Reglamento de la prestación

Plan de Previsión Social Empresarial Mutualidad

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. PRINCIPIOS GENERALES DE APLICACIÓN 4

Artículo 2. GARANTÍA ASEGURADA 4

Artículo 3. EXTINCIÓN DEL CONTRATO 5

Artículo 4. ADECUACIÓN DE LAS CUOTAS Y LAS PRESTACIONES A LA EDAD REAL 5

Artículo 5. FINANCIACIÓN. CUOTAS 6

Artículo 6. INTERÉS GARANTIZADO 6

Artículo 7. DERECHO DE RESCATE Y REDUCCIÓN 6

Artículo 8. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS 7

Artículo 9. COBRO DE LA PRESTACIÓN 8

Artículo 10. DERECHOS ECONÓMICOS DEL ASEGURADO EN CASO DE EXTINCIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL 12

DISPOSICIONES ADICIONALES 13

ARTÍCULO PRELIMINAR

1. NORMATIVA Y CONTROL

El presente reglamento contiene las condiciones de la prestación PLAN DE PREVISIÓN SOCIAL EMPRESARIAL (PPSE) 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 demás disposiciones legales y reglamentarias vigentes en cada momento, reguladoras de la actividad aseguradora de previsión social. La prestación tiene por objeto la instrumentación de los compromisos por pensiones de la empresa/tomadora con sus empleados, según el régimen legal de 1) la disposición adicional primera del texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre; 2) la disposición adicional única del Real Decreto 1588/1999, de 15 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento sobre la instrumentación de los compromisos por pensiones de las empresas con los trabajadores y beneficiarios, y 3) el artículo 51.4 de la Ley 35/2006, de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no Residentes y sobre el Patrimonio, y su normativa de desarrollo.

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.
- SUSCRIPTOR O TOMADOR: la calidad de tomador o suscriptor corresponde exclusivamente a la empresa, persona jurídica o física, que suscribe la prestación con la Mutualidad —prestación que se formaliza mediante el correspondiente título de suscripción o contrato (condiciones particulares o suplementos)— y que representa al grupo asegurado. Al suscriptor le corresponderán los derechos y obligaciones derivados de esta prestación, excepto aquellos que, por su propia naturaleza, correspondan a cada una de los asegurados.
- ASEGURADO: es el trabajador o la persona física expuesta al riesgo o al evento relacionado con la propia vida. Recibe esta consideración cada una de las personas físicas que, perteneciendo al grupo asegurable, reúna las condiciones de adhesión correspondientes y conste en la relación de personas incluidas en la prestación (contrato). Una vez adquirida la condición del asegurado, también le será reconocida la condición de mutualista de la Mutualidad. Conservan esta condición de asegurados las que, habiendo dejado de pertenecer al grupo asegurable, mantienen una expectativa de causar derecho a una prestación cubierta por el presente reglamento de acuerdo con el título de suscripción.
- COMPROMISO POR PENSIONES: es el compromiso derivado de obligaciones legales o contractuales de la empresa con su personal, recogidas en convenio colectivo o disposición equivalente, que tenga por objeto realizar aportaciones u otorgar prestaciones vinculadas a las

contingencias establecidas en el artículo 8.6 de la Ley 8/1987, de 8 de junio, de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones.

- GRUPO ASEGURABLE: formarán parte del grupo asegurable los trabajadores por cuenta ajena al servicio activo del tomador o suscriptor. Tienen esta consideración todos los trabajadores que voluntariamente presten sus servicios retribuidos por cuenta del tomador en virtud de una relación laboral comprendida en el ámbito de aplicación del Estatuto de los trabajadores —incluyendo las relaciones de carácter especial— siempre que esta relación laboral por cuenta ajena esté sometida a la legislación española, de acuerdo con las disposiciones establecidas en el artículo 6 del Real Decreto 1588/1999.
- GRUPO ASEGURADO: forman parte del grupo asegurado las personas que, perteneciendo al grupo asegurable en la fecha de suscripción de este contrato, suscriban el boletín de adhesión o certificado individual, y aquellas que lo suscriban en suplementos posteriores.
- BENEFICIARIO: es la persona física a favor de la cual se generan las pensiones según los compromisos asumidos y que recibe la prestación correspondiente de acuerdo con este reglamento. El beneficiario de la prestación será, según la contingencia cubierta, el asegurado o una tercera persona designada por el asegurado o, en su defecto, establecida por el presente reglamento y su normativa de aplicación.
- PRESTACIÓN: cobertura de un determinado compromiso por pensiones y riesgo de previsión social / asegurador que, previa suscripción (contrato) por la empresa tomadora / suscriptora, 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 (CONDICIONES GENERALES): instrumento jurídico creado por la Mutualidad de acuerdo con los Estatutos sociales de la entidad, por el que se establece y regula la cobertura del PPSE, definiendo sus condiciones básicas, y al que se adhiere la empresa suscriptora de acuerdo con las condiciones particulares o específicas que consten en el título de suscripción. Corresponde a la asamblea de mutualistas la aprobación y modificación de los reglamentos de prestaciones.
- TÍTULO DE SUSCRIPCIÓN (CONDICIONES PARTICULARES): documento emitido por la Mutualidad que forma parte integrante del presente reglamento o condiciones generales. El título de suscripción acreditará a la empresa suscriptora y al trabajador asegurado el alta en la cobertura o prestaciones correspondientes, con identificación de la persona o personas trabajadoras aseguradas 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.
- CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA COBERTURA: documento que la Mutualidad remite a cada trabajador asegurado con periodicidad anual, en el que consta la pertenencia al PPSE, con indicación del número de título de suscripción, sus datos personales, las contingencias cubiertas y las prestaciones individualmente garantizadas por la Mutualidad.

- 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.
- JUBILACIÓN: aquellas situaciones de jubilación definidas por la normativa de Seguridad Social.
- INVALIDEZ PERMANENTE, TOTAL, ABSOLUTA Y GRAN INVALIDEZ: aquellas situaciones de invalidez definidas por la normativa de Seguridad Social.
- DEPENDENCIA SEVERA: aquella dependencia en que el asegurado necesita ayuda para realizar distintas actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o cuidadora, o bien tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- GRAN DEPENDENCIA: estado de dependencia en que el asegurado necesita ayuda para realizar distintas actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y en el que, debido a la pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o requiere apoyo general para su autonomía personal.
- 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, a menos que del contexto se deduzca lo contrario.

Artículo 1. PRINCIPIOS GENERALES DE APLICACIÓN

Serán aplicables al PPSE los principios de no discriminación, capitalización, irrevocabilidad de aportaciones y atribución de derechos establecidos en el apartado 1 del artículo 5 del texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2002, de 29 de noviembre.

Este reglamento general es de aplicación en las prestaciones contratadas por el tomador, en cada caso, en función de los compromisos por pensiones que tenga establecidos.

Las partes acuerdan expresamente, una vez pagada previamente la cuota o prima que proceda en cada caso, introducir en el título de suscripción o suplemento todas las modificaciones para que esta instrumente, en la medida en que sea necesario, los compromisos por pensiones de la empresa existentes en cada momento con sus trabajadores y beneficiarios, y se adapte a estas modificaciones, sin que den lugar a la extinción de la relación contractual ordinaria recogida en la cobertura.

Artículo 2. GARANTÍA ASEGURADA

La contingencia principal del PPSE es la jubilación. Se entenderá que la prestación o contrato cumple el requisito de que la cobertura principal sea la de jubilación cuando se verifique la condición de que el valor de las provisiones matemáticas para jubilación y dependencia alcanzadas al final de cada anualidad representen, al menos, el triple de la suma de las cuotas pagadas desde el inicio del plan para el capital de fallecimiento e incapacidad.

No será de aplicación lo establecido en los artículos 97 y 99 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Mediante esta prestación, La Mutua garantiza:

a) En caso de muerte del asegurado, el pago de un capital equivalente a la suma de los dos siguientes conceptos de cada contrato:

   - El valor de la provisión matemática (en adelante, saldo acumulado) en el momento de la solicitud de prestación por parte del beneficiario/s.
   - Un capital adicional equivalente al 1,50 % de la suma del saldo acumulado al final del mes anterior.

   Este capital será de un máximo de 12.000€ cuando el asegurado tenga una edad actuarial de menos de 55 años en el momento de la revisión y de 600 euros cuando tenga esa edad o más años.

   Durante el primer año de vigencia de la cobertura, el fallecimiento por causa de suicidio del asegurado dará lugar a una indemnización por fallecimiento igual al saldo acumulado.

   Tras el primer año, el beneficiario tendrá derecho al capital en caso de muerte que corresponda. Se entenderá como suicidio la muerte causada consciente y voluntariamente por el propio asegurado.

b) En caso de supervivencia, el valor de la provisión matemática (saldo acumulado), distinguiendo cuatro casos:

1. En el momento de acceso a la jubilación (ya sea anticipada, ordinaria o diferida). A estos efectos se entenderá por jubilación lo especificado en la normativa de Seguridad Social vigente en cada momento.
2. Asimismo, cuando, de acuerdo con la normativa vigente, los asegurados, cualquiera que sea su edad, extingan su relación laboral y pasen a situación legal de desempleo en los casos contemplados en los artículos 49.1.g), 51, 52 y 57 *bis* del texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
3. En el momento en que se reconozca al asegurado una invalidez permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez. A estos efectos se entenderá por invalidez permanente cualquiera de los casos mencionados en virtud de lo especificado en la normativa de Seguridad Social vigente en cada momento.
4. En el momento en que se reconozca al asegurado una situación de dependencia severa o de gran dependencia.
   - Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para llevar a cabo distintas actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un asistente o bien tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
   - Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar distintas actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, debido a la pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o requiere apoyo general para su autonomía personal.

   A fin de determinar estas situaciones, se aplicará lo dispuesto en la legislación vigente.
5. En el momento en que el mutualista acceda a uno de los supuestos excepcionales de liquidez previstos en la normativa vigente de planes y fondos de pensiones (por ejemplo, desempleo de larga duración o enfermedad grave).

Los asegurados tienen derecho a recibir, al menos con una periodicidad semestral, información sobre la evolución y la situación de su provisión matemática, así como sobre otros aspectos que les pudieran afectar, especialmente las modificaciones normativas, los cambios en las condiciones generales, especiales o particulares de la póliza, cambios en la base técnica o en la política de inversiones.

Asimismo, al menos con carácter trimestral, la información mencionada en el apartado anterior deberá estar a disposición de los asegurados.

Artículo 3. EXTINCIÓN DEL CONTRATO

Este se producirá por la inexistencia de asegurados y beneficiarios en el contrato.

Artículo 4. ADECUACIÓN DE LAS CUOTAS Y LAS PRESTACIONES A LA EDAD REAL

Tanto si la edad resultara superior a la declarada como si resultara inferior, la cuota correspondiente al capital adicional se ajustará automáticamente a la que corresponda con la edad correcta.

Artículo 5. FINANCIACIÓN. CUOTAS

Las cuotas se imputarán como rendimiento del trabajo en cualquier caso a los asegurados, y estarán sometidas a los límites financieros previstos en la normativa vigente en cada momento.

El tomador o asegurado está obligado a hacer efectivo el pago de una aportación única inicial por cada adhesión que se integre en este contrato, de acuerdo con las disposiciones establecidas.

Asimismo, el tomador debe abonar las cuotas necesarias para garantizar debidamente los compromisos por pensiones que instrumenta en esta póliza de conformidad con lo establecido en ella para responder a los compromisos por pensiones; esta cuota debe cubrir el aseguramiento del capital adicional para el caso de fallecimiento según las indicaciones establecidas en cada caso.

Salvo que se indique lo contrario, la suspensión del contrato de trabajo determina la suspensión temporal de cuotas excepto en los casos de incapacidad temporal (máximo hasta 18 meses), maternidad o paternidad y adopción o acogida de menores de seis años, y riesgo para el embarazo o durante la lactancia natural.

Las cuotas del tomador a favor del asegurado cesan cuando se produzca la baja o extinción de la relación laboral, a menos que se acordara la continuación de los compromisos por pensiones.

Artículo 6. INTERÉS GARANTIZADO

El saldo acumulado en cada contrato devengará, de acuerdo con las condiciones del presente artículo, un tipo de interés garantizado anticipadamente por trimestres, pero excepcionalmente la Mutualidad podrá acortar o ampliar este periodo de garantía.

Este tipo de interés garantizado se calculará en función de las inversiones previamente realizadas por la entidad que estén vinculadas a la prestación y podrá ser variable en función del saldo acumulado en las pólizas de un mismo tomador.

Este tipo de interés no será inferior al menor de los siguientes:

1. El tipo trimestral equivalente al 1 % anual.

2. El tipo trimestral equivalente al tipo de interés máximo que debe utilizarse en el cálculo de la provisión de seguros de vida de aplicación en el ejercicio al que corresponda el trimestre en curso, recogido en la resolución emitida por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía (según lo previsto en el artículo 33.1.a) del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por el Real Decreto 2486/1998). Esta resolución se publica anualmente en el Boletín Oficial del Estado (BOE).

Artículo 7. DERECHO DE RESCATE Y REDUCCIÓN

a) **El tomador** de un plan de previsión social empresarial únicamente podrá ejercer el derecho de rescate para integrar todos los compromisos instrumentados en el Plan de Previsión Social Empresarial en otro Plan de Previsión Social Empresarial o en un plan de pensiones promovido por la empresa.

b) **Los asegurados** de los planes de previsión social empresarial únicamente podrán ejercer el derecho de rescate en los supuestos extraordinarios de liquidez previstos en la normativa de planes y fondos de pensiones vigente en cada momento.

   Sin embargo, podrá proceder al rescate para movilización en el supuesto de extinción de la relación laboral y solo si estuviera previsto en las condiciones generales, especiales o particulares

de la póliza, pudiendo integrar sus derechos económicos en otros planes de previsión social empresarial, en planes de previsión asegurados o en planes de pensiones.

Para la movilización, el asegurado deberá dirigirse a la entidad aseguradora o gestora de destino, para iniciar su traspaso.

- A tal fin, el asegurado deberá adjuntar a su solicitud la identificación del Plan de Previsión Social Empresarial, del asegurado y de la entidad aseguradora de origen desde donde deba realizarse la movilización, así como, si procede, el importe que se deba movilizar. La solicitud incorporará una comunicación dirigida a la Mutualidad para ordenar el traspaso que incluya una autorización del asegurado a la aseguradora o entidad gestora de destino para que, en su nombre, pueda solicitar a la Mutualidad la movilización de los derechos económicos, así como toda la información financiera y fiscal necesaria para llevarlo a cabo.
- En el plazo máximo de dos días hábiles desde que la entidad aseguradora o entidad gestora de destino disponga de la totalidad de la documentación necesaria, esta deberá, además de comprobar el cumplimiento de los requisitos establecidos reglamentariamente para la movilización de tales derechos, comunicar la solicitud a la entidad aseguradora del Plan de Previsión Social Empresarial de origen. Asimismo, deberá indicarse, al menos, el Plan de Previsión Asegurado o Plan de Previsión Social Empresarial, la entidad aseguradora de destino y los datos de la cuenta de destino en la que deba efectuarse la transferencia, o, en el caso de movilización a un plan de pensiones, el plan y fondo de pensiones de destino, el depositario de este y los datos de la cuenta del fondo de pensiones de destino a la que debe efectuarse la transferencia.
- En un plazo máximo de veinte días hábiles, que se contarán desde la recepción por parte de la Mutualidad de la solicitud con la documentación correspondiente, esta deberá ordenar la transferencia bancaria y remitir a la aseguradora o a la gestora de destino toda la información relevante del asegurado, debiendo comunicar a esta el contenido de dicha información.
- No se podrán movilizar los derechos económicos cuando, con vistas a instrumentar compromisos por pensiones del tomador referidos a asegurados que hubieran extinguido su relación laboral con aquel, las condiciones de la póliza prevean la continuidad de las aportaciones del tomador a su favor y, si procede, las del asegurado que tuvieran carácter obligatorio.

El tomador del seguro y, si procede, la Mutualidad podrán ejercer el derecho de reducción de la suma asegurada en los términos previstos en la normativa de aplicación. El presente contrato no da derecho a anticipo.

Artículo 8. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Para el caso de defunción, el asegurado podrá designar a una o más beneficiarios, o revocar o modificar la designación realizada previamente. La designación podrá efectuarse en el momento de la suscripción de la prestación o en cualquier momento posterior durante la vigencia de la cobertura mediante escrito comunicado a la Mutualidad, o bien por testamento.

Salvo estipulación en contrario, la designación hecha además de un beneficiario se entenderá hecho a partes iguales entre ellos. En caso de designación genérica, los beneficiarios se determinarán de acuerdo con el que establece la Ley.

Si en el momento de producirse la contingencia y causar derecho a la prestación no constara expresamente designado ningún beneficiario, o habiendo premuerte este al asegurado, se

considerarán beneficiarios las personas que se indican a continuación, según la orden de prelación siguiente:

a) Herederos testamentarios, incluidos los herederos forzosos, en partes iguales;

b) Herederos legales, a partes iguales en la orden de prelación que determine la Ley, quedando excluido el Estado/Administraciones públicas; y

c) En defecto de las anteriores personas, será beneficiaria la Mutualidad. En este caso, la prestación pasará a formar parte del patrimonio de la entidad para prestaciones sociales, en cumplimiento del artículo 2.2 de los Estatutos de la Mutualidad.

Si un beneficiario de la prestación ha sido lo causante determinante del siniestro y sea sancionado o condenado por esta causa, no podrá cobrar la prestación la cual pasará a los otros beneficiarios.

Artículo 9. COBRO DE LA PRESTACIÓN

En el momento en que se produzca el hecho causante de la prestación, la Mutualidad hará efectivo el pago una vez aportado la documentación exigida. Los requisitos son los siguientes:

1. Que el beneficiario tramite la correspondiente solicitud en las oficinas de la Mutualidad.
2. El/los beneficiario/s deberán presentar a la Mutualidad:

2.1. Defunción:

- Certificado literal de defunción del asegurado o, en su caso, del beneficiario.
- 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).
- Declaración de datos personales a efectos de practicar la oportuna retención a cuenta.
- Comprobante acreditativo de haber efectuado la declaración / el pago del impuesto de sucesiones y donaciones, 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/ los 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.

2.2. Jubilación:

- Fotocopia del DNI.
- Resolución del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) que comunique el acceso a la jubilación del asegurado y la fecha en la que se ha producido, según la normativa vigente.
- En defecto de la anterior documentación, certificado de jubilación expedido por el INSS.
- Declaración de datos personales a efectos de practicar la oportuna retención a cuenta.

2.3. Invalidez permanente (total, absoluta y gran invalidez):

- Fotocopia del DNI.
- Copia de la declaración de invalidez expedida por el organismo correspondiente de la Seguridad Social o, si procede, sentencia del orden jurisdiccional social.
- Declaración de datos personales a efectos de practicar la oportuna retención a cuenta.

2.4. Dependencia:

Para tener acceso a las prestaciones, el asegurado deberá acreditar su condición y grado de dependencia, presentando la siguiente documentación:

- Documento acreditativo del grado de dependencia, emitido por el organismo competente en esta materia.
- Si el partícipe no está adscrita a la Seguridad Social, es requisito indispensable presentar el certificado médico en el que se determine la fecha de origen de la enfermedad o bien la fecha en que se produce el accidente; asimismo, debe constar en este certificado, de forma indudable, la dependencia severa o gran dependencia.

3. Cobro de la prestación:

3.1. Defunción: el valor por cobrar será el saldo acumulado correspondiente a la fecha de solicitud de prestación por parte del/ los beneficiarios/s, más el capital adicional correspondiente.

3.2 Jubilación / Invalidez permanente (total, absoluta o gran invalidez) / Dependencia: El valor por cobrar será el saldo acumulado correspondiente al momento en que se produzca el hecho causante de la prestación del asegurado o, en su defecto, a la fecha de solicitud si es posterior a este momento.

La prestación no podrá exceder los límites cuantitativos fijados en la legislación vigente sobre mutualidades de previsión social.

4. Formas de percepción de la prestación:

4.1. En forma de capital

Consiste en una percepción de pago único que podrá ser inmediato a la fecha de la contingencia o diferido a un momento posterior.

Si se solicita el pago con carácter diferido y, llegado el momento de cobro de la prestación por parte del beneficiario, esta se niega a recibir el pago o no señala el medio de efectuarlo, la Mutualidad depositará su importe en una entidad de crédito a disposición y por cuenta del beneficiario, y de este modo se entenderá satisfecha la prestación.

Cuando se solicite el pago de un capital con carácter inmediato, la Mutualidad deberá abonar su importe al beneficiario en un plazo máximo de siete días hábiles desde que se presente la documentación especificada en los apartados 9.2.

4.2. En forma de renta

Consiste en la percepción de dos o más pagos sucesivos con periodicidad regular (mensual, trimestral, semestral o anual) incluyendo al menos un pago en cada anualidad.

Las prestaciones podrán ser inmediatas a la fecha de la contingencia o diferidas a un momento posterior.

Las rentas se abonarán el primer día hábil del mes.

Las rentas serán de la modalidad no asegurada.

En caso de fallecimiento del beneficiario, la renta podrá ser reversible en el porcentaje que se haya designado.

Renta no asegurada: se considera renta no asegurada la forma de percibir la prestación consistente en una sucesión de pagos periódicos de igual importe, resultado de dividir el importe de la provisión matemática (saldo acumulado) entre el número de plazos de la renta, escogidos por el beneficiario de la prestación. La provisión matemática se verá disminuida en estos importes a medida que estos se abonen, pero continuarán participando en el proceso de capitalización, lo que podrá motivar que el número de periodos o plazos de la renta escogidos por el beneficiario varíe, en función de la rentabilidad acumulada en la provisión matemática.

En este caso, se seguirán abonando los plazos de la renta, mientras la provisión matemática sea mayor que cero, y finalizará el pago de la prestación cuando se consuma el 100 % de esta provisión.

La revisión del importe de la renta se podrá realizar siempre que haya una petición previa por escrito por parte del beneficiario. Esta revisión tendrá efectos el primer día del mes siguiente a la fecha de solicitud.

En caso de fallecimiento del beneficiario, el importe restante de la provisión matemática pasará en su totalidad al beneficiario designado, y se tendrá en cuenta lo estipulado en el apartado 9.2.1.

4.3. Prestaciones mixtas, que combinen rentas de cualquier tipo con un único cobro en forma de capital

Deberá indicarse la fecha de cobro del capital y de la renta, así como el porcentaje de la provisión matemática (saldo acumulado) que se destina a cada forma de prestación.

Junto con la documentación que debe presentar el perceptor para solicitar el cobro en forma mixta, se deberá incluir una petición de traspaso del saldo acumulado, correspondiente al porcentaje de la provisión matemática destinada a la prestación en forma de renta, hacia la opción de inversión de interés garantizado, solo en caso de que una parte del porcentaje del saldo acumulado destinado a la prestación en forma de renta no estuviera en esta opción de inversión. Esta petición deberá tramitarse, obligatoriamente, de forma previa al primer pago de la renta.

Podrán existir las siguientes combinaciones, con arreglo a lo establecido anteriormente:

a) Capital inmediato y renta inmediata.

b) Capital diferido y renta diferida.

c) Capital inmediato y renta diferida.

d) Capital diferido y renta inmediata.

4.4. Prestaciones distintas de las anteriores en forma de pagos sin periodicidad regular

4.5. Anticipación de las prestaciones

Se concede anticipación de las prestaciones, según se describe a continuación.

Prestaciones en forma de capital

En caso de que se haya solicitado la prestación de forma diferida, se podrá solicitar el adelanto de la fecha de cobro de la totalidad del capital. En ningún caso se podrá sustituir por una prestación en forma de renta o mixta.

Prestaciones en forma de renta

a) Anticipo de un capital equivalente a la provisión matemática remanente total (en ningún caso, capitales parciales) cuando se estén cobrando las rentas o estén pendientes de cobro, siempre que no se haya efectuado con anterioridad un cobro en forma de capital.

b) Anticipo de rentas pendientes de cobro en el año natural. A lo largo de un mismo año natural, el beneficiario que estuviera cobrando una renta en curso podría anticipar los vencimientos y cantidades pendientes de cobro para este año natural, de modo que al finalizar dicho año la prestación percibida fuera la prevista.

Prestaciones mixtas

4.5.1. Si no se ha cobrado el capital.

Si el beneficiario hubiera optado por cobrar parte de la provisión matemática en forma de capital, pero aún no se hubiera efectuado el pago, y estuviera cobrando una renta o esta estuviera pendiente de cobro, tendría las siguientes posibilidades:

a) Anticipo de un capital equivalente a la provisión matemática remanente total, que sería la suma del capital más la suma de rentas restantes.

b) Anticipo del capital.

c) Anticipo de las rentas pendientes por su totalidad, dejando pendiente el cobro del capital.

d) Anticipo de las rentas pendientes de cobro en el año natural, en los términos indicados en el punto 4.2 de este artículo.

4.5.2. Si ya se hubiera cobrado el capital.

Si el beneficiario hubiera cobrado parte de los derechos en forma de capital y estuviera cobrando una renta o esta estuviera pendiente de cobro, tendría las siguientes posibilidades:

a) Anticipo de las rentas pendientes de cobro en el año natural, en los términos indicados en el punto 4.2 de este artículo.

b) Anticipo de rentas pendientes en su totalidad.

Una vez se haya aportado toda la documentación y se haya acreditado la identidad del/ los beneficiarios, la Mutualidad procederá, en un plazo máximo de siete días hábiles desde la solicitud, al pago de la correspondiente prestación o bien comunicará la denegación de la solicitud.

Artículo 10. DERECHOS ECONÓMICOS DEL ASEGURADO EN CASO DE EXTINCIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL

En caso de cese o extinción de la relación laboral entre el tomador y el asegurado previos a la ocurrencia de los riesgos cubiertos en este reglamento, se procederá de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente de aplicación. En el caso de que no haya ninguna regulación expresa a tal efecto, se reconoce a los asegurados el derecho económico sobre la totalidad de la provisión matemática constituida a su favor. No obstante, esta no se hará efectiva en el momento del cese o extinción de la relación laboral, sino que se aplaza su percepción hasta el momento en que ocurra alguna de las contingencias cubiertas en el presente reglamento y en el título de suscripción o en el supuesto de desempleo de larga duración o enfermedad grave.

El asegurado podrá movilizar su provisión matemática a otro contrato con otro vehículo de previsión recogido por la normativa en cada momento, con los requisitos que establezca la normativa vigente y con los efectos fiscales correspondientes.

En caso de cese o extinción de la relación laboral previos al evento de los riesgos cubiertos en esta póliza concluirá el pago de cuotas.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Primera. PROTECCIÓN DE LOS TOMADORES Y BENEFICIARIOS

Los mutualistas tomadores/suscriptores, asegurados, beneficiarios o sus derechohabientes pueden dirigir voluntariamente sus reclamaciones relativas 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.

Segunda. 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.