

ANNEX AL TÍTOL DE MUTUALISTA

REGLAMENT DE L'ASSEGURANÇA DE 30 PRIMERS DIES

Última modificació: 01/07/2023

DEFINICIONS

Annex de l'Assegurança: document en el qual consten tots els detalls de les cobertures contractades.

Assegurador: Mutual Mèdica, Mutualitat de Previsió Social a Prima Fixa (en endavant, Mutual Mèdica) és la persona jurídica que assumeix el risc pactat en el contracte.

Assegurat: és la persona física sobre la qual es concerta l'Assegurança, titular del dret a percebre la prestació garantida i que assumeix les obligacions que se'n deriven, directament o en defecte del prenedor.

Carència: és el període de temps que ha de transcórrer entre la contractació de l'Assegurança (o l'ampliació de la cobertura) i la data del sinistre, perquè quedi cobert per l'Assegurança.

Quota: és el preu de l'Assegurança (també anomenat «prima»). En el rebut s'indiquen, addicionalment, els recàrrecs i impostos legalment aplicables.

Mutualista: és la persona física o jurídica associada a Mutual Mèdica. Té els drets i deures de caràcter polític i de l'Assegurança. Coincideix amb la figura del prenedor de l'Assegurança.

Prestació: és la suma contractada amb Mutual Mèdica com a renda diària que ha de percebre l'assegurat en cas que es produeixi algun dels fets previstos en l'article 1.

Títol de mutualista/assegurat: és el document que acredita la condició d'assegurat i que conté les assegurances contractades i les clàusules específiques que fan referència a l'assegurat i que no figuren en el Reglament general.

Prenedor de l'Assegurança: és la persona física o jurídica que subscriu l'Assegurança i a qui corresponen les obligacions que se'n deriven, llevat de les que per la seva naturalesa hagin d'ésser assumides per l'assegurat.

ARTICLE 1

Objecte de l'Assegurança

L'Assegurança de 30 Primers Dies de Mutual Mèdica té per objecte satisfer una renda diària a l'assegurat, per un període màxim de 30 dies, només en els casos següents:

a) Per incapacitat física evident per a l'exercici de la professió mèdica, provinent d'una malaltia o accident (excepte en els casos en què la incapacitat en qüestió es produís, s'agreugés o es mantingués per voluntat pròpia, imprudència o negligència de l'interessat).

b) Per incapacitat derivada de trastorns o malalties mentals. En aquest cas, l'assegurat té dret a una prestació màxima d'acord amb els termes regulats en l'article 2 d'aquest Reglament.

c) Per incapacitat derivada d'entitats nosològiques per a les quals no hi hagi un mitjà de diagnòstic que permeti resultats objectius o patognòmics. En aquest cas, l'assegurat té dret a una prestació màxima d'acord amb els termes regulats en l'article 2 d'aquest Reglament.

d) Per complicacions durant la gestació.

e) Pel cessament de l'exercici de l'activitat professional per risc durant l'embaràs relacionats amb el lloc de treball, així com per incapacitat derivada de ser una persona de risc per gestació en una situació de pandèmia. En aquests casos, l'assegurat té dret a una prestació màxima d'acord amb els termes regulats en l'article 2 d'aquest Reglament.

f) Per descans derivat del naixement o la cura d'un menor, així com per adopció o acollida (per als casos d'acollida s'ha de seguir el que s'estableixi al respecte en la normativa corresponent). En aquests casos, s'ha

d'abonar la prestació màxima d'acord amb els termes regulats en l'article 2 d'aquest Reglament, fins a un màxim de 30 dies.

g) Per hospitalització s'abonarà, de manera addicional a la renda que s'aboni pels conceptes anteriors, una altra renda per cada dia d'hospitalització. A efectes d'aplicació d'aquest cas, l'ingrés hospitalari haurà de ser superior a 24 hores i el dia d'alta no es computa com a dia d'hospitalització.

h) En cas de pandèmia, la prestació màxima per abonar per quarantena és de 15 dies.

i) Addicionalment, i amb independència de si l'assegurat exerceix o no la professió, es pagarà una prestació per naixement, adopció o acollida. En aquest cas, s'ha d'abonar una renda de 4 dies.

j) Per defunció del cònjuge, la parella de fet (en els termes que es preveuen en la normativa corresponent i aplicable) o d'un familiar de primer grau per consanguinitat o afinitat. En aquest cas, s'ha d'abonar una renda de 4 dies.

En tots els supòsits previstos en els punts de l'a) a l'h), no tenen dret a percebre la prestació els assegurats que continuïn exercint la professió, encara que sigui a temps parcial.

Quan la persona inscrita no sigui metge, per als supòsits previstos en els punts de l'a) a l'h), la incapacitat que ha d'acreditar per a percebre la prestació corresponent ha d'impedir totalment la realització de qualsevol activitat professional o laboral.

ARTICLE 2

Prestació

La prestació consisteix en la renda diària o mensual que hagi contractat l'assegurat. En l'annex de l'Assegurança

es detalla clarament l'import contractat (en l'annex es recullen les clàusules específiques de l'Assegurança).

No obstant això, independentment de la renda diària contractada, per als casos previstos en els punts (e) i (f) de l'article anterior la prestació màxima que es pot percebre és de 1.000 € mensuals, excepte en els casos regulats en la disposició transitòria I.

En el cas de trastorns o malalties mentals, així com en el cas d'entitats nosològiques per a les quals no hi hagi un mitjà de diagnòstic que permeti resultats objectius o patognomònics, la prestació (per un o diversos processos d'incapacitat) s'abonarà durant un període màxim de 30 dies per anualitat. (un mateix procés d'incapacitat que tingui lloc en 2 anualitats diferents consecutives, també donarà dret a una prestació màxima de 30 dies). En qualsevol cas, es permet un màxim de 3 períodes de 30 dies de baixa en diferents anualitats durant tota la vida del mutualista. En aquests casos, quan aquestes patologies derivin en una incapacitat permanent absoluta, es pagarà la prestació amb caràcter retroactiu en la data d'inici de la incapacitat, tenint en compte que, si s'ha percebut la prestació per incapacitat durant el període inicial (màxim 30 dies), el pagament de la incapacitat permanent absoluta ha de començar a partir de l'endemà de l'últim dia del període inicial.

En qualsevol cas, la prestació s'abonarà, durant un màxim de 30 dies, fins al dia de la defunció de l'assegurat o fins al dia que l'assegurat rebí l'alta per part d'un metge o del Consell d'Administració de Mutual Mèdica.

En els casos d'increment automàtic, la renda mensual contractada augmentarà a raó d'un percentatge anual que ha de constar en l'annex de l'Assegurança i que ha de ser el que determinin les normes de contractació de l'Assegurança vigents en cada moment. L'increment anual de la cobertura implica el consegüent increment proporcional de quota, que s'aplicarà al principi de cada anualitat.

ARTICLE 3

Durada de l'Assegurança

Aquesta Assegurança és anual i renovable: es renova automàticament llevat que el mutualista indiqui el contrari a través de comunicació fefaent

a la Mutualitat abans d'un mes de la renovació.

La cobertura s'acaba el mes que el mutualista compleixi 70 anys, excepte en el cas dels mutualistes a qui sigui d'aplicació la disposició transitòria II, per als quals la cobertura s'acaba el mes que compleixin 65 anys.

Igualment, sobre la base de les normes de contractació de l'entitat, que estableixen que no es pot contractar la cobertura de 30 Primers Dies sense contractar simultàniament una cobertura igual o superior mitjançant l'Assegurança d'Invalidesa (llevat d'excepcions per aplicació d'alguna norma transitòria o en el cas de l'Assegurança Mutualista Jove), si l'assegurat es dona de baixa de l'Assegurança d'Invalidesa, la cobertura de 30 Primers Dies es considerarà automàticament finalitzada.

Per als assegurats que tinguin contractada l'Assegurança Mutualista Jove, aquesta Assegurança de 30 Primers Dies finalitzarà el primer dia del mes que l'assegurat compleixi 36 anys, llevat que tinguin contractada una cobertura igual o superior en l'Assegurança d'Invalidesa.

ARTICLE 4

Exclusions i carències

Queden exclosos de la prestació:

- a)** Els estats patològics contrets abans de l'ingrés a Mutual Mèdica, o anteriors a qualsevol ampliació de la cobertura, quan constitueixin la causa de la invalidesa.
- b)** Els casos en què la percepció de la prestació porti implícit un engany o frau.
- c)** Els casos en què l'assegurat deixi de sotmetre's a les disposicions pràctiques i exploracions que tinguin per objecte dilucidar tot el que correspongui a l'estat de salut i al grau d'impossibilitat.
- d)** Les conseqüències d'una guerra civil o internacional, invasió, hostilitats (hi hagi o no declaració de guerra), rebel·lió, revolució, insurrecció o usurpació de poder, o actes de terrorisme, sigui quin sigui el lloc dels fets; excepte en cas d'exercici professional de la medicina.
- e)** Les conseqüències directes o indirectes de la reacció o radiació nuclear o de la contaminació radioactiva, excepte quan siguin conseqüència de tractaments mèdics específics o s'adquireixin a causa de l'exercici professional de la medicina.

f) Les conseqüències derivades de la pràctica d'esports amb caràcter professional.

g) Les conseqüències derivades de demostracions acrobàtiques i competicions que requereixin la utilització de vehicles de motor.

h) Qualsevol conseqüència derivada de la pràctica de vols en aparells que no tinguin un certificat de navegació o no estiguin homologats, o quan el pilot no tingui el corresponent títol o permís expedit per l'autoritat competent.

i) Els vols en ala delta, ultralleugers i parapent.

j) Els processos patològics en els quals la ingestió de drogues o bé la dependència alcohòlica hagin incidit de manera directa.

S'entén per droga, als efectes d'aquest Reglament, qualsevol de les substàncies definides com a tal per la Convenció de les Nacions Unides contra el tràfic il·lícit d'estupefaents i substàncies psicotròpiques i per la normativa espanyola de desenvolupament d'aquesta Convenció.

Carència

Per a poder rebre la prestació com a conseqüència de la gestació o el naixement d'un fill, ha d'haver transcorregut un període mínim de 8 mesos entre la data d'inscripció o ampliació de cobertures i la data estimada d'inici de la gestació. En el cas de baixes per adopció o acollida, ha d'haver transcorregut un període mínim de 8 mesos entre la data d'inscripció o ampliació de cobertures i la data de la resolució per la qual s'aprovi l'adopció o acollida.

Per a la resta de les malalties, la carència és de 2 mesos, mentre que per a les incapacitats derivades d'un accident no hi ha període de carència.

ARTICLE 5

Requisits d'inscripció i contractació

Es poden inscriure en aquesta Assegurança les persones que s'especifiquin en les normes de contractació.

L'edat màxima de contractació i ampliació és, en tots els casos, de 60 anys.

Abans de la inscripció, el sol·licitant ha d'emplenar el qüestionari de salut, sotmetre's als reconeixements mèdics requerits per Mutual Mèdica i aportar la documentació clínica que se li demani.

El Consell d'Administració de Mutual Mèdica pot admetre les sol·licituds de contractació (o d'ampliació de la cobertura), rebutjar-les o excloure el risc d'algun estat patològic del sol·licitant, incloses les possibles complicacions i seqüeles.

ARTICLE 6

Requisits per a tenir dret a les prestacions

L'assegurat ha d'acreditar la seva situació de baixa presentant a Mutual Mèdica la documentació que la justifiqui.

En qualsevol cas, la renda s'abonarà com a màxim fins al mes que l'assegurat compleixi els 70 anys d'edat, excepte en els casos regulats en la disposició transitòria II.

ARTICLE 7

Documentació per a tenir dret a les prestacions

a) L'assegurat haurà d'acreditar la seva situació de baixa presentant a Mutual Mèdica la documentació que la justifiqui. En aquesta documentació ha de constar el diagnòstic, la data inicial de la baixa i el pronòstic de durada de la incapacitat per a treballar, així com el nom, número de col·legiat i signatura del metge que emeti el diagnòstic.

b) Per descans derivat del naixement, cura d'un menor o adopció, el document de permís per maternitat/paternitat o equivalent.

c) Per descans derivat de la cura d'un menor per acollida, la resolució administrativa o judicial per la qual es concedeix l'acollida familiar.

d) En el cas de trastorns o malalties mentals, així com en el cas d'entitats nosològiques per a les quals no hi hagi un mitjà de diagnòstic que permeti resultats objectius o patognomònics, és necessari aportar (a més de la documentació de la baixa) un certificat mèdic oficial de l'especialista en el qual consti el diagnòstic, l'etiologia, la data d'inici, el número d'episodis i dates, el tractament, l'estat actual i el pronòstic.

e) En el cas de defunció d'un familiar, un document que n'acrediti la mort i un altre que acrediti la relació amb el difunt.

f) En cas d'hospitalització, un document acreditatiu emès pel centre on hagi estat ingressat i on figurin el nom i el cognom del beneficiari, la data d'ingrés i de sortida del centre, el tipus de malaltia o intervenció i el tractament efectuat.

En qualsevol cas, Mutual Mèdica pot sol·licitar tota la documentació que consideri oportuna per al seguiment de la baixa.

En cas que l'assegurat en situació de baixa per malaltia no permeti el seguiment i control, serà donat d'alta per Mutual Mèdica.

ARTICLE 8

Reclamacions

En cas de resolució denegatòria, si l'assegurat no hi està conforme, podrà dirigir un escrit de reclamació al Servei d'Atenció al Client de Mutual Mèdica, d'acord amb el que s'estableix en el Reglament de funcionament d'aquest servei.

L'acció de reclamació de la prestació prescriurà sense cap excepció a favor dels Fons de Mutual Mèdica passats 5 anys després del fet causant de l'Assegurança, o bé en el termini que exigeixi la legislació vigent aplicable en cada moment. Aquest termini començarà a comptar des de la data de presentació de la documentació pertinent, o des de la data de l'últim pagament efectuat.

ARTICLE 9

Baixa

Totes les persones inscrites en aquesta Assegurança s'han de donar de baixa:

- Per impagament de les quotes, segons la Llei de contracte d'assegurança.
- Per voluntat del prenedor o de l'assegurat.
- Per acord del Consell d'Administració de Mutual Mèdica, en aplicació de l'article 10 dels Estatuts de Mutual Mèdica.

ARTICLE 10

Quotes

La quota que ha de pagar el prenedor ha de ser la que es calculi d'acord amb la nota tècnica vigent a cada moment, que ha de ser la que s'indiqui en l'annex de l'Assegurança (l'annex recull les clàusules específiques de l'Assegurança).

DISPOSICIÓ TRANSITÒRIA I

El que es preveu en l'article 2 pel que fa a la limitació de la prestació per baixa i riscos durant l'embaràs a 1.000 €

mensuals no es pot aplicar a les mutualistes que abans del 31 de maig de 2013 tinguessin contractada una cobertura superior per maternitat o riscos durant l'embaràs. En aquest cas, la prestació per pagar ha de ser la que tenien contractada en aquesta data (més la corresponent revaloració que pugui procedir), sempre que no s'hagi modificat posteriorment la cobertura.

DISPOSICIÓ TRANSITÒRIA II

Per als assegurats que el 18 de juny de 2002 es trobaven en situació de baixa, la renda mensual s'acabarà el mes que compleixin 65 anys.

Per als mutualistes que tenien contractada la Cobertura d'Invalidesa amb MUTUAL LAUDIS, així com per als mutualistes familiars en el Reglament dels quals s'indiqui així, la cobertura s'acabarà el mes que compleixin 65 anys, en comptes de 70. Aquest extrem ha de constar com a clarament regulat en l'annex de l'Assegurança.

Per als mutualistes que només tinguin contractada l'Assegurança de 30 Primers Dies i que provenguin de la contractació de l'Assegurança Mutualista Jove, la cobertura finalitza el mes que compleixin 36 anys.

DISPOSICIÓ ADDICIONAL

Les normes contractuals que regeixen la cobertura dels riscos que Mutual Mèdica garanteix als seus mutualistes estan contingudes en els reglaments de cada assegurança (que equivalen al que serien les "condicions generals" en una pòlissa d'assegurances) i el corresponent annex de cada assegurança (que equivalen al que serien les "condicions particulars" d'una pòlissa).

Pel que fa a això, mitjançant aquesta disposició addicional es recorda als mutualistes que és facultat de l'assemblea general aprovar i modificar els reglaments de prestacions, incloent-hi la modificació de quotes o prestacions de tots els contractes associats a aquesta assegurança.

L'assemblea general és la reunió dels mutualistes per deliberar i prendre acords com a òrgan suprem d'expressió de la voluntat social, i les seves facultats i el seu funcionament estan regulats als Estatuts Socials.

Pel que respecta a la modificació dels reglaments de prestacions, puntualitzar que sempre que suposi una modificació dels drets dels mutualistes, aquests hauran de ser específicament informats

i convocats a l'assemblea i caldrà el vot majoritari dels mateixos per aprovar-ne la modificació.