

REGLAMENTO DEL SEGURO DE INVALIDEZ

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.

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 Invalidez de Mutual Médica tiene por objeto satisfacer una renta mensual al Asegurado que, cumplidos 30 días consecutivos de incapacidad laboral, se encuentre en alguna de las situaciones cubiertas por el Seguro tal y como se definen en el artículo siguiente. La cobertura comenzará a partir del día 31 de la incapacidad.

ARTÍCULO 2

Coberturas

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

a) Incapacidad laboral física evidente para el ejercicio de la profesión médica, proveniente de enfermedad o accidente (excepto en los casos en que la indicada incapacidad laboral se produjese, agravase o se sostuviese por voluntad propia, imprudencia o negligencia del interesado).

b) Incapacidad laboral evidente para el ejercicio de la profesión médica derivada de trastornos / enfermedades mentales. En estos casos, la Prestación, por uno o varios procesos de incapacidad laboral, 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 incapacidad laboral, en diferentes anualidades del Seguro, durante toda la vida del Mutualista. Cuando dichas patologías deriven en 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.

c) Incapacidad laboral evidente para el ejercicio de la profesión médica derivada de entidades nosológicas en las que no exista medio diagnóstico que permita resultados objetivos o patognomónicos. En estos casos, la Prestación, por uno o varios procesos de incapacidad, se abonará por los periodos y en los mismos términos definidos en el punto (b) anterior para los trastornos/enfermedades mentales.

d) Complicaciones durante la gestación derivadas de la misma.

e) Cese del ejercicio de la actividad por riesgo 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, la Prestación máxima a percibir será de 1.000€ mensuales.

f) 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 y la Prestación máxima a percibir será de 1.000€ mensuales.

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 3

Requisitos de contratación

A este Seguro se pueden inscribir los médicos y, con carácter excepcional y siempre que sea expresamente aprobado por el Consejo de Administración, personas que, aún sin ser médicos, reúnan los requisitos para ser Mutualistas. En cualquier caso, la edad máxima de contratación y ampliación será 60 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 claramente indicadas 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 incapacidad laboral (Preexistencias).

b) Los casos en que la percepción de la Prestación lleve implícito engaño o culpa grave.

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 sea consecuencia de tratamientos médicos específicos, o se adquirieran por causa del ejercicio profesional de la medicina.

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

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 incapacidad laboral física contraída por voluntad propia del Asegurado, incluyendo intervenciones estéticas (salvo que deriven de una recomendación médica) o intentos de suicidio.

Si deben aplicarse exclusiones de algún estado patológico concreto, en los términos regulados en este artículo, estas constarán expresamente y de forma clara en el contrato de 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 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 los descansos 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 laborales 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, de forma que se renueva automáticamente **excepto que el Mutualista indique lo contrario 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.

La cobertura finalizará el mes en que el Mutualista cumpla 70 años de edad, salvo para aquellos Mutualistas a los que les que sea de aplicación la disposición transitoria, en cuyo caso la cobertura finalizará el mes en que el Mutualista cumpla 65 años.

ARTÍCULO 9

Indisputabilidad

Tal y como establece el artículo 8, el Seguro es anual renovable y sólo 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 (el Anexo recoge las cláusulas específicas del Seguro). La cuota o prima es anual, pero se puede fraccionar mensualmente.

Se hace constar expresamente que incluso en caso de incapacidad laboral, sea cual sea la duración de la misma, el Seguro seguirá en vigor y seguirá existiendo la obligación del pago de primas. Como excepción, en caso de declaración de una incapacidad permanente absoluta (IPA), el Tomador quedará liberado de su obligación del pago de primas a partir de la anualidad siguiente de la declaración de IPA.

ARTÍCULO 12

Consecuencia del impago

El impago de la cuota o de una de las partes 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 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.

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 Asegurado. En el Anexo del Seguro se detallará claramente el importe contratado (el Anexo recoge las cláusulas específicas del Seguro).

En todos los casos, el pago de la Prestación se iniciará una vez cumplidos 30 días consecutivos de incapacidad laboral y siempre que Mutual Médica haya recibido toda la documentación que acredite que el Asegurado se encuentra en una situación objeto de cobertura. Si la incapacidad se mantiene más allá del periodo inicialmente estimado, será necesario que el Asegurado la ratifique. Por el solo hecho de no ratificarla, se considerará sin efecto y se procederá al cierre del expediente y al fin de la Prestación. La Prestación se abonará como máximo hasta el último día de vigencia del contrato, hasta el día que el Asegurado fallezca o bien hasta el día en que el Asegurado sea dado de alta por el médico o por resolución de Mutual Médica al constatar que ya no persiste ninguna situación objeto de cobertura.

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.

ARTÍCULO 14

Requisitos para la Prestación

El Asegurado deberá acreditar a Mutual Médica, dentro de los 3 meses posteriores al inicio de su incapacidad (siempre y cuando sea posible), su situación de baja laboral objeto de cobertura, para lo cual deberá acompañar la solicitud de Prestación 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.
- c) En el 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 en el caso de las nosológicas en las que no exista medio diagnóstico que permita resultados objetivos o patognomónicos, será preciso aportar (además de la documentación de incapacidad laboral), un informe médico del especialista en el que conste el diagnóstico, etiología, fecha de debut, número de episodios y fechas, tratamiento, estado actual y pronóstico.

Para los procesos con duración superior a 30 días, el Asegurado deberá presentar el último día de cada mes la documentación que acredite que la incapacidad laboral se mantiene, si bien, la entidad podrá eximir de este requisito por periodos no superiores a un año en determinadas situaciones.

En cualquier caso, Mutual Médica podrá solicitar toda aquella documentación que considere oportuna para el seguimiento de la incapacidad.

Se extinguirá la Prestación por Mutual Médica cuando el Asegurado, en situación de incapacidad temporal o enfermedad, no permita el seguimiento, control y/o peritaje. Del mismo modo, se pondrá fin a la Prestación desde el momento en el que el Asegurado realice actividad profesional o laboral.

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.

ARTÍCULO 15

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 que se acredite una duración superior a 30 días de incapacidad laboral, mediante parte de ratificación o informe médico que lo justifique.

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

ARTÍCULO 17

Beneficiarios

Para este Seguro, el beneficiario de la Prestación es la persona asegurada.

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).

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Para los Asegurados que el 18 de junio de 2002 se encontraban en situación de incapacidad temporal, 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.