
- Cáncer de próstata, diagnosticado histológicamente como T1N0M0*.
- Leucemia linfática crónica (LLC), excepto de la etapa 3 de RAI.
- Cualquier tumor de piel no mencionado en el apartado de definición.
- Todos los tumores en presencia de infección por VIH o SIDA.

*** De acuerdo con la clasificación internacional TNM.**

- ACCIDENTE CEREBRAL VASCULAR: accidente cerebrovascular que produzca déficit neurológico permanente causado por hemorragia, infarto cerebral o embolia de origen extracraneal.

  La evidencia de déficit neurológico permanente (basándose en las AVD, actividades de la vida diaria) deberá ser confirmada después de un periodo mínimo de tres (3) meses desde el accidente por un neurólogo.

  No se considerarán accidente cerebrovascular a efectos de la cobertura de la prestación: ataques isquémicos transitorios (los AIT se definen como accidente con déficit neurológico reversible que no dura más de 24 horas) están específicamente excluidos.

- INFARTO DE MIOCARDIO: muerte de una parte del músculo cardíaco como resultado de un suministro sanguíneo insuficiente que ha producido todas las evidencias siguientes de infarto agudo de miocardio:

  1. Síntomas clínicos típicos (como dolencia típica torácica).
  2. Cambios nuevos electrocardiográficos (no presentes antes del episodio).
  3. Elevación típica de las enzimas cardíacas específicas (es decir, CK-MB) o troponina.

  El diagnóstico deberá ser confirmado por un cardiólogo o cardióloga.

- ESCLEROSIS MÚLTIPLE: el diagnóstico deberá ser establecido por un neurólogo o neuróloga, confirmando como mínimo anormalidades neurológicas moderadas persistentes y trastornos asociados. Deberá existir evidencia de los síntomas típicos de la desmielinización y deterioro de la función motora o sensorial. El diagnóstico deberá apoyarse en las técnicas de diagnóstico modernas como el escáner.

  El o la paciente deberá tener una puntuación en la escala EDSS > 5 y presentar anomalías neurológicas que hayan persistido durante un periodo continuado de al menos seis (6) meses.

- CEGUERA (PÉRDIDA DE VISIÓN): la pérdida permanente e irreversible de la vista en la medida que la agudeza visual medida, incluso cuando se mide con el uso de lentes, es de 3/60 o peor en el mejor ojo utilizando el test de Snellen.

  El diagnóstico de la pérdida permanente de la vista se establecerá al menos seis (6) meses después del inicio de la enfermedad o accidente. El diagnóstico deberá ser confirmado por un oftalmólogo u oftalmóloga.

- ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS ORGÁNICAS: deterioro o pérdida de la capacidad intelectual o comportamiento anormal, diagnosticados y certificados por un neurólogo o neuróloga. El diagnóstico de enfermedad de Alzheimer u otras demencias orgánicas se deberá confirmar con evidencia clínica, pruebas estandarizadas y cuestionarios de enfermedad de Alzheimer o de trastornos degenerativos irreversibles orgánicos. La enfermedad deberá producir un deterioro significativo en las funciones mentales y sociales y precisar supervisión y ayuda continua del asegurado.

  No se considerará enfermedad de Alzheimer y otras demencias orgánicas a los efectos de la cobertura de la prestación: la neurosis ni los trastornos psiquiátricos.

- ACCIDENTE: causa o hecho violento, súbito, externo y ajeno a la voluntad del asegurado.
- PERIODO DE CARENCIA: es el periodo de tiempo a partir de la fecha de suscripción de una prestación, o del incremento de la cantidad asegurada, durante el cual el beneficiario no tiene derecho a la prestación.
- 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 contratado en caso de diagnóstico de las enfermedades graves, en función de las opciones de contratación elegidas:

Opción básica	Opción completa
Cáncer Accidente cerebrovascular Infarto de miocardio	Cáncer Accidente cerebrovascular Infarto de miocardio Esclerosis múltiple Alzheimer Ceguera

El reconocimiento de la enfermedad grave por un organismo oficial de la Seguridad Social no determinará necesariamente la concesión de esta prestación.

Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS

La Mutualidad determinará los importes de la prestación mínimo y máximo que podrán suscribirse, y podrá ampliarlos o reducirlos.

Para mantener y preservar el poder adquisitivo de las prestaciones, la Mutualidad podrá actualizar anualmente todos o algunos de los importes asegurados o suscritos teniendo en consideración la evolución del índice de precios al consumo (IPC), o aquellos otros indicadores económicos que se estimen adecuados, con aplicación de las cuotas que correspondan a la actualización acordada, sin que en ningún caso tal actualización de importes requiera la aceptación expresa del suscriptor o asegurado ni suponga un nuevo control de suscripción o modificación de las demás condiciones de la coberturas suscrita. La actualización no será procedente cuando haya tenido lugar la contingencia o el riesgo cubierto.

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

1. Podrán ser asegurados en esta prestación las personas que hayan cumplido 20 años de edad y no hayan cumplido 65 años. En las ampliaciones del importe contratado 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.
3. La cobertura se extinguirá:
   - Por la defunción del asegurado.

- En el momento en que el capital haya sido pagado por cualquiera de las enfermedades graves cubiertas.
- Si cualquiera de las enfermedades graves incluidas se diagnostica durante el periodo de carencia o si se produce la defunción durante el periodo de supervivencia.
- Por falta de pago de cuotas.
- Cuando el asegurado cumpla 67 años.
- en los demás supuestos previstos en el presente reglamento.
- Para la enfermedad de Alzheimer y otras demencias orgánicas, en la anualidad que el asegurado cumpla 60 años.

Artículo 4. 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 5. SUSCRIPCIÓN

1. Además de cumplir las condiciones estatutariamente establecidas, el interesado deberá cumplir los siguientes requisitos:
   a) El suscriptor deberá suscribir la pertinente solicitud de inscripción o alta, recibiendo de la Mutualidad toda la información previa relativa a la cobertura interesada, de acuerdo con la normativa de aplicación.
   b) El asegurado deberá responder o cumplimentar el cuestionario o cuestionarios que le presente la Mutualidad.
   c) El asegurado deberá someterse a los reconocimientos médicos o cualquier otra medida o requerimiento de selección o evaluación de riesgos que la Mutualidad estime conveniente realizar, de conformidad con el artículo 6 de los Estatutos sociales y la normativa de aplicación.
   d) Cuando el suscriptor no coincida con el asegurado será necesaria la autorización por escrito del asegurado, quién también firmará como conformidad el título de suscripción.
2. La Mutualidad podrá solicitar la información complementaria o adicional que considere oportuna para valorar mejor cualquier situación declarada, especialmente en el cuestionario de salud, o detectada en el reconocimiento médico. Si el suscriptor o asegurado se niega a facilitar dicha información, se le aplicará la exclusión, limitación o sobreprima que corresponda al peor de los casos que se puedan dar sobre la situación declarada previamente. La exclusión o limitación establecida deberá ser expresamente aceptada por el suscriptor o asegurado. La no aceptación de la exclusión, limitación o sobreprima por parte del suscriptor o asegurado impedirá causar alta en la prestación.

3. Completados los requisitos y las condiciones establecidas, la Mutualidad emitirá el correspondiente título de suscripción.
4. Las ampliaciones del importe contratado 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 6. 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 asegurado no tendrá 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 7. INDISPUTABILIDAD

La reticencia o inexactitud no dolosa en la declaración o la información facilitada por el suscriptor o asegurado que tengan influencia en la estimación del riesgo (excepto en caso de indicación inexacta de la edad) no darán derecho a la Mutualidad a impugnar o resolver la cobertura transcurrido un (1) año desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura que conste en el título de suscripción.

Artículo 8. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

No se causará derecho a prestación cuando la enfermedad grave sea por alguna de las siguientes causas:

a) Los riesgos extraordinarios sujetos o no a recargo obligatorio a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
b) Los hechos derivados de conflictos armados, vengan o no precedidos de declaración oficial de guerra.
c) Hechos de carácter político o social, movimientos populares.
d) Actos de imprudencia temeraria, de negligencia grave o actos intencionados o ilegales del asegurado o de los beneficiarios, a menos que estos se hayan producido en legítima defensa.

e) Las consecuencias directas o indirectas de la reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva o química.
f) Las consecuencias del intento de suicidio o lesiones voluntarias durante el primer año de vigencia del contrato.
g) Embriaguez, uso de estupefacientes no prescritos médicamente o abuso de productos farmacéuticos sin respetar la prescripción médica. Se entenderá que el asegurado ha consumido drogas o estupefacientes siempre y cuando se determine mediante análisis la presencia de estas sustancias o metabolitos de estas. Se entenderá por embriaguez la presencia de una tasa de alcohol en sangre superior a la establecida por la normativa vigente cuando se trate de un accidente de circulación y 0,5 gramos por litro para el resto de accidentes.
h) Cualquier siniestro ocurrido como consecuencia de accidente o enfermedad cuya fecha de ocurrencia o de manifestación sea anterior a la fecha de efecto del contrato, así como las posibles complicaciones médicas y las derivadas de los tratamientos correspondientes.
i) La práctica de deportes (entrenamientos, ensayos y pruebas) a título profesional o título amateur remunerado.
j) Uso como piloto o pasajero o pasajera de aparatos aéreos de capacidad inferior a 20 plazas.
k) Para las enfermedades (como el infarto) que puedan ser afectadas por la práctica de las siguientes actividades: alpinismo, navegación marítima de recreo a más de 60 millas náuticas de un refugio costero, submarinismo a más de 30 metros de profundidad, espeleología, deportes de nieve fuera de pista, hípica en competición, puenting, rafting, cualquier deporte que necesite la utilización de un aparato con motor. Cualquier otro deporte considerado de riesgo no enumerado anteriormente. Se podrá facilitar un cuestionario y valorar la aplicación de recargos en casos necesarios.
l) Profesiones excluidas. Todas aquellas cuya actividad laboral esté relacionada con o sea:
    i. La industria pesquera dedicada a actividades en altamar, pesca a pulmón o marisqueo en acantilados.
    ii. La industria de petróleo o gas desplazados en plataformas petrolíferas marinas.
    iii. Debajo del agua o bajo tierra.
    iv. Con explosivos.
    v. Las Fuerzas Armadas.
    vi. Toreros, banderilleros, picadores y rejoneadores.
    vii. Trabajos en altura superior a 15 metros.
    viii. Trabajo del caucho.
    ix. Trabajos con amianto.
m) No se considerará cáncer a efectos de la cobertura de la prestación:
    i. Tumores benignos o precancerosos.
    ii. Tumores preinvasivos y tumores *in situ* (Tis*).
    iii. Displasia cervical CIN I-III.
    iv. Carcinoma de vejiga estadio Ta*.
    v. Carcinoma papilar y folicular de tiroides, diagnosticado histológicamente como T1a* (tumor de 1 cm o menos en su mayor tamaño), siempre y cuando no exista afectación ganglionar o metástasis a distancia.

vi. Cáncer de próstata, diagnosticado histológicamente como T1N0M0*.
vii. Leucemia linfática crónica (LLC), excepto de la etapa 3 de RAI.
viii. Cualquier tumor de piel no mencionado en el apartado de definición.
ix. Todos los tumores en presencia de infección por VIH o SIDA.

* De acuerdo con la clasificación internacional TNM.

n) No se considerarán accidente cerebrovascular a efectos de la cobertura de la prestación: ataques isquémicos transitorios (los AIT se definen como accidente con déficit neurológico reversible que no dura más de 24 horas) están específicamente excluidos.
o) No se considerará enfermedad de Alzheimer y otras demencias orgánicas a los efectos de la cobertura de la prestación: la neurosis ni los trastornos psiquiátricos.

Artículo 9. PERIODO DE CARENCIA Y DE SUPERVIVENCIA

Se establecerá un periodo de carencia de seis (6) meses, salvo que se le exonere —total o parcialmente— por ser sustitución de otro seguro análogo, en cuyo caso se especificará en el título de suscripción.

En caso de diagnóstico de una de las enfermedades graves cubiertas, durante el periodo de carencia, la prestación se resolverá automáticamente, no se pagará el importe asegurado y se tendrá derecho a percibir las cuotas abonadas hasta esa fecha.

Periodo de supervivencia: Se aplicará un periodo de supervivencia de veintiocho (28) días desde la fecha del diagnóstico de la enfermedad grave, de modo que, si la defunción del asegurado se produce durante los veintiocho (28) primeros días a partir de la fecha del diagnóstico de una enfermedad grave cubierta, el beneficiario no percibirá indemnización por esta enfermedad.

Artículo 10. CUOTAS

La cuota anual se calculará de acuerdo con el importe contratado y la edad actuarial (la edad en el aniversario más próximo, ya cumplido o por cumplir) del asegurado en la fecha de suscripción y en cada renovación anual, con sujeción al anexo de cuotas.

El pago de las cuotas finalizará el día de la extinción de la cobertura, y demás supuestos previstos en el presente reglamento.

En el anexo al reglamento 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 11. 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 distinto al suscriptor, esta obligación de pago podrá ser asumida por el asegurado y si así lo acuerdan y lo comunican a la

Mutualidad los interesados, ostentando el asegurado los derechos y obligaciones aseguradores inherentes al pagador de las cuotas.

2. El lugar de pago y la periodicidad o fraccionamiento de las cuotas (mensual, trimestral, semestral o anual) serán los previstos en el título de suscripción. El suscriptor podrá cambiar la forma de pago de las cuotas comunicándolo mediante un escrito dirigido a la Mutualidad.

Artículo 12. IMPAGO DE CUOTAS: INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

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

En caso de falta de pago de una de las siguientes cuotas (incluyendo los fraccionamientos de la cuota anual), la prestación o cobertura suscrita quedará en suspenso un (1) mes después del día del vencimiento de la cuota (o fracción de cuota) impagada. Si la Mutualidad no reclamara el pago dentro de los seis (6) meses siguientes al vencimiento de la cuota se entenderá que el contrato o cobertura queda extinguido. En cualquier caso, la Mutualidad, cuando la cobertura esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la cuota del periodo en curso. La cobertura volverá a tener efectos a las veinticuatro horas del día en que el suscriptor haya pagado la cuota o cuotas pendientes. Los hechos causantes o siniestros producidos durante el periodo de suspensión de la cobertura no darán derecho a ningún tipo de prestación.

Artículo 13. BENEFICIARIOS DE LA PRESTACIÓN

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

Artículo 14. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN

Serán condiciones necesarias para tener derecho a la prestación:

a) Que el suscriptor se encuentre al corriente de pago de las cuotas reglamentarias en el momento del diagnóstico de enfermedad grave del asegurado (producción del hecho causante). La falta de pago de las cuotas surtirá los efectos previstos en el artículo 12 del presente reglamento.

b) Que el asegurado haya cubierto el periodo mínimo de carencia establecido en el artículo 9 del presente reglamento.

Artículo 15. SOLICITUD Y ACREDITACIÓN DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN

Plazo para solicitar la prestación: el beneficiario deberá comunicar el hecho causante y presentar la solicitud de la prestación a la Mutualidad en el plazo máximo de noventa (90) días naturales desde que hubiera ocurrido el hecho o hubiera tenido conocimiento del mismo. Si no se efectuara dicha comunicación en el plazo establecido se producirán los efectos previstos legalmente.

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

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

b) Datos personales de los beneficiarios.

c) Forma de cobro de la prestación, cuando el beneficiario pueda optar entre distintas modalidades.

d) Fecha y firma de los solicitantes.

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

a) Informes médicos acreditativos de la enfermedad grave del asegurado aportando toda la información, documentos públicos u oficiales y demás pruebas que al efecto se estimen oportunas.

b) Acreditación de la condición de beneficiario/s: debe aportarse suficiente documentación para el reconocimiento del derecho a la prestación (certificado de últimas voluntades y, en su caso, último testamento, acto judicial o documento notarial de declaración de herederos, así como fe de vida del beneficiario).

c) Comprobante acreditativo de haber efectuado la declaración o el pago del impuesto de sucesiones y donaciones, si procede.

d) Declaración de datos personales a efectos de practicar la oportuna retención a cuenta, si procede.

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/s reflejar con veracidad y exactitud los hechos y sus circunstancias en los comunicados y las declaraciones que se presenten a la Mutualidad. En caso de incumplimiento de esta obligación, la Mutualidad se podrá inhibir de pagar las prestaciones de los siniestros correspondientes, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.

Artículo 16. COMPROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN

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

Para la acreditación de la situación de enfermedad grave, el asegurado deberá someterse a los reconocimientos médicos que establezca la Mutualidad, y tanto ella como sus familiares deberán facilitar estos reconocimientos y los informes que les sean solicitados. La oposición a estas visitas o comprobaciones por el asegurado, sus familiares o cualquier otra persona se entenderá como renuncia expresa al cobro de la prestación. Sin embargo, en este caso el asegurado podrá volver a solicitarla y se entenderá, a todos los efectos, como una nueva solicitud.

En el caso de que el asegurado o interesado no se conforme por razones técnico-médicas con la evaluación de la enfermedad grave realizada por la Mutualidad, se procederá a una segunda evaluación por dos facultativos, uno nombrado por el asegurado 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 17. PAGO DE LA PRESTACIÓN

La Mutualidad abonará al beneficiario, cuando reconozca el derecho a la prestación, la suma asegurada en la forma pactada en el plazo máximo de cuarenta (40) días desde la recepción de la acreditación del derecho a la prestación.

A solicitud del beneficiario, el importe acreditado se podrá cobrar en un único pago o bien de forma fraccionada en el tiempo, o podrá sustituirse por una renta vitalicia o temporal, que, de acuerdo con el importe establecido y la edad del beneficiario en el momento de producirse el hecho causante, se calculará según las condiciones y tarifas que tenga la Mutualidad en vigor en ese momento.

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 cuota del suscriptor. Los servicios o productos complementarios podrán ser de carácter obligatorio u opcional para el suscriptor, según lo determine la Mutualidad.

3. RESPONSABILIDAD DE LOS MUTUALISTAS

De conformidad con los Estatutos sociales de la Mutualidad, la responsabilidad de los mutualistas/suscriptores está limitada al pago de las cuotas y las derramas que se establezcan de acuerdo con los Estatutos y los reglamentos vigentes o pólizas, que en ningún caso excederán los límites que establezcan las disposiciones legales de aplicación.

ANEXO DE CUOTAS

Las cuotas anuales por cada 10.000 euros en la opción básica serán:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
20	3,68
21	4,17
22	4,41
23	4,78
24	5,15
25	5,52
26	5,88
27	6,37
28	7,11
29	7,72
30	8,58
31	9,56

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
32	10,79
33	12,01
34	13,48
35	14,95
36	16,91
37	19,00
38	21,45
39	24,14
40	27,09
41	30,15
42	33,70
43	36,77

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
44	40,45
45	44,61
46	49,02
47	53,68
48	59,07
49	64,71
50	70,35
51	75,99
52	82,24
53	89,35
54	96,09
55	103,32

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
56	111,29
57	119,50
58	127,83
59	137,15
60	146,22
61	156,27
62	166,32
63	175,88
64	185,68
65	195,48
66	205,90

Las cuotas anuales por cada 10.000 euros en la opción completa serán:

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
20	3,92
21	4,29
22	4,66
23	5,15
24	5,52
25	6,01
26	6,37
27	6,86
28	7,72
29	8,46
30	9,31
31	10,42

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
32	11,77
33	12,99
34	14,46
35	16,06
36	18,02
37	20,10
38	22,67
39	25,37
40	28,43
41	31,62
42	35,05
43	38,36

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
44	42,04
45	46,33
46	50,99
47	55,64
48	61,16
49	66,92
50	72,56
51	78,44
52	84,93
53	92,29
54	99,27
55	106,87

EDAD	CUOTA ANUAL (€)
56	115,33
57	123,91
58	132,73
59	142,42
60	151,73
61	163,86
62	176,12
63	188,01
64	199,90
65	212,03
66	224,53

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 %