

REGLAMENTO DEL SEGURO DE ORFANDAD

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 Orfandad tiene por objeto satisfacer una renta mensual a cada hijo inscrito en caso de defunción del Mutualista o de que éste sufra una incapacidad permanente absoluta (IPA), en los términos definidos en este reglamento.

ARTÍCULO 2

Coberturas

Se describen a continuación las situaciones cubiertas por el seguro que, de producirse, garantizarán una renta mensual por cada hijo inscrito, en los términos y con el alcance definido por el presente reglamento:

- a) Muerte del Asegurado durante la vigencia del seguro, cualquiera que sea la causa del fallecimiento.
- b) Invalidez Permanente y Absoluta para todo tipo de trabajo remunerado (IPA) del Asegurado durante la vigencia del seguro, sea cual sea la causa de la invalidez.

ARTÍCULO 2 bis (exclusivo de Orfandad)

Inclusión automática de hijos póstumos en casos excepcionales

Si se cumplen todas las siguientes condiciones:

1. Que el Mutualista Asegurado sea menor de 55 años y tenga inscritos en el seguro a todos sus hijos menores de 24 años.
2. Que después de su fallecimiento o de que se le declare una invalidez absoluta y permanente (o hasta un mes antes de ese hecho) nazca uno o más hijos.
3. Que dichos hijos hubieran sido concebidos antes del fallecimiento o de la declaración de invalidez (no se incluirán hijos nacidos de embriones congelados implantados con posterioridad al fallecimiento o la declaración de invalidez).

Entonces, esos hijos se considerarán automáticamente inscritos en el seguro desde el primer día del mes siguiente a su nacimiento, sin que el Mutualista ni sus herederos tengan que pagar ninguna cuota adicional.

Además, estos hijos tendrán derecho a recibir una Prestación económica del mismo importe que la correspondiente al último hijo inscrito.

ARTÍCULO 3

Requisitos de contratación

A este seguro se pueden inscribir los médicos y, personas que, aún sin ser médicos, reúnan los requisitos para ser Mutualistas. En cualquier caso, la edad máxima de contratación y ampliación será 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.

En la solicitud se deberá identificar a los hijos a inscribir (nombre, apellidos, sexo y edad) y acompañar su certificado de nacimiento o Libro de Familia.

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, en los términos del artículo 5.

ARTÍCULO 4

Consecuencias del error en las declaraciones del Tomador

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 del 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 o del fallecimiento (Preexistencias).

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

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, en cuyo caso se informará al Asegurado de las referidas exclusiones 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 proponga.

ARTÍCULO 6

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 7

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 considerará comunicación fehaciente la realizada en los términos establecidos en el artículo 18.

El seguro se mantiene vigente mientras se paguen las correspondientes primas y el hijo beneficiario tenga menos de 24 años. La cobertura finalizará, en todo caso, cuando todos los hijos inscritos cumplan 24 años.

En el caso que el hijo huérfano antes de cumplir los 24 años tenga una discapacidad en un grado igual o superior a un 65 % (acreditada mediante resolución administrativa oficial del organismo competente de la comunidad autónoma), se le prolongará el pago de la Prestación hasta que el huérfano cumpla los 30 años.

ARTÍCULO 8

Baja del seguro.

Todo inscrito en este seguro será dado de baja:

- a) Por impago de las cuotas, según 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.

Asimismo, el seguro se dará de baja el mismo día en que todos los hijos inscritos cumplan 24 años (o a los 30 años del hijo huérfano si concurren los supuestos de discapacidad previstos).

ARTÍCULO 9

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.

En el supuesto de IPA del Asegurado, el Tomador quedará liberado de su obligación del pago de primas cuando los hijos inscritos empiecen a percibir la pensión por orfandad.

ARTÍCULO 10

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.

ARTÍCULO 11

Prestación.

La Prestación consistirá en la renta mensual contratada para cada hijo inscrito. En el Anexo se detallará claramente el importe contratado para cada hijo. El pago de la Prestación se iniciará cuando exista constancia fehaciente de la defunción o la Invalidez Permanente y Absoluta del Mutualista y se abonará desde el primer día del mes siguiente al hecho causante y finalizará el último día del mes en que el hijo beneficiario cause baja por haber cumplido 24 años.

En el caso que el hijo huérfano antes de cumplir los 24 años tenga una discapacidad en un grado igual o superior a un 65 % (acreditada mediante resolución administrativa oficial del organismo competente de la comunidad autónoma), se le prolongará el pago de la Prestación hasta que el huérfano cumpla los 30 años.

La Prestación del seguro también se extinguirá en caso de que el hijo beneficiario fallezca antes de llegar a la edad establecida en el contrato para la finalización de la Prestación.

ARTÍCULO 12

Requisitos para la Prestación.

En el momento en que se produzca el hecho causante de la Prestación, Mutual Médica hará efectivo el pago correspondiente, una vez haya verificado que se cumplen los siguientes requisitos:

- (1) que el seguro no tenga cuotas pendientes de pago;

(2) que se haya aportado a Mutual Médica la documentación solicitada. En cualquier caso, Mutual Médica podrá solicitar toda aquella documentación que considere oportuna para determinar la situación de incapacidad y la no concurrencia de exclusiones, así como el nombre, número de colegiado y firma del médico que la emite.

(3) en caso de existir tutores legales, éstos deberán justificar dicha condición.

Una vez completa la documentación, Mutual Médica procederá al pago de la Prestación correspondiente.

ARTÍCULO 13

Formas de cobro de la Prestación

El pago de la Prestación será en forma de renta y se efectuará mediante transferencia a la cuenta bancaria española designada por el beneficiario o, en caso de ser menor de edad, por quien ostente la patria potestad o su tutor legal. En cualquier de los dos casos será necesario acreditar su titularidad bancaria.

ARTÍCULO 14

Denegación de la Prestación

La Prestación será denegada en las siguientes circunstancias, además de los supuestos en que opere alguna de las exclusiones previstas en el artículo 5:

- 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 15

Beneficiarios

Para este seguro, el/los beneficiarios de la Prestación tanto en caso de incapacidad como en caso de fallecimiento del Asegurado son los hijos inscritos en el Seguro.

El fallecimiento del Asegurado, causado dolosamente por un beneficiario, privará a este del derecho a la Prestación establecida a su favor. No obstante, Mutual Médica no quedará exenta del pago de la Prestación a cualquier otro beneficiario de acuerdo con lo previsto en el presente artículo 11.

ARTÍCULO 16

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 17

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 18

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 19

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 20

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.