

REGLAMENTO DEL SEGURO DE DEPENDENCIA

Sometido a aprobación de la Asamblea General de Mutualistas de 2026

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 entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Anexo del seguro: documento facilitado por Mutual Médica en el que se detallan las especificidades (condiciones particulares) de cada seguro que se refieren al Tomador y al Asegurado y que no figuran en el presente Reglamento.

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.

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

Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Beneficiario del seguro: persona que tiene el derecho a cobrar la Prestación garantizada en este seguro.

BVD (Baremo de Valoración de Dependencia): fórmula de evaluación 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 y el de la intensidad de la atención personal que requiere.

Carencia: periodo de tiempo, posterior a la suscripción de un contrato de seguro, durante el cual la totalidad o parte de las coberturas no surten efecto.

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 denominadas "actividades básicas de la vida diaria" (ABVD) o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Deportes de riesgo: aquellos que comporten un elevado riesgo de sufrir un daño físico, superior a la práctica ordinaria de actividades deportivas o recreativas comunes. A Título enunciativo y no limitativo: esquí y snowboard fuera de pista, deportes de combate, deportes y exhibiciones de motor, deportes aéreos, submarinismo, caza, y cualquier otra actividad que implique un riesgo físico análogo.

Edad: a efectos de este seguro se computará como edad del Asegurado la que corresponda al cumpleaños más cercano.

Exclusión: aquellos supuestos que en aplicación del presente Reglamento no estarán cubiertos por el seguro.

Incapacidad Profesional Permanente: situación física o psíquica irreversible que determina la falta de aptitud total y permanente del Asegurado para el ejercicio de su especialidad o actividad médica habitual, provocada por un accidente o una enfermedad originados independientemente de la voluntad del Asegurado (equivale a lo que la normativa de Seguridad Social denomina "Incapacidad Permanente Total").

Invalidez Absoluta y Permanente: aquella situación física o psíquica irreversible del Asegurado, consecuencia de un accidente o de una enfermedad que le haya producido una incapacidad total y permanente para realizar cualquier servicio retribuido por cuenta ajena o actividad profesional autónoma (se conoce también por el acrónimo que se usa en Seguridad Social, IPA).

Mutualista: persona que, reuniendo los requisitos de los Estatutos de la entidad, ostenta los derechos y deberes de carácter político y del seguro. Coincide con la figura de Tomador del seguro.

Periodo de espera: plazo a contar desde la fecha de ocurrencia de un siniestro, en el que Mutual Médica valorará si el Asegurado está legitimado para recibir la Prestación.

Preexistencia: enfermedad, lesión, síntoma o estado de salud que el Asegurado sufría, conocía o podía razonablemente conocer en el momento de la contratación o la ampliación, independientemente de que haya estado diagnosticada o tratada, la cual deberá ser objeto de declaración por parte del Asegurado para permitir que Mutual Médica valore correctamente el riesgo en el momento de la contratación para aplicar, si procede, las correspondientes exclusiones.

Prestación: importe que pagará Mutual Médica al beneficiario(s) cuando se dé alguna de las situaciones cubiertas bajo las condiciones del presente Reglamento.

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

RETA (Régimen Especial de Trabajadores Autónomos): es el sistema público de cobertura para trabajadores por cuenta propia o autónomos, del cual, en determinadas situaciones y cumpliendo determinados requisitos, Mutual Médica puede ser alternativa.

Título de Mutualista: documento que acredita la condición de Mutualista, en el que figuran los distintos seguros que éste tenga contratados, junto con un Anexo para cada uno de los seguros contratados.

Tomador: persona física o jurídica que suscribe el contrato y a quien corresponden las obligaciones que se deriven del mismo, salvo las que por su naturaleza deban ser asumidas por el Asegurado. Si este seguro tiene la función de sustituir la cobertura obligatoria del RETA, el Tomador del seguro y el Asegurado deben coincidir y deben tener necesariamente la condición de médico.

ARTÍCULO 1

Objeto del Seguro

El seguro de Dependencia de Mutual Médica tiene por objeto satisfacer una renta que el Asegurado percibirá mientras se encuentre en alguna de las situaciones cubiertas por el seguro tal y como se definen en el artículo siguiente. Adicionalmente, el seguro ofrece al Asegurado servicios complementarios en los términos que se detallan en el Anexo del Seguro.

ARTÍCULO 2

Coberturas

Se enumeran a continuación las situaciones en que pueda encontrarse el Asegurado y que, en los términos descritos en las definiciones de este reglamento, están cubiertas por el seguro:

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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.

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 13.

ARTÍCULO 3

Requisitos de contratación

Este seguro podrá ser suscrito por los médicos y cualquier persona que, de acuerdo con los Estatutos Sociales de Mutual Médica, reúna los requisitos para ser Mutualista. En cualquier caso, la Edad máxima de contratación y ampliación será de 70 años.

Previamente a la contratación del seguro, 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. **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.**

Si este seguro forma parte de la cobertura alternativa al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), el Tomador del seguro (obligado al pago de la Cuota o Prima) y el Asegurado deben coincidir y deben tener necesariamente la condición de médico.

ARTÍCULO 4

Consecuencias del error en las declaraciones del Tomador o del Asegurado

Es obligación del Tomador/Asegurado declarar con total veracidad y exactitud los datos de salud sobre los que se pregunte en el momento de la contratación. Mutual Médica podrá aplicar, con carácter posterior a la contratación, Exclusiones por las patologías que se considere deberían haber sido informadas y no lo han sido, en los términos que se detallan en el artículo 5.

Si el error ha constituido una declaración inexacta de la Edad, se modificará el contrato de seguro en los términos que hubieran correspondido de haber sido declarada correctamente en el momento de la contratación.

ARTÍCULO 5

Exclusiones

Quedan excluidos de cobertura:

- a) Los estados patológicos contraídos antes de la contratación del seguro, o anteriores a cualquier ampliación de la cobertura, cuando sean la causa de la Dependencia (Preexistencias).
- 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 y exploraciones que tengan por objeto dilucidar lo que corresponda al estado de salud y grado de Dependencia.

- d) Las consecuencias de guerra civil o internacional, invasión, hostilidades (haya o no declaración de guerra), rebeliones, revolución, insurrección, 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 sean consecuencia de tratamientos médicos específicos, o se adquieran por causa del ejercicio profesional de la medicina.
- f) Las consecuencias producidas por la práctica profesional de deportes.
- g) Las consecuencias de la práctica de Deportes de Riesgo, tal y como se detalla en el apartado de definiciones.
- h) Los procesos derivados de alcoholismo, consumo de drogas o psicofármacos.
- i) La situación de Dependencia contraída por voluntad propia del Asegurado, incluyendo intervenciones estéticas (salvo que deriven de una recomendación médica) o intentos de suicidio.
- j) Las situaciones de Dependencia que no sean medibles mediante el BVD o por otros métodos de valoración utilizados por Mutual Médica.
- k) Las 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, siempre que no se hubiera actuado en legítima defensa o en tentativa de salvamento de personas o bienes.

Las Exclusiones constarán expresamente y de forma clara en el Anexo del seguro que se entregue al Mutualista.

En el caso de que Mutual Médica detecte que hubo reserva o inexactitud en el cuestionario de salud cumplimentado por el Asegurado, aplicará las Exclusiones que proceda sobre la información omitida. Las anteriores Exclusiones serán informadas al Asegurado mediante la correspondiente comunicación escrita. En la comunicación se detallarán las Exclusiones aplicadas y se informará al Mutualista de la posibilidad de dar de baja el seguro si está en desacuerdo con la Exclusión post-contratación que se propone.

ARTÍCULO 6

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 7

Fecha de inicio del seguro

El seguro empieza a surtir efectos en la fecha que se indica en el correspondiente Anexo del seguro. Si no se paga la primera prima, Mutual Médica tendrá derecho a resolver el contrato, es decir, a dejarlo sin efecto.

ARTÍCULO 8

Duración del seguro

Este seguro es anual renovable, de forma que se renueva automáticamente excepto si el Mutualista se opone mediante comunicación fehaciente a Mutual Médica antes de un mes de la renovación. A estos efectos, se considera comunicación fehaciente la realizada en los términos establecidos en el artículo 18.

ARTÍCULO 9

Indisputabilidad

Tal y como establece el artículo 8, el seguro es anual renovable y solo el Tomador puede decidir no renovar, por lo que se considera que tiene carácter indisputable.

La indisputabilidad prevista en el apartado anterior no tendrá efecto en caso de que exista una actuación dolosa o culpa grave del Mutualista en las declaraciones que hayan servido de base para la contratación del seguro.

En caso de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, Mutual Médica únicamente podrá impugnar el contrato si la Edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede los límites de admisión establecidos por ésta.

ARTÍCULO 10

Baja del seguro

Todo Tomador 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. **Previa comunicación formal en el plazo de un mes antes de la fecha de vencimiento.**
- c) Excepcionalmente, por acuerdo previo razonado del Consejo de Administración de Mutual Médica, en aplicación de lo establecido en los Estatutos de Mutual Médica.

Si este seguro forma parte de la cobertura alternativa al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), la baja del seguro podría provocar la pérdida de dicha cobertura alternativa.

ARTÍCULO 11

Pago de Cuotas

La Cuota (o Prima) 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. La Cuota o Prima es anual, pero se puede fraccionar mensual, trimestral y semestralmente, y deberá abonarse con carácter vitalicio.

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, el Tomador volverá a abonar la Cuota correspondiente.

ARTÍCULO 12

Consecuencia del impago

El impago total o parcial de la Cuota provocará la suspensión de la cobertura transcurrido 1 mes del día de su vencimiento. Mutual Médica quedará liberada del pago de la Prestación derivada de un siniestro ocurrido o que perdure durante la suspensión de la cobertura. Transcurridos 6 meses desde la suspensión de la cobertura se dará de baja el seguro.

Si este seguro forma parte de la cobertura alternativa al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), el impago podría provocar la pérdida de dicha cobertura alternativa.

ARTÍCULO 13

Prestación

La Prestación consistirá en la renta mensual que haya contratado el Tomador. Los servicios asistenciales a los que da derecho este seguro son los que se detallan en el correspondiente Anexo. Las prestaciones a percibir se fijarán en función del grado de Dependencia que se haya diagnosticado, en los términos siguientes:

- A) Gran dependencia:
 - A.1. Una renta mensual igual al 100% de la renta contratada (detallada en el Anexo del Seguro).
- B) Dependencia severa:
 - B.1. Una renta mensual por un importe del 66% de la renta contratada (detallada en el Anexo del Seguro).
- C) Dependencia moderada:
 - C.1. Una renta mensual por un importe del 33% de la renta contratada (detallada en el Anexo del Seguro).

La duración de la renta mensual tendrá carácter vitalicio, siempre que persista la situación de Dependencia, y aumentará anualmente un 3% a partir del momento en el que se declare la situación de Dependencia. En caso de que el grado de Dependencia cambie, la renta mensual se adaptará al nuevo nivel declarado, según las normas de este artículo.

ARTÍCULO 14

Requisitos para la Prestación

Para poder percibir la Prestación, el Asegurado deberá estar al corriente de pago de las Cuotas. Además, deberá (él mismo o bien mediante su representante legal u órgano tutelar):

- a) Solicitar la Prestación por escrito, dirigiéndose a Mutual Médica.
- b) Presentar la resolución del organismo competente donde se especifiquen las causas, las circunstancias y el grado de la situación de Dependencia del Asegurado, de conformidad con la legislación vigente.

- c) Presentar cualquier otra documentación complementaria que razonadamente determine Mutual Médica.

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 surge 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 22 del presente reglamento.

ARTÍCULO 15

Formas de cobro de la Prestación

La Prestación se devengará 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.

La Prestación se podrá extinguir por las siguientes causas:

- a) No cumplir los requisitos establecidos en el presente reglamento.
- 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 16

Denegación de la Prestación

La Prestación será denegada en las siguientes circunstancias:

- a) Por la existencia de dolo o culpa grave en la omisión de la información proporcionada en la contratación del seguro.
- b) Por la falta de información suficiente que acredite un hecho objeto de cobertura o cuando el Asegurado no aporte la información requerida por Mutual Médica.
- c) Por encontrarse el seguro suspendido en sus efectos por el impago de Cuotas.

ARTÍCULO 17

Beneficiarios

El Beneficiario del Seguro es el Asegurado.

ARTÍCULO 18

Comunicaciones

Sin perjuicio de los canales de comunicación habilitados en cada momento para la gestión del día a día de los Mutualistas (contacto telefónico, acceso al "Área Mutualista" o uso de otras aplicaciones para contratación on-line o gestión telemática de prestaciones), los Mutualistas podrán dirigirse a Mutual Médica mediante correo electrónico a través de cualquiera de las direcciones que, en cada momento, se indiquen en la página web corporativa.

Asimismo, las comunicaciones remitidas por Mutual Médica se considerarán válidas siempre que se realicen a la dirección de correo electrónico facilitada por el Mutualista, así como mediante comunicación postal al domicilio que haya sido proporcionado. A estos efectos el Tomador/Asegurado tiene la obligación de informar a Mutual Médica de cualquier cambio de domicilio o datos de contacto. Igualmente, **tendrá la obligación de mantener actualizado su documento identificativo**, así como los datos bancarios para domiciliación de recibos y pago de prestaciones.

ARTÍCULO 19

Jurisdicción y normativa

El presente reglamento y el seguro que se formalice en virtud del mismo quedan sometidos a la jurisdicción española. La competencia para conocer de las acciones que eventualmente se deriven del contrato de seguro corresponderá al juez del domicilio del Tomador. Por este motivo, es imprescindible que se facilite en todo momento un domicilio en territorio español.

ARTÍCULO 20

Ámbito territorial

Para la contratación de este seguro el Asegurado ha de tener la residencia habitual en España. El seguro que se formaliza con el presente reglamento es un seguro de los denominados "de riesgo" (es decir, aquellos que cubren la incapacidad o el fallecimiento). Por lo tanto, la cobertura finalizará en el momento en que el Asegurado pierda la condición de residente habitual en España y dejarán de cobrarse las correspondientes Primas. Por este motivo, en el momento de formalizar la contratación de un seguro, el Mutualista se compromete a comunicar a Mutual Médica cualquier cambio de domicilio que implique la pérdida de la condición de residente habitual en España.

ARTÍCULO 21

Prescripción de acciones

Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en los plazos establecidos en la Ley de Contrato de Seguro.

ARTÍCULO 22

Reclamaciones

Con carácter general, los Mutualistas podrán dirigirse a Mutual Médica directamente vía correo electrónico o por teléfono, utilizando las direcciones o llamando a los números que se indica en la página web corporativa.

En caso de que el Mutualista no esté conforme con la resolución emitida, podrá trasladar su reclamación a la Comisión de Seguros y Prestaciones, órgano integrado por miembros del Consejo de Administración de Mutual Médica. Por último, los Mutualistas pueden dirigirse al Servicio de Atención al Cliente de Mutual Médica, de conformidad con lo establecido en el reglamento de funcionamiento de dicho servicio (disponible igualmente en la página web corporativa).

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.