

REGLAMENTO DEL SEGURO DE GUARDIAS - INCAPACIDAD TEMPORAL

Sometido a aprobación de la Asamblea General de Mutualistas de 2026

DEFINICIONES

Accidente: la acción directa de una causa externa, repentina y violenta, ajena a la voluntad del asegurado, que origine un perjuicio sobre la salud de este.

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

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

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

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.

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.

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.

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 Guardias-Incapacidad Temporal de Mutual Médica está dirigido a aquellos médicos que obtienen parte de sus ingresos mensuales mediante el ejercicio de guardias médicas y tiene por objeto satisfacer una renta diaria al médico asegurado que tiene una pérdida de ingresos derivada de alguna de las situaciones cubiertas por el seguro, en los términos del artículo siguiente.

ARTÍCULO 2

Coberturas

Se describen a continuación las situaciones cubiertas por el seguro, con el alcance definido por el presente reglamento:

a) La incapacidad física 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), con un máximo de 365 días.

- b) Las complicaciones de la gestación y riesgo durante el embarazo con un máximo de 30 días de cobertura por anualidad.
- c) La maternidad o paternidad, con un pago por 30 días de cobertura por anualidad.
- d) Los tratamientos de esterilidad o infertilidad, con un máximo de 8 días por anualidad.
- e) En una situación de pandemia este seguro cubre:
 - las bajas derivadas de cuarentena con un máximo de 15 días por anualidad.
 - las bajas derivadas por ser persona de riesgo por gestación, con un máximo de 30 días por anualidad.

Para cualquiera de los supuestos anteriores, **no tendrá derecho a percibir la prestación el asegurado que estando de baja, continúe ejerciendo su profesión, aunque sea a tiempo parcial.**

ARTÍCULO 3

Requisitos de contratación

A este seguro se pueden inscribir los médicos hasta los 55 años de edad. 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. Estas exclusiones constarán en el correspondiente Anexo del seguro.

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 consignados 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 incapacidad (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, prácticas y exploraciones que tengan por objeto dilucidar lo que corresponda al estado de salud.
- 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 adquirieran por causa del ejercicio profesional de la medicina.
- f) Los procesos psiquiátricos y psicológicos.
- g) Las consecuencias producidas por la práctica profesional de deportes.
- h) Las consecuencias de la práctica de Deportes de Riesgo, tal y como se detalla en el apartado de definiciones.
- i) Los procesos derivados de alcoholismo, consumo de drogas o psicofármacos.
- j) Todas aquellas entidades nosológicas en las que no exista medio diagnóstico que permita resultados objetivos o patognomónicos, excepto que produzcan una incapacitación permanente y absoluta para todo tipo de trabajo.
- k) La incapacidad laboral física contraída por voluntad propia del asegurado, incluyendo intervenciones estéticas (salvo que deriven de una recomendación médica) o intentos de suicidio.

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 como consecuencia de la gestación, maternidad o paternidad, tiene que haber transcurrido un periodo 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 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.

En el caso de tratamientos de esterilidad o infertilidad, 8 meses de carencia desde la fecha de contratación/ampliación a la fecha de inicio del tratamiento.

Para las enfermedades que requieran intervención quirúrgica (contándose a partir de los primeros síntomas), así como las bajas por hernia discal, lumbalgias, dorsalgias y cervicalgias aplicará una carencia de 6 meses.

Para el resto de enfermedades, la carencia será de 2 meses, mientras que para las incapacidades derivadas de accidente no existirá periodo de carencia.

ARTÍCULO 7

Fecha de inicio del seguro

El seguro empieza 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. El **mutualista podrá solicitar que no se renueve mediante comunicación fehaciente a Mutual Médica antes de un mes de la renovación. Por su parte, Mutual Médica deberá trasladar al asegurado su voluntad de no renovar el contrato o bien de renovarlo con exclusión de determinadas patologías, con una antelación mínima de dos meses mediante una comunicación igualmente fehaciente dirigida al asegurado.** A estos efectos, se considerará comunicación fehaciente la realizada en los términos establecidos en el artículo 17.

La cobertura finalizará al final de la anualidad en que el mutualista cumpla 60 años o cuando la incapacidad adquiera el carácter de permanente.

ARTÍCULO 9

Baja del seguro

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, en los términos del artículo 8.
- c) **Por voluntad de Mutual Médica al finalizar la anualidad del seguro, siempre que ello sea comunicado al tomador con la antelación necesaria (dos meses, como mínimo) y en la forma requerida.**

ARTÍCULO 10

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 mensualmente.

ARTÍCULO 11

Consecuencias del impago

El impago de la cuota o de una de las partes de la cuota provocará la suspensión de la cobertura transcurrido un mes desde su vencimiento. Mutual Médica quedará liberada del pago de la prestación fruto 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.

ARTÍCULO 12

Prestación

La prestación consistirá en la renta diaria que haya contratado el médico. En el Anexo del seguro se detallará claramente el importe contratado.

ARTÍCULO 13

Requisitos para la prestación

La prestación se iniciará una vez Mutual Médica haya recibido la documentación que justifique la prestación.

Para tener derecho a dicha prestación es condición necesaria que la baja sea ratificada en caso de una duración superior a 30 días. Por el solo hecho de no ratificarla, se considerará sin efecto, procediendo al cierre del expediente. La prestación se abonará hasta que la incapacidad adquiera al carácter de permanente y en todo caso, con un máximo de 365 días.

La solicitud de prestación deberá ir acompañada de la siguiente documentación (enunciativa y no limitativa):

- a) Parte de Incapacidad Laboral de la Seguridad Social o, en ausencia del anterior, informes médicos o documentación que lo justifique. En dicha documentación constará el diagnóstico, fecha inicial de la incapacidad temporal 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 certificado de nacimiento y el documento de permiso maternal/paternal o equivalente.

ARTÍCULO 14

Formas de cobro de la prestación

El pago de la prestación se efectuará mediante transferencia a la cuenta bancaria española designada por el asegurado, el cual deberá acreditar su titularidad.

Se procederá al pago de la prestación en el momento de acreditar el fin de la incapacidad laboral o, en caso de una duración superior a 30 días, en el momento en que se acredite dicha duración, mediante parte de ratificación o informe médico que lo justifique.

ARTÍCULO 15

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 aporta la información requerida por Mutual Médica.
- c) Por encontrarse el seguro en suspensión por el impago de cuotas.

ARTÍCULO 16

Beneficiarios

Para este seguro, el beneficiario de la prestación es la persona asegurada.

ARTÍCULO 17

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 18

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 19

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 20

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 21

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.