

ANEXO AL TÍTULO DE MUTUALISTA

REGLAMENTO DEL SEGURO DE INVALIDEZ

Última modificación 01/01/2023

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 concierne el seguro, titular del derecho a percibir la prestación garantizada por este seguro y que asume las obligaciones que se deriven, directamente o en defecto del tomador.

Carencia: es el período de tiempo que ha de 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 Invalidez de Mutual Médica tiene por objeto satisfacer una renta mensual al asegurado, **cumplidos**

los 30 días consecutivos de baja, 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 riesgos 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 hasta un máximo de 82 días.

Para cualquiera de los supuestos previstos en este artículo, 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, 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 mensual que haya contratado el asegurado.

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

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.

No obstante, independientemente de la renta mensual contratada por incapacidad física o psíquica, 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 60 días por anualidad (un mismo proceso cuya incapacidad se prolongue durante dos anualidades diferentes consecutivas, también dará lugar a una prestación máxima de 60 días). En cualquier caso, se permiten un máximo de tres periodos de 60 días de baja en diferentes anualidades durante toda la vida del mutualista. En estos casos, cuando dichas patologías deriven de 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, 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 máximo, hasta el último día de vigencia del contrato, 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 el 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 sea de aplicación la disposición transitoria II, en cuyo caso la cobertura finalizará el mes en que el mutualista cumpla 65 años.

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 constituyan 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, o actos de terrorismo, sea cual sea el lugar donde ocurran los hechos, excepto en caso del ejercicio profesional de la medicina.

e) Las consecuencias directas o indirectas de reacción o radiación nuclear o contaminación radiactiva, excepto cuando sean consecuencia de tratamientos médicos específicos, o se adquieran debido al ejercicio profesional de la medicina.

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

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

h) Cualquier consecuencia derivada de la práctica de vuelos en aparatos que no posean un certificado de navegación o que no estén homologados o cuando el piloto no posea el correspondiente título o permiso expedido por la 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 haya incidido de forma 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.

k) Las cuarentenas en situación de pandemia, puesto que mediante el Seguro de 30 Primeros Días los mutualistas tienen garantizada una renta de hasta 15 días por cuarentena.

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 permisos 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, someterlo 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), rechazándolas o excluyendo 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.

La prestación se iniciará una vez cumplidos 30 días consecutivos de baja, y siempre que Mutual Médica haya recibido la documentación que justifique la prestación.

Para tener derecho a dicha prestación es condición necesaria que la baja sea ratificada. Por el solo hecho de no ratificarla, se considerará sin efecto, procediendo al cierre del expediente.

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 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 el caso de las nosológicas en las que no exista medio diagnóstico que permita resultados objetivos o patognómicos, 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) La condición de baja o descanso con derecho a prestación se justificará como mínimo mensualmente, si bien, el Consejo de Administración podrá eximir de este requisito por periodos no superiores a un año.

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

Será dado de alta por Mutual Médica el asegurado que, en situación de baja por 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:

a) Por impago de las cuotas, según la Ley de Contrato del Seguro.

b) Por voluntad del tomador o del asegurado.

c) 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 se calculará en función de la edad de cada asegurado, y será la que se indique en el anexo del seguro (el anexo recoge las cláusulas específicas del seguro).

Se hace constar expresamente que incluso en caso de baja, sea cual sea la duración de la misma, el seguro seguirá en vigor y seguirá existiendo la obligación del pago de primas. Incluso en caso de declaración de una incapacidad permanente absoluta (IPA), se mantiene la obligación de pago de las primas si bien de acuerdo con lo que establece el Reglamento de Prestaciones Sociales de Mutual Médica, en este caso las primas son abonadas por parte de la propia entidad a partir de la anualidad siguiente a la declaración de la IPA.

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.

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.