

ANEXO AL TÍTULO DE MUTUALISTA

REGLAMENTO DEL SEGURO DE DEPENDENCIA

Última modificación 14/06/2022

DEFINICIONES

ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria): conjunto de tareas y actividades relativas al cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer a personas y objetos, orientarse o bien entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Accidente: suceso ajeno a la voluntad del afectado, que le produce una lesión corporal, cuyo origen es una causa momentánea, externa e incierta.

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

Asegurador: persona jurídica que asume el riesgo pactado en el contrato. En este caso, es Mutual Médica, Mutualidad de Previsión Social (en adelante, Mutual Médica).

Autonomía: capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones personales sobre cómo vivir de acuerdo con las propias normas y preferencias, así como de desarrollar las ABVD.

Beneficiario: persona física o jurídica designada como titular del derecho a percibir las prestaciones garantizadas en este contrato.

BVD (Baremo de Valoración de Dependencia): baremo de valoración del grado de dependencia de una persona, basado en unos factores definidos por la legislación vigente en materia de dependencia, a partir de dos niveles: el de la autonomía de la persona y el de la intensidad de la atención personal que requiere.

Cuota: precio del seguro; como tal se refleja en el recibo, que contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de aplicación legal.

Dependencia: estado de carácter permanente en el que se encuentran las personas que, por razones de edad, enfermedad o discapacidad, necesitan la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las ABVD o, en el

caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Dependencia moderada: estado de dependencia en el que la persona necesita ayuda al menos una vez al día o necesita ayuda intermitente o limitada para su autonomía personal. Se corresponde con una valoración de entre 25 y 49 puntos en el BVD.

Dependencia severa: estado de dependencia en el que la persona necesita ayuda dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de una persona que la cuide, o bien necesita ayuda extensa para su autonomía personal. Se corresponde con una valoración de entre 50 y 74 puntos en el BVD.

Gran dependencia: estado de dependencia en el que la persona necesita ayuda varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, requiere la presencia indispensable y continua de otra persona, o necesita ayuda generalizada para su autonomía personal. Se corresponde con una valoración no inferior a 75 puntos en el BVD.

Mutualista: 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.

Periodo de espera: periodo de tiempo, a contar desde la fecha de ocurrencia de un siniestro, a partir del que se valorará si el asegurado está en una de las situaciones contempladas como objeto de la prestación.

Prestación: suma contratada con Mutual Médica como indemnización, en forma de renta mensual o de pago único.

Título de mutualista/asegurado: es el documento que acredita la condición de asegurado; en él figuran los seguros contratados y las 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 cual corresponden las obligaciones que se deriven del mismo, salvo las que por su naturaleza deban ser asumidas por el asegurado.

ARTÍCULO 1

Objeto de la prestación

El seguro de dependencia de Mutual Médica tiene por objeto satisfacer una renta que el asegurado (o, en su caso, tutor o representante legal) percibirá mientras se encuentre en alguna de las siguientes situaciones de dependencia:

- Gran dependencia.
- Dependencia severa.
- Dependencia moderada.

La cantidad a percibir oscilará en función de la prestación contratada y del grado de dependencia en el que se encuentre el asegurado, en los términos detallados en el Artículo 2 siguiente.

Adicionalmente, el seguro garantiza que cuando el asegurado se encuentre en alguna de las situaciones de dependencia descritas, podrá beneficiarse de servicios complementarios en los términos que se detallan en el Anexo de este Reglamento. Opcionalmente, a petición del asegurado se podrá contratar un capital único adicional, a percibir al producirse la situación de dependencia. Este capital será, como máximo, de 50.000 euros

ARTÍCULO 2

Prestaciones

En caso de producirse una situación de dependencia, el asegurado percibirá las indemnizaciones que le correspondan (en forma de rentas mensuales, servicios asistenciales y/o capital único) a partir de la completa acreditación ante Mutual Médica de la situación de dependencia y una vez transcurrido un periodo de espera de noventa días.

Las prestaciones a percibir se fijarán en función del grado de dependencia que se haya diagnosticado, en los términos siguientes:

- Gran dependencia:
 - Una renta mensual igual al 100% de la renta contratada.
 - Los servicios asistenciales detallados en el Anexo.

1. En caso de haber contratado la garantía adicional de percibir un capital, el 100% de este capital.

b) Dependencia severa:

1. Una renta mensual por un importe del 66% de la renta contratada.
2. Los servicios asistenciales detallados en el Anexo.

En caso de haber contratado la garantía adicional de percibir un capital, el 66% de este capital.

c) Dependencia moderada:

1. Una renta mensual por un importe del 33% de la renta contratada.
2. Los servicios asistenciales detallados en el Anexo.

En caso de haber contratado la garantía adicional de percibir un capital, el 33% de este capital.

ARTÍCULO 3

Duración

La cobertura de esta prestación estará en vigor siempre que se satisfagan las cuotas correspondientes, por lo que su duración será indefinida. No obstante, el asegurado podrá darse de baja voluntariamente cuando lo estime oportuno, con la única obligación de comunicárselo a Mutual Médica con un mes de antelación a la fecha del vencimiento anual.

ARTÍCULO 4

Exclusiones

Quedarán excluidos de la cobertura de este seguro:

- a) Enfermedades, accidentes, lesiones o cualquier otra alteración de la salud preexistentes a la fecha de efecto de la suscripción y que no hubieran sido declarados en el reconocimiento médico o en la declaración de salud requerida en la solicitud.
- b) Siniestros causados voluntariamente por el asegurado, incluyendo los derivados del consumo de alcohol y drogas.
- c) Los casos en los que la percepción de la prestación lleve implícito engaño o fraude.
- d) Consecuencias de un acto de imprudencia temeraria o negligencia grave del asegurado, declarada así judicialmente, así como las derivadas de la participación de éste en actos delictivos, duelo o pelea, siempre que no se hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

e) Los casos en los que el asegurado deje de someterse a las disposiciones, prácticas y exploraciones que tengan por objeto dilucidar lo que corresponda a su estado de salud y grado de dependencia.

f) 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, independientemente del lugar en el que acaezcan los hechos, excepto en caso de ejercicio profesional de la medicina.

g) Las consecuencias directas o indirectas de reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva, excepto cuando sean consecuencia de tratamientos médicos específicos, o se adquieran por causa del ejercicio profesional de la medicina.

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

i) Las consecuencias producidas por demostraciones acrobáticas y competiciones que requieran la utilización de vehículos amotor.

j) Cualquier consecuencia derivada de la práctica de vuelos en aparatos que no posean un certificado de navegación o no estén homologados, o cuando el piloto no posea el correspondiente título o permiso expedido por la autoridad competente.

k) Consecuencias directas de la práctica de deportes calificados de riesgo, tales como escalada, barranquismo, puenting, rafting, vuelos en ala delta, ultraligeros y parapente y actividades subacuáticas con medios artificiales de respiración, como por ejemplo botellas, escafandra, etc.

l) Las situaciones de dependencia que no sean medibles mediante el BVD o por otros métodos de valoración utilizados por Mutual Médica.

Carencias

Para poder recibir la prestación en los términos establecidos, deberá haber transcurrido un periodo mínimo de 12 meses entre la fecha de inscripción o ampliación de coberturas y la fecha de ocurrencia del siniestro.

Si la situación de dependencia se produce durante dicho periodo de carencia, el contrato se resolverá automáticamente y Mutual Médica procederá a devolver el

100% de las cuotas abonadas para este seguro.

No se aplicará periodo de carencia cuando el estado de dependencia se produzca como consecuencia de un accidente.

ARTÍCULO 5

Requisitos de inscripción y contratación.

A este seguro pueden inscribirse los médicos y, a los únicos efectos de tener derecho a sus prestaciones, el mutualista podrá inscribir a familiares de primer grado.

Para la aceptación del seguro por parte de Mutual Médica, el asegurado deberá cumplimentar el cuestionario de salud y someterse a los reconocimientos médicos requeridos por Mutual Médica, así como aportar la documentación clínica que se le solicite.

La edad máxima de contratación o ampliación será de 70 años.

En caso de indicación inexacta de la edad o del sexo del asegurado, Mutual Médica únicamente podrá dejar sin efecto esta cobertura en caso de que la edad real del asegurado, en la fecha de contratación, excediera del límite de contratación o ampliación establecido en el párrafo anterior. En cualquier otro caso, se ajustará adecuadamente la cuota a abonar, para mantener el mismo nivel de cobertura.

ARTÍCULO 6

Pago de cuotas

Se establecen dos modalidades de pago:

a) Pago único

b) Pago periódico. En este caso, las cuotas se deberán abonar anualmente (en la fecha de efecto y las sucesivas renovaciones) y por adelantado; no obstante, se podrá fraccionar el pago de la cuota anual por meses, trimestres o semestres, siempre con pago por adelantado dentro de cada periodo; en estos casos, Mutual Médica fijará los correspondientes recargos financieros.

Si la primera cuota no se ha satisfecho por causa imputable al asegurado, Mutual Médica tiene derecho a resolver la prestación en cualquier momento y quedar así liberada de sus obligaciones.

En caso de falta de pago de la segunda cuota o sucesivas, las coberturas garantizadas quedarán en suspenso un mes después del día de su vencimiento. Si

Mutual Médica no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

Exoneración de cuotas

A partir del momento en el que se inicia el cobro de la renta, y mientras persista la situación de dependencia, el asegurado quedará exonerado del pago de la cuota correspondiente a este seguro.

Si el asegurado deja de estar en situación de dependencia, se distinguirán dos casos:

- a) En caso de pago único, el asegurado volverá a disfrutar de la cobertura que contrató inicialmente, sin tener que realizar ningún pago adicional.
- b) En caso de pago periódico, el tomador volverá a abonar la cuota periódica que venía abonando, más la cuota correspondiente al incremento de la cobertura de la que se haya beneficiado, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 8.

ARTÍCULO 7

Requisitos para tener derecho a las prestaciones

Para poder percibir la prestación, el asegurado deberá:

- a) Estar al corriente de pago de las cuotas.
- b) Solicitar la prestación por escrito, dirigiéndose a Mutual Médica.
- c) Presentar la certificación expedida por el médico que haya atendido al asegurado, donde se especifiquen las causas, las circunstancias y el grado de la situación de dependencia del asegurado, de conformidad con la legislación vigente de dependencia.
- d) Presentar cualquier otra documentación complementaria que razonadamente determine el órgano evaluador.
Esta documentación se dirigirá a Mutual Médica, directamente o a través de un representante autorizado.

El asegurado se someterá a los reconocimientos médicos y pruebas de diagnóstico que determine Mutual Médica para poder evaluar el estado de dependencia del asegurado.

Cuando Mutual Médica haya evaluado la documentación presentada, procederá a la concesión de la prestación en un plazo máximo de 30 días o bien comunicará a los interesados la denegación de la solicitud de la prestación. En cualquier caso, el derecho a la percepción se cuenta desde la fecha del

siniestro y Mutual Médica hará efectivos los pagos desde esa fecha. Las posibles denegaciones de prestación podrán recurrirse, según lo dispuesto en los Estatutos Sociales y en el Artículo 9 del presente reglamento

ARTÍCULO 8

Abono de las prestaciones

La duración de esta prestación económica tendrá carácter indefinido, siempre que persista la situación de dependencia.

En caso de que el grado de dependencia cambie, la prestación económica se adaptará al nuevo nivel declarado, según las normas del Artículo 2 de este reglamento.

La renta mensual que se abonará en caso de dependencia aumentará anualmente un 3% a partir del momento en el que se declare la situación de dependencia.

En caso de haber contratado el cobro de un capital adicional, si el nivel de dependencia de la persona dependiente aumenta, esta cobrará la diferencia entre lo que ya ha percibido y lo que debería haber percibido bajo su nueva situación.

La prestación se podrá extinguir por las siguientes causas:

- a) No cumplir los requisitos establecidos en el presente seguro.
- b) Dejar de tener estado de dependencia.
- c) Impedimentos o negativa del asegurado o, en su caso, del órgano tutelar o representante legal, a ser reconocido médicamente o a facilitar cualquier información que solicite Mutual Médica con relación al siniestro.
- d) Negativa a someterse a los tratamientos médicos o quirúrgicos prescritos médicamente.
- e) Fallecimiento del asegurado.

ARTÍCULO 9

Reclamaciones

En caso de resolución denegatoria, si el interesado no está conforme, deberá dirigir un escrito de reclamación al Servicio de Atención al Cliente de Mutual Médica, conforme se establece en el Reglamento de funcionamiento de dicho Servicio.

ARTÍCULO 10

Baja

Todo inscrito en este seguro será dado de baja:

- a) Por impago de las cuotas, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro.
- b) Por voluntad del tomador o del asegurado.
- c) Por acuerdo del Consejo de Administración de Mutual Médica, en aplicación del Artículo 10 de los Estatutos de Mutual Médica

ARTÍCULO 11

Cuotas.

Tanto las cuotas a satisfacer para percibir una renta mensual como las correspondientes a la garantía de capital, se calcularán en función de la edad y del sexo del asegurado, y serán las que aparecen en el título que se facilita al mutualista en el momento de la contratación, en función de la cobertura solicitada. Las cuotas pueden ser periódicas o consistir en un único pago.

ANEXO SERVICIOS PARA LA DEPENDENCIA

En este anexo se describen más detalladamente algunas de las características de los servicios complementarios de ayuda a la dependencia que ofrece este seguro.

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.