

ANEXO AL TÍTULO DE MUTUALISTA

REGLAMENTO DEL SEGURO DE 30 PRIMEROS DÍAS

Última modificación 01/07/2023

DEFINICIONES

Anexo del seguro: documento en el que constan todos los detalles de las coberturas contratadas.

Asegurador: Mutual Médica, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija. (en adelante, Mutual Médica); es la persona jurídica que asume el riesgo pactado en el contrato.

Asegurado: es la persona física sobre la que se concierta el seguro, titular del derecho a percibir la prestación garantizada y que asume las obligaciones que se deriven, directamente o en defecto del tomador.

Carencia: es el período de tiempo que tiene que transcurrir entre la contratación del seguro (o la ampliación de la cobertura) y la fecha del siniestro a fin de que éste quede cubierto por el seguro.

Cuota: es el precio del seguro (también denominado "prima"). El recibo contendrá adicionalmente los recargos e impuestos que sean de aplicación legal.

Mutualista: es la persona física o jurídica asociada a Mutual Médica. Tiene los derechos y deberes de carácter político y del seguro. Coincide con la figura del tomador del seguro.

Prestación: es la suma contratada con Mutual Médica como renta diaria que percibirá el asegurado en caso que se produzca alguno de los hechos previstos en el artículo 1.

Título de mutualista / asegurado: es el documento que acredita la condición de asegurado; en él figuran los seguros contratados y cláusulas específicas que se refieren al asegurado y que no figuran en el reglamento general.

Tomador del seguro: es la persona física o jurídica que suscribe el seguro, a la que corresponden las obligaciones que se deriven, excepto las que por su naturaleza deban ser asumidas por el asegurado.

ARTÍCULO 1

Objeto del seguro

El seguro de 30 Primeros Días de Mutual Médica tiene por objeto satisfacer una renta diaria al asegurado, por un periodo máximo de 30 días, sólo en los siguientes casos:

a) Por incapacidad física evidente para el ejercicio de la profesión médica, proveniente de enfermedad o accidente, (excepto en los casos en que la indicada incapacidad se produjese, agravase o se sostuviese por voluntad propia, imprudencia o negligencia del interesado).

b) Por incapacidad derivada de trastornos / enfermedades mentales. En este caso, el asegurado tendrá derecho a una prestación máxima en los términos regulados en el artículo 2 de este Reglamento.

c) Por incapacidad derivada de entidades nosológicas en las que no exista medio diagnóstico que permita resultados objetivos o patognomónicos. En este caso, el asegurado tendrá derecho a una prestación máxima en los términos regulados en el artículo 2 de este Reglamento.

d) Por complicaciones durante la gestación.

e) Por cese del ejercicio de la actividad por riesgo durante el embarazo relacionados con su puesto de trabajo, así como en situación de pandemia, cuando la incapacidad derive de ser persona de riesgo por gestación. En estos casos, el asegurado tendrá derecho a una prestación máxima en los términos regulados en el artículo 2 de este Reglamento.

f) Por descanso por nacimiento o cuidado del menor, adopción o acogida (en acogida se estará a lo que establezca la correspondiente

normativa), En estos casos, se abonará la prestación máxima en los términos regulados en el artículo 2 de este Reglamento y hasta un máximo de 30 días.

g) Por hospitalización se abonará, de forma adicional a la renta que se abone por los conceptos anteriores, otra renta por cada día de hospitalización. A efectos de aplicación de este caso, el ingreso hospitalario deberá ser superior a 24 horas y el día de alta no se computará como día de hospitalización.

h) En caso de pandemia, la prestación máxima a abonar por cuarentena será de 15 días.

i) Adicionalmente y con independencia de que el asegurado ejerza o no la profesión, se pagará una prestación por nacimiento, adopción o acogida. En este caso, se abonará una renta de 4 días.

j) Por muerte del cónyuge, pareja de hecho (en los términos previstos en la correspondiente normativa que sea de aplicación) o de un familiar de primer grado por consanguinidad o afinidad. En este caso, se abonará una renta de 4 días.

Para los supuestos previstos en los puntos de la a) a la h), no tendrá derecho a percibir la prestación el asegurado que ejerza la profesión, aunque sea a tiempo parcial.

Cuando la persona inscrita no sea médico, para los supuestos previstos en los puntos de la a) a la h), la incapacidad que deberá acreditar para percibir la prestación correspondiente es aquella que impida totalmente la realización de cualquier actividad profesional o laboral.

ARTÍCULO 2

Prestación

La prestación consistirá en la renta diaria que haya contratado el asegurado.

En el anexo del seguro se detallará claramente el importe contratado (el anexo recoge las cláusulas específicas del seguro).

No obstante, independientemente de la renta diaria contratada, para los casos previstos en el punto (e) y (f) del artículo anterior la prestación máxima a percibir será de 1.000€ mensuales, salvo lo regulado en la disposición transitoria I.

En el caso de trastornos / enfermedades mentales, así como en el caso de las entidades nosológicas en las que no exista medio diagnóstico que permita resultados objetivos o patognomónicos, la prestación, por uno o varios procesos de incapacidad, se abonará por un periodo máximo de 30 días por anualidad (un mismo proceso cuya incapacidad se prolongue durante dos anualidades diferentes consecutivas, también dará lugar a una prestación máxima de 30 días). En cualquier caso, se permiten un máximo de tres periodos de 30 días de baja en diferentes anualidades durante toda la vida del mutualista. En estos casos, cuando dichas patologías deriven en una incapacidad permanente absoluta, se pagará la prestación con carácter retroactivo a la fecha de inicio de la incapacidad, teniendo en cuenta que, si ha percibido la prestación por incapacidad durante el periodo inicial (máximo 30 días), se iniciará el pago de la incapacidad permanente absoluta a partir del día siguiente al final de dicho periodo inicial.

En todos los casos, la prestación se abonará, como un máximo de 30 días, hasta el día que el asegurado fallezca o hasta el día en que el asegurado sea dado de alta por el médico o por el Consejo de Administración de Mutual Médica.

En los casos de incremento automático, la renta mensual contratada aumentará a razón de un porcentaje anual que constará en el anexo del seguro y que será el que determinen las normas de contratación del seguro vigentes en cada momento. El incremento anual de la cobertura implicará el consiguiente incremento proporcional de cuota, que se aplicará al principio de cada anualidad.

ARTÍCULO 3

Duración del Seguro

Este seguro es anual renovable, de forma que se renueva automáticamente

excepto que el mutualista indique lo contrario mediante comunicación fehaciente a la Mutualidad antes de un mes de la renovación.

La cobertura finalizará el mes en que el mutualista cumpla 70 años de edad, salvo para aquellos mutualistas a los que les que sea de aplicación la disposición transitoria II, en cuyo caso la cobertura finalizará el mes en que el mutualista cumpla 65 años.

Igualmente, sobre la base de las normas de contratación de la entidad que establecen que no se podrá contratar la cobertura de 30 Primeros Días sin contratar simultáneamente una cobertura igual o superior mediante el Seguro de Invalidez (salvo excepciones por aplicación de alguna norma transitoria o para el Seguro Mutualista Joven). Si el asegurado se da de baja del seguro de Invalidez, se considerará automáticamente finalizada la cobertura de 30 Primeros Días.

Para los asegurados que tengan contratado el Seguro Mutualista Joven, este Seguro de 30 Primeros Días finalizará el primer día del mes en el que el asegurado cumpla 36 años, salvo que tenga contratada una cobertura igual o superior en el Seguro de Invalidez.

ARTÍCULO 4

Exclusiones y carencias

Quedan excluidos de la prestación:

- a) Los estados patológicos contraídos antes del ingreso en Mutual Médica, o anteriores a cualquier ampliación de la cobertura, cuando sean la causa de invalidez.
- b) Los casos en que la percepción de la prestación lleve implícito engaño o fraude.
- c) Los casos en que el asegurado deje de someterse a las disposiciones, prácticas y exploraciones que tengan por objeto dilucidar lo que corresponda al estado de salud y grado de imposibilidad.
- d) Las consecuencias de guerra civil o internacional, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revolución, insurrección o usurpación de poder, actos de terrorismo, sea cual sea el lugar donde sucedan los hechos, excepto en caso de ejercicio profesional de la medicina.
- e) Las consecuencias directas o indirectas de reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva,

excepto cuando sea consecuencia de tratamientos médicos específicos, o se adquieran por causa del ejercicio profesional de la medicina.

f) Las consecuencias producidas por la práctica de deportes de carácter profesional.

g) Las consecuencias producidas por demostraciones acrobáticas y competiciones que requieran la utilización de vehículos a motor.

h) Cualquier consecuencia que se derive de la práctica de vuelos en aparatos que no poseen un certificado de navegación o no estén homologados, o cuando el piloto no posea el correspondiente título o permiso expedido por al autoridad competente.

i) Los vuelos en ala delta, ultraligeros y parapente.

j) Los procesos patológicos en los que la ingestión de drogas o bien dependencia alcohólica hayan incidido de una manera directa.

Se entiende por droga, a los efectos de este Reglamento, cualquiera de las sustancias definidas como tal por el Convenio de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas y en la normativa española de desarrollo del mismo.

Carencia

Para poder recibir la prestación como consecuencia de la gestación o el nacimiento de un hijo tendrá que haber transcurrido un periodo mínimo de 8 meses entre la fecha de inscripción o ampliación de coberturas y la fecha estimada de inicio de la gestación. En el caso de las bajas por adopción o acogida, tendrá que haber transcurrido un período mínimo de 8 meses entre la fecha de inscripción o ampliación de coberturas y la fecha de la resolución por la cual se apruebe la adopción o acogida.

Para el resto de las enfermedades, la carencia será de dos meses, mientras que para las incapacidades derivadas de accidente no existirá periodo de carencia.

ARTÍCULO 5

Requisitos de inscripción y contratación

A este seguro se pueden inscribir aquellas personas que se determinen en las normas de contratación.

La edad máxima de contratación y ampliación será, en todo caso 60 años de edad.

Previamente a la inscripción, el solicitante deberá cumplimentar el cuestionario de salud, someterse a los reconocimientos médicos requeridos por Mutual Médica y aportar la documentación clínica que se le solicite. El Consejo de Administración de Mutual Médica podrá admitir las solicitudes de contratación (o de ampliación de la cobertura), rechazarlas o excluir el riesgo de algún estado patológico sufrido por el solicitante, incluidas las posibles complicaciones y secuelas.

ARTÍCULO 6

Requisitos para tener derecho a las prestaciones.

El asegurado deberá acreditar su situación de baja mediante la presentación de la documentación que lo justifique a Mutual Médica.

En cualquier caso, la renta se abonará como máximo hasta el mes en que el asegurado cumpla los 70 años de edad, salvo lo regulado en la disposición transitoria II.

ARTÍCULO 7

Documentación para tener derecho a las prestaciones.

a) El asegurado deberá acreditar su situación de baja mediante la presentación de la documentación que lo justifique a Mutual Médica. En dicha documentación constará el diagnóstico, fecha inicial de la baja y pronóstico de duración de la incapacidad para trabajar, así como el nombre, número de colegiado y firma del médico que la emite.

b) En caso de descanso por nacimiento o cuidado del menor o adopción, el documento de permiso maternal/paternal o equivalente.

c) En el caso de descanso por cuidado del menor por acogida, la resolución administrativa o judicial por la que se concede la acogida familiar.

d) En el caso de trastornos / enfermedades mentales, así como en el caso de las nosológicas en las que no exista medio diagnóstico que permita resultados objetivos o patognomónicos, será preciso aportar (además de la documentación de baja), un certificado médico oficial del especialista en el que conste el diagnóstico, etiología, fecha de debut, número de episodios y fechas, tratamiento, estado actual y pronóstico.

e) En el caso de defunción de un familiar, un documento que acredite la muerte del familiar y otro que acredite la relación con el difunto.

f) En el caso de hospitalización, documento acreditativo emitido por el centro en el que haya estado ingresado y donde figure el nombre y apellido del beneficiario, la fecha de ingreso y de la salida del centro, tipo de enfermedad o intervención y tratamiento efectuado.

En cualquier caso, Mutual Médica podrá solicitar toda aquella documentación que considere oportuna para el seguimiento de la baja.

Será dado de alta por Mutual Médica el asegurado que, en situación de baja o enfermedad, no permita el seguimiento y control.

ARTÍCULO 8

Reclamaciones

En caso de resolución denegatoria, si el asegurado no está de acuerdo, podrá dirigir un escrito de reclamación al Servicio de Atención al Cliente de Mutual Médica, de conformidad con lo que se establece en el Reglamento de funcionamiento de dicho servicio.

La acción para reclamar la prestación prescribirá sin ninguna excepción a favor de los Fondos de Mutual Médica, a los cinco años del hecho causante del seguro o en el plazo que exige la legislación vigente aplicable en cada momento; este plazo empezará a contar desde la fecha de presentación de la documentación pertinente, o desde la fecha del último pago efectuado.

ARTÍCULO 9

Baja

Todo inscrito en este seguro será dado de baja:

- Por impago de las cuotas, según la Ley de Contrato de Seguro.
- Por voluntad del tomador o del asegurado.
- Por acuerdo del Consejo de Administración de Mutual Médica, en aplicación del artículo 10º de los Estatutos de Mutual Médica.

ARTÍCULO 10

Cuotas

La cuota a pagar por el tomador será la que se calcule de acuerdo con la nota técnica vigente en cada momento, y que será la que se indique en el anexo del seguro (el anexo recoge las cláusulas específicas del seguro).

DISPOSICIÓN TRANSITORIA I

Lo previsto en el artículo 2 respecto a la limitación de prestación por descanso y riesgos durante el embarazo a 1.000€ mensuales, no será aplicable a las mutualistas que a 31 de mayo de 2013 tuvieran contratada una cobertura por maternidad o riesgos durante el embarazo superior. En este caso la prestación a pagar será la que tenían contratada en esta fecha (más la correspondiente revalorización que pueda proceder), siempre y cuando no se haya modificado posteriormente la cobertura.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA II

Para los asegurados que el 18 de junio de 2002 se encontraban en situación de baja, la renta mensual finalizará el mes en que cumplan 65 de años de edad.

Para aquellos mutualistas que tenían contratada la cobertura de invalidez con MUTUAL LAUDIS así como para mutualistas familiares en cuyo reglamento así se indique, la cobertura finalizará el mes en el que cumplan los 65 años en vez de los 70. Este extremo constará claramente regulado en el anexo del seguro.

Para aquellos mutualistas que tengan contratado únicamente el seguro de 30 Primeros Días, provenientes de la contratación del seguro mutualista joven, la cobertura finalizará el mes que cumplan 36 años.

DISPOSICIÓN ADICIONAL

Las normas contractuales que rigen la cobertura de los riesgos que Mutual Médica garantiza a sus mutualistas están contenidas en los reglamentos de cada seguro (que equivalen a lo que serían las "condiciones generales" en una póliza de seguros) y el correspondiente anexo de cada seguro (que equivalen a lo que serían las "condiciones particulares" de una póliza).

A este respecto, mediante esta disposición adicional se recuerda a los mutualistas que es facultad de la asamblea general aprobar y modificar los reglamentos de prestaciones, incluyendo la modificación de cuotas o prestaciones de todos los contratos asociados a este seguro.

La asamblea general es la reunión de los mutualistas para deliberar y tomar acuerdos como órgano supremo de

expresión de la voluntad social, y sus facultades y funcionamiento están regulados en los Estatutos Sociales. Por lo que respecta a la modificación de los reglamentos de prestaciones,

puntualizar que siempre que suponga una modificación de los derechos de los mutualistas, estos deberán ser específicamente informados y convocados a la asamblea y será preciso

el voto mayoritario de los mismos para aprobar la modificación.