

ANEXO AL TÍTULO DE MUTUALISTA

REGLAMENTO DEL SEGURO DE VIDA AHORRO MEL

Última modificación 10/05/2023

DEFINICIONES

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: persona física sobre la que se concierta el seguro y que asume las obligaciones que para ella se deriven del mismo, directamente o en defecto del tomador.

Beneficiario: persona física o jurídica titular del derecho a la indemnización en el momento en que se produzca el riesgo objeto de la cobertura.

Mutualista: persona física asociada a Mutual Médica. Ostenta los derechos y deberes de carácter político y del seguro. Coincide con la figura del tomador del seguro y puede coincidir con la condición de asegurado o beneficiario.

Tomador: persona física o jurídica que suscribe el contrato y a la que corresponden las obligaciones que se deriven del mismo, salvo aquellas que, por su naturaleza, deba asumir el asegurado; dado que este seguro de vida tiene la función de sustituir la cobertura obligatoria del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), únicamente podrá contratarlo como tomador una persona física.

Prima o cuota: en el precio del seguro. Adicionalmente, en el recibo figurarán los recargos e impuestos que sean de aplicación legal.

Suma asegurada / Capital garantizado: cuantía fijada en el contrato de seguro que Mutual Médica deberá pagar, en forma de capital o de renta, cuando fallezca el asegurado.

Título de mutualista: documento que acredita la condición de mutualista, en el que figuran los diferentes seguros que éste tenga contratados, junto con un anexo para cada uno de los seguros contratados. El anexo es el documento en el que se detallan las especificidades (condiciones particulares) de cada seguro que se refieren al asegurado y que no quedan detalladas en el correspondiente Reglamento.

ARTÍCULO 1

Objeto del seguro

Este seguro garantiza el pago de un capital (suma asegurada o capital garantizado) en caso de fallecimiento de la persona asegurada.

Toda vez que este seguro de vida tiene la función de sustituir la cobertura obligatoria del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), la cobertura mínima a contratar para tener la alternativa al RETA será la que se determine en cada momento por parte del Consejo de Administración de la entidad, en aplicación de la normativa que regula los mínimos necesarios para el mantenimiento del sistema alternativo al RETA.

ARTÍCULO 2

Exclusiones

Quedan excluidos de cualquier cobertura los siguientes casos:

a) Los siniestros causados por actividades deportivas federadas que comportan riesgo frecuente y que no hayan sido declaradas por el asegurado al contratar o ampliar la cobertura.

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

c) Otros casos:

- Los que tengan lugar durante la navegación submarina o en viajes de exploración.
- Aviación (quedan excluidas las consecuencias de los accidentes sufridos en el curso de viajes aéreos salvo en el caso de que el asegurado viaje en aeronave civil comercial y ocupe una plaza como pasajero).
- Los siniestros ocurridos como consecuencia de efectuar descensos en paracaídas, no necesarios por la

situación del aparato. Así como los vueltos en ala delta, ultraligeros, parapentes o similares.

d) Riesgos de guerra y otros extraordinarios.

ARTÍCULO 3

Duración del seguro

Salvo pacto en contrario, el seguro entrará en vigor en la fecha que se indique en el título del seguro, siempre que el contrato haya sido firmado por las partes, se haya entregado una copia a Mutual Médica y se haya satisfecho el primer recibo.

En caso de que se demore el cumplimiento de los requisitos señalados en el párrafo anterior, las obligaciones de Mutual Médica empezarán a partir de las 24 horas del día en que estas se cumplan.

La cobertura contratada tendrá carácter vitalicio y se mantendrá constante la cuota desde la entrada en vigor del seguro o la ampliación de la cobertura contratada hasta la defunción del asegurado, a excepción de lo que se prevé para los casos de reducción.

ARTÍCULO 4

Requisitos de inscripción

Podrán contratar este seguro los médicos hasta 70 años de edad. Previamente a la contratación, la futura persona asegurada deberá cumplimentar el cuestionario de salud y someterse a los reconocimientos médicos que Mutual Médica tenga establecidos. Sobre la base de esta información, Mutual Médica aceptará o desestimarà la contratación, o bien establecerá determinadas exclusiones en el pago de la prestación (en el caso de las exclusiones, siempre se requerirá el consentimiento escrito del mutualista). El tomador deberá comunicar fehacientemente a Mutual Médica los cambios de domicilio personal y de domiciliación del pago de los recibos.

ARTÍCULO 5

Indisputabilidad

En caso de que el futuro tomador o la futura persona asegurada actúen con falta de exactitud al suministrar la información previa a la contratación, Mutual Médica podrá impugnar la validez de la cobertura en el plazo de un mes, desde el momento en que tiene conocimiento del hecho; de este modo, los beneficiarios perderían el derecho a indemnización y les serían devueltas las cuotas efectivamente pagadas, restados los gastos de administración correspondientes.

Transcurridos 12 meses a partir de la fecha de entrada en vigor de la cobertura, el seguro de vida pasa a ser indisputable, de modo que las condiciones específicas del asegurado reflejadas en el título de socio no podrán ser impugnadas, salvo que el asegurado o tomador haya actuado de forma dolosa.

El error en la declaración de edad del asegurado no está incluido en este beneficio de indisputabilidad, de modo que Mutual Médica podrá anular la cobertura si la verdadera edad del asegurado en el momento de la entrada en vigor del seguro excede la edad máxima de contratación y no se comunica debidamente en ese momento. En este caso, las cuotas percibidas hasta el momento de la impugnación, descontados los gastos de administración, le serán devueltas al tomador.

Si la verdadera edad fuera superior a la declarada pero no superara la edad máxima de contratación, la prestación se ajustará automáticamente a la que se corresponde con la cuota que se está abonando. Si la verdadera edad fuera inferior a la declarada, Mutual Médica devolverá el exceso de cuota cobrada sin intereses.

ARTÍCULO 6

Cuotas

Las cuotas correspondientes a este seguro se fijan de acuerdo con las técnicas actuariales de capitalización y deberán abonarse con carácter vitalicio. Las cuotas se han establecido sobre la base anual y deben pagarse por adelantado en la fecha de efecto y sucesivas anualidades. No obstante, pese a establecerse una base de pago anual, las cuotas podrán fijarse y pagarse por meses u otros periodos inferiores al año, siempre por adelantado dentro de cada periodo. A estos efectos, Mutual Médica podrá fijar los correspondientes recargos sobre la cuota fijada en base anual, con la correspondiente justificación actuarial.

A efectos de la determinación de la cuota a pagar, se computará como edad de la persona asegurada la que corresponda al cumpleaños más cercano, tanto por defecto como por exceso.

ARTÍCULO 7

Consecuencias del impago

El impago no comportará las consecuencias que prevé el artículo 15 de la Ley 50/1980, de contrato del seguro, ya que este seguro de vida tiene la función de sustituir la cobertura obligatoria del Régimen Especial de Trabajadores Autónomos. Por eso, en caso de impago, ya sea de la primera prima o sucesivas, Mutual Médica considerará que el seguro ha quedado con valor reducido, en los términos del artículo siguiente.

ARTÍCULO 8

Reducción del seguro

Desde el momento de la contratación y con el pago de la primera prima, anual o fraccionada, el tomador podrá solicitar de Mutual Médica que su prestación quede en un valor reducido.

La prestación reducida se obtiene aplicando el capital garantizado en el momento de la reducción (que se especifica en la tabla de valores garantizados en el anexo correspondiente de título de mutualista), como si se tratara de la cuota única a aportar para la constitución de un seguro con las mismas características técnicas. El tomador queda así liberado de la obligación de pago de las cuotas de posteriores vencimientos. En el título del seguro se especificará la tabla de valores de reducción del seguro.

Reducción automática en caso de impago

El capital garantizado quedará automáticamente como valor reducido, transcurrido el plazo de 60 días desde el momento en que el tomador deje de satisfacer la correspondiente cuota.

El tomador podrá solicitar a Mutual Médica que la cobertura entre en vigor de nuevo en un plazo de 5 años a contar a partir de la fecha en que se produjo el impago. Mutual Médica podrá requerir una nueva declaración de salud u otro tipo de evidencia sobre la situación del asociado o la persona inscrita y decidir sobre la admisión o no de la cobertura como si se tratase de un nuevo ingreso.

Una vez aceptada la rehabilitación, Mutual Médica pondrá de nuevo en vigor la cobertura una vez pagadas por el

tomador las cuotas atrasadas con los intereses de demora correspondientes.

ARTÍCULO 9

Beneficiarios

Serán beneficiarios los así designados en el momento de la contratación, en una posterior declaración escrita y fehaciente dirigida a Mutual Médica, o bien mediante una designación testamentaria. La designación de beneficiarios puede ser revocada en cualquier momento, por cualquiera de los medios establecidos por la ley, salvo que el mutualista hubiera renunciado expresamente y por escrito a dicha facultad. De no existir designación expresa, Mutual Médica reconocerá como beneficiarios a la persona o personas que tengan la condición de herederos legales del asegurado.

El fallecimiento del asegurado, causado dolosamente por un beneficiario, privará a este del derecho a la prestación establecida en su favor. No obstante, Mutual Médica no quedará exenta del pago de la prestación a cualquier otro beneficiario establecido de acuerdo con lo previsto en este artículo.

En caso de designación de más de un beneficiario, la indemnización se distribuirá entre todos ellos a partes iguales, salvo que el asegurado hubiera establecido otro criterio de distribución.

ARTÍCULO 10

Participación en beneficios

La prestación se aumentará de acuerdo con las condiciones del presente artículo, en los resultados financieros excedentes que se produzcan por la inversión de las provisiones matemáticas.

Se entenderá por rendimientos financieros excedentes la diferencia positiva entre la rentabilidad financiera neta efectivamente obtenida por la inversión de las provisiones matemáticas y el interés técnico utilizado en las bases técnicas de la prestación.

La participación se concederá en forma de aumento de las sumas garantizadas, según el procedimiento que se detalla a continuación:

Al cierre de cada ejercicio se determinarán los rendimientos financieros excedentes obtenidos por Mutual Médica en la inversión de las provisiones matemáticas.

A cada asegurado con derecho de participación se le asignará una parte proporcional del total de los rendimientos

financieros excedentes, de forma proporcional a las provisiones matemáticas mantenidas en Mutual Médica durante todo el ejercicio cerrado. A estos efectos, se ponderarán adecuadamente las provisiones iniciales y las sucesivas cuotas pagadas durante el ejercicio.

La participación asignada se aplicará al aumento de la provisión matemática correspondiente al asegurado con efecto desde el mismo momento del cierre. Este incremento de provisión matemática significará un aumento de las sumas garantizadas. El importe exacto del aumento se calculará como si en el momento del cálculo se aportase una cuota única.

Una vez calculadas las participaciones asignadas y los incrementos de prestación producidos, se comunicarán al mutualista en un anexo al título de socio, donde se especificarán los nuevos capitales, así como los nuevos valores de reducción que correspondan.

En caso de que hubiera fallecido el asegurado antes de dicha comunicación, Mutual Médica procederá a liquidar las diferencias entre los importes ya pagados y los que correspondan según la nueva asignación de resultados.

ARTÍCULO 11

Requisitos para tener derecho a las prestaciones

En el momento en que se produzca el hecho causante de la prestación, Mutual Médica hará efectivo el pago una vez aportada la documentación exigida y cumplidos los siguientes requisitos:

1. Estar al corriente en el pago de cuotas. Este requisito se entiende por cumplido en los casos de prestaciones con capital reducido.

2. Solicitar a Mutual Médica la apertura de un expediente de indemnización, en un plazo máximo de ocho días desde la fecha del hecho causante.

3. Aportar al expediente la siguiente documentación:

- Certificado de defunción.
- Certificación emitida por el médico que haya atendido al asegurado en su última enfermedad, en la que se determine el historial médico y la causa del fallecimiento.
- Si no hay designación expresa de beneficiarios, copia del último testamento y en caso de no existir, aportar certificado del Registro de Actas

de Últimas Voluntades o acta judicial o notarial de declaración de herederos, en su caso.

•Carta de pago del impuesto sobre sucesiones o declaración de exención. Y en cualquier caso, la documentación que, razonadamente, Mutual Médica crea necesario solicitar para el reconocimiento del derecho.

4. Pago de las sumas contratadas.

Una vez completa la documentación, demostrada la identidad personal del beneficiario o beneficiarios y comprobado el cumplimiento de los requisitos exigidos para tener derecho a la prestación, Mutual Médica procederá, en un plazo de 40 días desde la notificación del hecho causante, al pago de la correspondiente indemnización, o bien comunicará la denegación de la solicitud.

Para proceder al pago de la prestación de este seguro, Mutual Médica deberá disponer de un número de cuenta corriente en una entidad financiera española. En caso de que el pago tenga que realizarse en el extranjero, la prestación se abonará siempre en la moneda vigente en el ámbito de actuación de la entidad, y correrán a cargo del beneficiario los eventuales gastos bancarios.

La acción para reclamar la prestación de este seguro prescribirá sin ninguna excepción a favor del fondo de Mutual Médica a los cinco años de la fecha de defunción del asegurado.

El seguro se podrá rescatar si el mutualista se ha jubilado y no nos utiliza como sistema alternativo al RETA. El importe del rescate será igual al valor de la provisión matemática en el momento de la petición del rescate.

ARTÍCULO 12

Suicidio del asegurado

Durante el primer año de vigencia de la cobertura, la defunción provocada por suicidio del asegurado dará lugar a una indemnización por defunción igual al 80% de la provisión matemática que correspondiese en el momento en que se produjese el fallecimiento. En este caso, no corresponderá ninguna otra indemnización.

A efectos del presente artículo, se entenderá por suicidio la muerte causada

de forma consciente y voluntaria por el propio asegurado o persona inscrita.

ARTÍCULO 13

Denegación de las prestaciones

De acuerdo con lo establecido en el artículo 11, Mutual Médica podrá denegar el abono de las prestaciones si estima que existen causas objetivas para ello, y se lo comunicará adecuadamente al (a los) beneficiario(s).

Si el interesado no está conforme con la decisión denegatoria, deberá dirigir un escrito de reclamación al Servicio de Atención al Cliente de Mutual Médica, de conformidad con lo establecido en el Reglamento de funcionamiento de dicho servicio.

ARTÍCULO 14

Bajas

Todas las personas inscritas en este seguro podrán darse de baja, ya sea por voluntad del propio asegurado, como por deseo del tomador, comunicándolo debidamente a Mutual Médica.

Excepcionalmente, y siempre con el acuerdo previo razonado del Consejo de Administración de Mutual Médica, un mutualista se podrá dar de baja del seguro, conforme al artículo 10 de los Estatutos de la Entidad.

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.

