

Reglamento de la prestación

BAJA LABORAL

mayo 2019



Mutualidad de los Ingenieros MPS

Mutualidad de los Ingenieros MPS, inscrita en el Registro de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la clave P-3159
Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, en el folio 18, volumen 25.405, hoja núm. B-87907, inscripción 1.ª. NIF V08430191. www.mutua-enginyers.com
Reglamento aprobado por la Asamblea General celebrada el día 28 de mayo de 2019.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

ARTÍCULO PRELIMINAR	1
Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN.....	3
Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS.....	3
Artículo 3. ESPECIFICACIONES DE LA COBERTURA.....	3
Artículo 4. LÍMITES DE EDAD DE SUSCRIPCIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA.....	4
Artículo 5. DURACIÓN DE LA COBERTURA Y OPOSICIÓN A SU PRÓRROGA	4
Artículo 6. SUSCRIPCIÓN	5
Artículo 7. COMUNICACIONES	5
Artículo 8. INDISPUTABILIDAD	6
Artículo 9. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA.....	6
Artículo 10. PERIODO DE CARENCIA Y FRANQUICIA	7
Artículo 11. CUOTAS	7
Artículo 12. PAGO DE CUOTAS	7
Artículo 13. IMPAGO DE CUOTAS: INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA	8
Artículo 14. PERSONAS BENEFICIARIAS DE LA PRESTACIÓN.....	8
Artículo 15. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN	8
Artículo 16. SOLICITUD Y ACREDITACIÓN DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN.....	8
Artículo 17. COMPROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN	10
Artículo 18. SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN	10
Artículo 19. PAGO DE LA PRESTACIÓN	10
Artículo 20. EXTINCIÓN DE LA PRESTACIÓN.....	10
DISPOSICIONES ADICIONALES.....	12
ANEXO BAREMO DE PRÓTESIS	14
ANEXO DE CUOTAS.....	15
RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO.....	15



ARTÍCULO PRELIMINAR

1. NORMATIVA Y CONTROL

Este Reglamento contiene las condiciones de la prestación BAJA LABORAL de la Mutualidad de los Ingenieros MPS (en adelante, la Mutualidad), de aplicación directa a los y las mutualistas, a los suscriptores y suscriptoras y a las personas aseguradas y beneficiarias, las cuales deberán ser interpretadas y aplicadas de conformidad con los Estatutos sociales de la Mutualidad, la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y la normativa reglamentaria que la desarrolla; por las disposiciones adicionales decimoctava y decimonovena de la Ley General de la Seguridad Social, texto refundido aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre; y demás disposiciones legales y reglamentarias vigentes en cada momento, reguladoras de la actividad aseguradora de previsión social.

La autoridad de supervisión de la actividad de la Mutualidad es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Gobierno de España.

2. DEFINICIONES

- **LA MUTUA:** es la entidad aseguradora de previsión social que recibe las cuotas y asume la cobertura regulada en el presente reglamento.
- **PERSONA MUTUALISTA O SUSCRIPTORA:** es la persona física o jurídica que contrata la prestación con las condiciones, obligaciones y derechos que se establecen en este reglamento, en los Estatutos de la Mutualidad y en la normativa vigente de aplicación.
- **PERSONA ASEGURADA:** es la persona física expuesta al riesgo o al evento relacionado con la propia vida.
- **PERSONA BENEFICIARIA:** es la persona o personas que reciben la prestación correspondiente, de acuerdo con este reglamento. La persona beneficiaria de la prestación podrá ser la propia persona suscriptora, la persona asegurada o una tercera persona designada por la persona suscriptora o, en su defecto, por el reglamento y la normativa.
- **PRESTACIÓN:** cobertura de un determinado riesgo de previsión social o asegurador que, previa suscripción (contrato) por la persona mutualista, asume la Mutualidad mediante el pago de un importe en forma de capital o de renta a la persona beneficiaria cuando se produce la contingencia o riesgo cubierto, de acuerdo con las condiciones reglamentariamente establecidas.
- **HECHO CAUSANTE O SINIESTRO:** es la ocurrencia del hecho o riesgo objeto de la cobertura aseguradora que da derecho a percibir la correspondiente prestación de acuerdo con las condiciones y requisitos reglamentariamente establecidos.
- **REGLAMENTO:** instrumento jurídico creado por la Mutualidad de acuerdo con los Estatutos sociales de la entidad, por el que se establece y regula una determinada prestación o un grupo de prestaciones, definiendo sus condiciones básicas, y al que se adhiere la persona suscriptora de acuerdo con las condiciones particulares o específicas que consten en el título de suscripción. Corresponde a la asamblea de mutualistas la aprobación y modificación de los reglamentos de prestaciones. El reglamento de aplicación en el momento de causar derecho a la prestación será el vigente en dicho momento.



- **SUSCRIPCIÓN DE PRESTACIÓN (política):** corresponde a la Junta Rectora de la Mutualidad definir, aplicar y modificar en cada momento la política de previsión social y de suscripción de prestaciones, pudiendo agruparlas en paquetes o grupos para comercializarlas, e incluir nuevos servicios y prestaciones accesorias en los términos admitidos por la legislación vigente. Asimismo, corresponde a la Junta Rectora de la Mutualidad establecer el sistema de prestaciones alternativas al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos (RETA), de conformidad con la normativa de aplicación.
- **INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA:** la relación de protección (cobertura) nacerá en la fecha que conste en el título de suscripción de la prestación emitido por la Mutualidad. La cobertura se extingue bien por el cumplimiento de las condiciones reglamentariamente establecidas, bien por la renuncia o baja de la persona inscrita.
- **TÍTULO DE SUSCRIPCIÓN:** documento emitido por la Mutualidad que acredita a la persona suscriptora el alta en la cobertura o prestaciones correspondientes, con identificación de la persona mutualista, de las personas aseguradas y, en su caso, de las personas beneficiarias designadas; la fecha de efecto de la cobertura y su duración; las prestaciones o importes asegurados; las cuotas iniciales, recargos e impuestos, el vencimiento de la primera y de las sucesivas cuotas y su forma de pago; las exclusiones de la cobertura y demás circunstancias específicas de la cobertura. El título de suscripción se debe completar o interpretar de acuerdo con lo establecido en el correspondiente reglamento, del que forma parte.
- **CAUSA PREEXISTENTE:** hecho o circunstancia anterior a la entrada en vigor de la cobertura y que incide directamente en el siniestro o hecho causante de la prestación, ya sea esta causa una enfermedad o cualquier otra circunstancia, derivada o no de enfermedad. La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo realizada por la Mutualidad.
- **ENFERMEDAD:** cambio más o menos grave en la salud debido a una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, o por desórdenes emocionales/cognitivos, por causas generalmente conocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos cuya evolución es más o menos previsible.
- **ACCIDENTE:** causa o hecho violento, súbito, externo y ajeno a la voluntad de la persona asegurada.
- **BAJA LABORAL:** aquella situación de incapacidad temporal en la que la persona asegurada no pueda ejercer ni mantener ninguna actividad laboral, profesional o empresarial por causa de enfermedad, accidente o parte.
- **EDAD ACTUARIAL:** la edad en la fecha de aniversario más cercana, anterior o por llegar.
- **FRANQUICIA:** es la cantidad económica o el periodo de tiempo que en cada siniestro o cobertura correrá a cargo de la persona beneficiaria.
- **PERIODO DE CARENIA:** es el periodo de tiempo a partir de la fecha de suscripción de una prestación, o del incremento de la cantidad asegurada, durante el cual la persona beneficiaria no tiene derecho a la prestación.
- **PRÓTESIS:** extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo de la persona asegurada, prevista en el baremo anexo al presente reglamento.



Artículo 1. NATURALEZA DE LA PRESTACIÓN

Consistirá en el abono de un subsidio durante el periodo en el que la persona asegurada permanezca en la situación de incapacidad temporal, derivada de enfermedad, accidente o parto, que le impida el mantenimiento de toda actividad laboral, profesional o empresarial, con las especificaciones de la cobertura previstas en el artículo 3.

El reconocimiento de la situación de baja laboral por un organismo oficial de la Seguridad Social no determinará necesariamente la concesión de esta prestación. Corresponderá a la Mutualidad en todo caso la evaluación, calificación y seguimiento de la baja de acuerdo con este reglamento.

Artículo 2. IMPORTES MÁXIMOS Y MÍNIMOS Y ACTUALIZACIÓN DE COBERTURAS

La Mutualidad determinará los importes de la prestación mínimo y máximo que podrán suscribirse, y podrá ampliarlos o reducirlos.

Para mantener y preservar el poder adquisitivo de las prestaciones, la Mutualidad podrá actualizar anualmente todos o algunos de los importes asegurados o suscritos teniendo en consideración la evolución del índice de precios al consumo (IPC), o aquellos otros indicadores económicos que se estimen adecuados, con aplicación de las cuotas que correspondan a la actualización acordada, sin que en ningún caso tal actualización de importes requiera la aceptación expresa de la persona suscriptora o asegurada ni suponga un nuevo control de suscripción o modificación de las demás condiciones de la coberturas suscrita. La actualización no será procedente cuando haya tenido lugar la contingencia o el riesgo cubierto.

Artículo 3. ESPECIFICACIONES DE LA COBERTURA

La Mutualidad determinará el importe mínimo y máximo por contratar, y podrá ampliarlos o reducirlos. La Mutualidad podrá requerir a la persona asegurada que acredite su nivel de ingresos y podrá limitar la cobertura suscrita a dicho nivel de ingresos.

La cobertura se divide en dos tramos:

- a) Primer tramo: hasta noventa (90) días de baja.
- b) Segundo tramo: hasta dos (2) años de baja.

Las personas aseguradas en el primer y segundo tramo anteriores de esta prestación que también lo estén en la prestación de rentas de invalidez, en todos los casos con una antigüedad igual o superior al periodo de carencia para el caso de parto, tendrán además las siguientes coberturas, por el importe de subsidio menor de las prestaciones mencionadas:

- Las mujeres percibirán en caso de parto, adopción o acogimiento de duración no inferior a un (1) año una indemnización única por el importe resultante de multiplicar el importe del subsidio diario que corresponda por el número de días resultante de restar a noventa (90) días los días de franquicia que tenga establecida en el primer tramo.
- Además, las mujeres tendrán cubiertas las bajas por las enfermedades propias de la gestación con el límite de noventa (90) días por embarazo, aplicando las franquicias correspondientes.
- Los hombres percibirán en caso de paternidad, de adopción o de acogida de duración no inferior a un (1) año una indemnización única por el importe resultante de multiplicar el importe del subsidio diario que corresponda por el número de días



resultante de restar a cuarenta y dos (42) días los días de franquicia que tenga establecida en el primer tramo; si el número de días resultante es inferior a siete (7) se considerarán siete (7) días.

En el segundo tramo de la cobertura no procederá indemnización por parto, paternidad, adopción, acogimiento o enfermedad de la gestación.

Las personas aseguradas en el segundo tramo tendrán también los siguientes subsidios:

- Abono del importe contratado en caso de implante de prótesis relacionada en el baremo anexo a este reglamento, previa presentación de factura acreditativa, y con una reposición gratuita.
- Abono del porcentaje de reducción de jornada aplicado sobre el importe contratado del segundo tramo cuando la persona asegurada deba reducir la jornada de trabajo, con la disminución proporcional del salario, para el cuidado del menor a su cargo afectado por cáncer u otra enfermedad grave de las incluidas en el listado del anexo del RD 1148/2011, de 29 de julio, o aquella otra normativa que lo modifique o sustituya en el futuro, que implique un ingreso hospitalario de larga duración que requiera de atención directa, continua y permanente, durante la hospitalización y tratamiento continuado de la enfermedad. La reducción de jornada deberá ser como mínimo del 50 %. En caso de ser persona asegurada adscrita al Sistema Alternativo al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social (RETA), el abono equivaldrá al 75 % del importe asegurado. Se considerará como ingreso hospitalario de larga duración la continuación del tratamiento médico o el cuidado del menor en domicilio después del diagnóstico y la hospitalización por enfermedad grave.

Este abono quedará en suspenso cuando la persona asegurada incurra en situación de incapacidad temporal, derivada de enfermedad, accidente o parto, que le impida totalmente el mantenimiento de toda actividad laboral, profesional o empresarial.

La enfermedad grave del menor a cargo solo dará derecho a percibir el abono a uno de sus progenitores: no se podrá simultanear o acumular el abono a los progenitores, a menos que ambos estén adscritos al Sistema Alternativo al Régimen Especial de Trabajadores Autónomos de la Seguridad Social (RETA) de la Mutualidad.

El alta médica del menor, la defunción de la persona asegurada o el fallecimiento del menor suponen la finalización del derecho a percibir el abono.

Artículo 4. LÍMITES DE EDAD DE SUSCRIPCIÓN Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

Esta prestación podrá ser suscrita por personas aseguradas mayores de 16 años y que aún no hayan cumplido 67 años.

La cobertura se extinguirá cuando la persona asegurada cumpla 67 años, o antes por jubilación, invalidez absoluta y permanente o defunción.

Artículo 5. DURACIÓN DE LA COBERTURA Y OPOSICIÓN A SU PRÓRROGA

La duración de esta cobertura será anual, prorrogable anualmente, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro. Cada parte podrá oponerse a la prórroga del seguro mediante una comunicación escrita a la otra parte. **Cuando sea la persona mutualista o suscriptora quien se oponga a la prórroga deberá efectuar la comunicación en el plazo mínimo de un (1) mes de antelación a la conclusión del**



periodo de cobertura en curso. Cuando sea la Mutualidad quien se oponga, el plazo mínimo para la comunicación será de dos (2) meses.

Artículo 6. SUSCRIPCIÓN

1. Además de cumplir las condiciones estatutariamente establecidas, la persona interesada deberá cumplir los siguientes requisitos:
 - a) La persona suscriptora deberá suscribir la pertinente solicitud de inscripción o alta, recibiendo de la Mutualidad toda la información previa relativa a la cobertura interesada, de acuerdo con la normativa de aplicación.
 - b) La persona asegurada deberá responder o cumplimentar el cuestionario o cuestionarios que le presente la Mutualidad.
 - c) La persona asegurada deberá someterse a los reconocimientos médicos o cualquier otra medida o requerimiento de selección o evaluación de riesgos que la Mutualidad estime conveniente realizar, de conformidad con el artículo 6 de los Estatutos sociales y la normativa de aplicación.
 - d) Cuando la persona suscriptora no coincida con la persona asegurada, será necesaria la autorización por escrito de la persona asegurada, quién también firmará como conformidad el título de suscripción.
2. La Mutualidad podrá solicitar la información complementaria o adicional que considere oportuna para valorar mejor cualquier situación declarada, especialmente en el cuestionario de salud, o detectada en el reconocimiento médico. Si la persona suscriptora o la persona asegurada se niegan a facilitar dicha información, se les aplicará la exclusión, limitación o sobreprima que corresponda al peor de los casos que se puedan dar sobre la situación declarada previamente. La exclusión o limitación establecida deberá ser expresamente aceptada por la persona suscriptora o asegurada. La no aceptación de la exclusión, limitación o sobreprima por parte de la persona suscriptora o asegurada impedirá causar alta en la prestación.
3. Completados los requisitos y las condiciones establecidas, la Mutualidad emitirá el correspondiente título de suscripción.
4. Las ampliaciones del importe contratado dentro de los límites establecidos serán tratadas como una nueva suscripción, y la Mutualidad emitirá los correspondientes suplementos del título de suscripción. La no aceptación de las exclusiones, limitaciones o sobreprimas que se establezcan impedirá la ampliación de la prestación.
5. En caso de reserva o inexactitud en la información facilitada por la suscripción de la prestación, la Mutualidad podrá resolver la cobertura mediante declaración escrita dirigida a la persona suscriptora en el plazo de un (1) mes, a contar desde que tuvo conocimiento de la reserva o inexactitud, con los demás efectos legalmente previstos. Si el siniestro o hecho causante se produce antes de que la Mutualidad haya efectuado dicha declaración, la prestación se reducirá de acuerdo con la normativa de aplicación.

Artículo 7. COMUNICACIONES

1. La persona suscriptora o, en su caso, las personas aseguradas tendrán la obligación de comunicar a la Mutualidad los cambios de domicilio y de domiciliación de pago de recibos.
2. Asimismo, se comunicarán las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas en el momento de la suscripción, esta no se habría producido o, en todo caso, se hubiera producido en condiciones diferentes. Dicha comunicación o el incumplimiento de esta obligación producirán los efectos previstos legalmente.



3. La persona suscriptora o asegurada no tendrá la obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud, que en ningún caso serán consideradas como agravación del riesgo.

Artículo 8. INDISPUTABILIDAD

La reticencia o inexactitud no dolosa en la declaración o la información facilitada por la persona suscriptora o asegurada que tengan influencia en la estimación del riesgo (excepto en caso de indicación inexacta de la edad) no darán derecho a la Mutualidad a impugnar o resolver la cobertura transcurrido un (1) año desde la fecha de entrada en vigor de la cobertura que conste en el título de suscripción.

Artículo 9. EXCLUSIONES DE LA COBERTURA

No causará derecho a la prestación la baja laboral que sea como consecuencia de:

- a) **Conflictos armados, aunque no vengán precedidos por declaración oficial de guerra.**
- b) **De un intento de suicidio durante el primer año de cobertura o contrato.**
- c) **La preexistencia quedará excluida de la cobertura aseguradora, sin perjuicio de la valoración del riesgo realizada por la Mutualidad.**
- d) **Por causa no declarada en las eventuales ampliaciones. En este caso, la exclusión afectará exclusivamente a las ampliaciones suscritas.**
- e) **Las consecuencias de cualquier naturaleza derivados de la reacción o radiación nuclear o de la contaminación radiactiva, cualquiera que sea su origen.**
- f) **Cuando sea derivada de la no observancia por parte de la persona enferma de las recomendaciones o prescripciones facultativas a fin de solucionar su patología o se haya prolongado la baja laboral por culpa de la persona asegurada.**
- g) **Derivada directa o indirectamente de drogadicción.**
- h) **Derivada de un estado psíquico que no se pueda demostrar mediante pruebas objetivas.**
- i) **La participación de la persona asegurada en actos delictivos, desafíos o peleas, siempre y cuando no haya sido en defensa legítima o en tentativa de salvamento de personas o bienes.**
- j) **Puerperio, molestias periódicas de la mujer o menopausia.**
- k) **Las intervenciones quirúrgicas o los tratamientos que se realicen por motivos puramente estéticos, a menos que no sean por causa de accidente.**
- l) **Cuando la persona enferma no reciba asistencia facultativa o su dolencia no le impida el mantenimiento totalmente la realización de cualquier actividad laboral, profesional o empresarial.**
- m) **Tampoco se causará derecho a la prestación de baja laboral cuando se perciba la prestación de Invalidez Absoluta, o la prestación de Invalidez Total para la actividad laboral o profesional por la que se solicite la prestación de baja.**



- n) **Aquellas otras exclusiones que se establezcan en cada caso en el título de suscripción de acuerdo con las circunstancias declaradas que afecten a la valoración del riesgo, las cuales deberán ser expresamente aceptadas por la persona suscriptora y asegurada de la cobertura.**

Artículo 10. PERIODO DE CARENCIA Y FRANQUICIA

Se establecerá un periodo de carencia general de seis (6) meses, salvo en caso de accidente —en el que no hay carencia—, indemnización por parto, paternidad, adopción, acogida o enfermedades de la gestación —en la que será de doce (12) meses— o se le exonere —total o parcialmente— por ser sustitución de otro seguro análogo, en cuyo caso se especificará en el título de suscripción.

Franquicias:

- El primer tramo, de hasta noventa (90) días de baja, se podrá suscribir con una franquicia de los siete (7), los quince (15) o los treinta (30) primeros días de baja.
- El segundo tramo, de hasta dos (2) años de baja, tiene noventa (90) días de franquicia. En caso de reducción de jornada laboral por cuidado de menor a cargo con enfermedad grave, la franquicia será de treinta (30) días.. El cómputo de franquicia para el caso de reducción de jornada laboral por cuidado de menor a cargo con enfermedad grave, empezará desde el primer día en que la persona asegurada reduzca su jornada laboral.
- La prótesis no tiene franquicia.

Artículo 11. CUOTAS

La cuota anual para cada tramo de la prestación se calculará de acuerdo con el importe contratado y la edad actuarial a la fecha de suscripción y en cada renovación anual, con sujeción al anexo de cuotas.

El pago de las cuotas finalizará el día de la extinción de la cobertura, y otros supuestos previstos en este reglamento.

En el anexo al reglamento constan las cuotas vigentes en el momento de la suscripción de la prestación. Las cuotas no comprenden los impuestos y recargos legalmente aplicables. Las cuotas iniciales de la cobertura, y su forma de pago, serán las que se determinen en el título de suscripción.

Artículo 12. PAGO DE CUOTAS

1. La persona suscriptora de la prestación vendrá obligada al pago de las cuotas, de conformidad con lo establecido en los Estatutos sociales. La obligación de pago de las cuotas nacerá en el momento de la fecha de efecto de la cobertura que conste en el título de suscripción, con la emisión del correspondiente recibo. Salvo que la normativa de aplicación establezca lo contrario, en el caso de que la persona asegurada sea persona distinta a la persona suscriptora, esta obligación de pago podrá ser asumida por la persona asegurada y si así lo acuerdan y lo comunican a la Mutualidad las personas interesadas, ostentando la persona asegurada los derechos y obligaciones aseguradores inherentes a la persona pagadora de las cuotas.
2. El lugar de pago y la periodicidad o fraccionamiento de las cuotas (mensual, trimestral, semestral o anual) serán los previstos en el título de suscripción. La persona suscriptora podrá cambiar la forma de pago de las cuotas comunicándolo mediante un escrito dirigido a la Mutualidad.



Artículo 13. IMPAGO DE CUOTAS: INICIO Y EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

Si la primera cuota o derrama no ha sido satisfecha a su vencimiento por causa atribuible a la persona suscriptora de prestaciones, la Mutualidad tendrá derecho a resolver el contrato o cobertura o a exigir el pago de la cuota o cuotas debidas. La Mutualidad quedará liberada de sus obligaciones aseguradoras si la cuota no ha sido satisfecha antes de producirse un siniestro.

En caso de falta de pago de una de las siguientes cuotas (incluyendo los fraccionamientos de la cuota anual), la prestación o cobertura suscrita quedará en suspenso un (1) mes después del día del vencimiento de la cuota (o fracción de cuota) impagada. Si la Mutualidad no reclamara el pago dentro de los seis (6) meses siguientes al vencimiento de la cuota se entenderá que el contrato o cobertura queda extinguido. En cualquier caso, la Mutualidad, cuando la cobertura esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la cuota del periodo en curso. La cobertura volverá a tener efectos a las veinticuatro horas del día en que la persona suscriptora haya pagado la cuota o cuotas pendientes. Los hechos causantes o siniestros producidos durante el periodo de suspensión de la cobertura no darán derecho a ningún tipo de prestación.

Artículo 14. PERSONAS BENEFICIARIAS DE LA PRESTACIÓN

La persona beneficiaria de la prestación será la propia persona asegurada, a no ser que la persona suscriptora designe otra.

Artículo 15. CONDICIONES PARA CAUSAR DERECHO A LA PRESTACIÓN

Serán condiciones necesarias para tener derecho a la prestación:

- a) Que la persona suscriptora se encuentre al corriente de pago de las cuotas reglamentarias en el momento de la producción del hecho causante. La falta de pago de las cuotas producirá los efectos previstos en el artículo 13 del presente reglamento.
- b) Haber cumplido el periodo de carencia establecido en el artículo 10 de este reglamento.

No se podrá iniciar un nuevo expediente por esta prestación mientras no se esté de alta médica de una incapacidad anterior. En este caso, una vez se haya producido esta alta deberá iniciarse un nuevo expediente en el que se tendrá en cuenta la fecha del hecho causante o diagnóstico de la enfermedad posterior. En caso de reducción de la jornada de trabajo de la persona asegurada para el cuidado del menor a su cargo afectado por cáncer u otra enfermedad grave, el menor deberá tener una edad inferior a la que marca la mayoría de edad.

Artículo 16. SOLICITUD Y ACREDITACIÓN DEL DERECHO A LA PRESTACIÓN

Plazo para solicitar la prestación: dentro de los quince (15) días siguientes a la finalización de la franquicia contratada.

Si no se efectuara dicha comunicación en el plazo establecido se producirán los efectos previstos legalmente. Las solicitudes presentadas fuera de plazo podrán ser desestimadas por la Mutualidad si el retraso en la presentación o acreditación de la prestación impide a la entidad realizar las correspondientes comprobaciones o seguimiento de la baja.

La Mutualidad podrá admitir solicitudes fuera de dicho plazo cuando a su criterio quede debidamente acreditada la realidad de la incapacidad temporal sufrida, o que se sufre, en cuanto al momento, naturaleza y consecuencias del hecho causante de la misma. En todo caso, quedará a exclusivo criterio de la Mutualidad, de acuerdo con sus servicios médicos,



la determinación de la duración de la incapacidad en el supuesto de que la solicitud sea presentada en situación de alta.

Solicitud: La persona beneficiaria o interesada deberá presentar la correspondiente solicitud con indicación de:

- a) Datos personales, familiares y profesionales de la persona asegurada causante de la prestación.
- b) Datos personales de las personas beneficiarias.
- c) Forma de cobro de la prestación, cuando la persona beneficiaria pueda optar entre distintas modalidades.
- d) Fecha y firma de los solicitantes.

Documentación: Con la solicitud, para acreditar el derecho a la prestación la persona interesada deberá presentar la siguiente documentación:

- Un informe del personal médico que asista a la persona enferma que incluya la reseña de la enfermedad, la fecha de inicio, la fecha en que comenzó su asistencia y la duración aproximada de la misma.
- En caso de indemnización por maternidad o paternidad: el informe médico del parto y el libro de familia.
- En caso de prótesis: factura donde conste la identificación de la persona asegurada y la descripción de la prótesis que le haya sido implantada, así como su coste.
- Por reducción de la jornada de trabajo, para el cuidado del menor a su cargo afectado por cáncer u otra enfermedad grave:
 - Certificado de empresa sobre la fecha de inicio de la reducción de jornada.
 - Libro de familia o, en su caso, certificado de la inscripción del hijo o hija en el Registro Civil o resolución judicial de la adopción.
 - Informe médico (se concede por un (1) mes, y posteriormente se renueva cada dos (2) meses).
- Comprobante acreditativo de haber efectuado la declaración / el pago del impuesto de sucesiones y donaciones, si procede.
- Declaración de datos personales a efectos de practicar la oportuna retención a cuenta, si procede.

También se deberán presentar todos aquellos documentos que la Mutualidad considere necesarios en cada caso para acreditar el derecho a la prestación. La persona interesada deberá ofrecer toda clase de información sobre las circunstancias del hecho causante o evento que le solicite la Mutualidad. Es obligación de la persona o personas beneficiarias reflejar con veracidad y exactitud los hechos y sus circunstancias en los comunicados y las declaraciones que se presenten a la Mutualidad. En caso de incumplimiento de esta obligación, la Mutualidad se podrá inhibir de pagar las prestaciones de los siniestros correspondientes, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.



Artículo 17. COMPROBACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LA PRESTACIÓN

Una vez completada la documentación y mediante los informes técnicos pertinentes, la Mutualidad adoptará el acuerdo que convenga.

En el caso de denegación de la prestación, si la discrepancia obedeciera a razones técnico-médicas, se acudirá, de común acuerdo, a un tercer facultativo para que, conjuntamente con los facultativos de las dos partes, emita el diagnóstico que corresponda.

Los honorarios del tercer facultativo serán a cargo de ambas partes, a partes iguales.

Artículo 18. SEGUIMIENTO DE LA PRESTACIÓN

Mensualmente o con la periodicidad que la Mutualidad determine, deberá aportarse documentación médica que acredite que la persona asegurada continúa sufriendo la enfermedad y se mantiene en situación de incapacidad para el desempeño de cualquier actividad laboral, profesional y empresarial.

La Mutualidad podrá disponer que su equipo médico visite a la persona asegurada, para comprobar su estado, cuantas veces lo crea conveniente, y podrá tomar las medidas que estime necesarias para dicha comprobación.

Artículo 19. PAGO DE LA PRESTACIÓN

La prestación, una vez concedida por la Mutualidad, se pagará con efectos a partir del primer día siguiente al último del periodo de franquicia.

Forma de pago:

- El primer tramo: con carácter general, la prestación se pagará al finalizar este periodo (hasta 90 días). Cuando la baja se prevea larga, y a solicitud de la persona asegurada, se podrá pagar por meses vencidos.
- El segundo tramo: con carácter general, la prestación se pagará por meses vencidos. En caso de prótesis, y aceptado o reconocido el derecho a la prestación, la Mutualidad abonará el importe asegurado a la persona beneficiaria en un solo pago, en el plazo máximo de cuarenta (40) días desde la acreditación del derecho a la prestación.

Artículo 20. EXTINCIÓN DE LA PRESTACIÓN

La prestación se extinguirá por cualquiera de las siguientes causas:

- a) Por cumplir la persona asegurada la edad de 67 años. La extinción producirá efectos el mismo día en que cumpla esa edad.
- b) Por agotamiento del plazo de las coberturas suscritas, incluyendo los días fijados como franquicia.
- c) Por la situación de invalidez, al ser incompatible con la situación de baja laboral.
- d) Por el fallecimiento de la persona asegurada.
- e) Por el rechazo a someterse a los tratamientos médicos o quirúrgicos convenientes para la curación de la enfermedad o cuando, a criterio del personal médico, se pretendiera la prolongación artificial de la baja.
- f) Para el desempeño de cualquier actividad laboral, profesional o empresarial, ya sea por cuenta propia o ajena.
- g) Si la persona asegurada, su familia o cualquier otra persona interesada se opusieran a las visitas o comprobaciones, determinadas por la Mutualidad, o por imposibilidad de



practicar reconocimientos médicos o de cualquier otra índole porque la persona asegurada no se encuentra en el domicilio que consta en la Mutualidad, sin causa justificada.

h) Por renuncia expresa del interesado.



DISPOSICIONES ADICIONALES

1. PROTECCIÓN DE LOS MUTUALISTAS Y ASEGURADOS

Las personas mutualistas, aseguradas, beneficiarias o sus derechohabientes pueden dirigir voluntariamente sus reclamaciones respecto a las cuestiones derivadas de la aplicación de los reglamentos de la Mutualidad a las siguientes instancias, internas y externas:

- El **Servicio de Atención al Mutualista (SAM)** establecido por la Mutualidad, con sujeción al reglamento que rija este organismo, que tiene por objeto atender y resolver las quejas y reclamaciones de las personas mutualistas relacionadas con la actividad aseguradora o de previsión de la Mutualidad, así como las derivadas de la normativa de transparencia y protección de la clientela y de las buenas prácticas y usos financieros y aseguradores.
- El **Defensor del Mutualista (DM)** establecido por la Mutualidad, con sujeción al reglamento que rija este organismo, que tiene por objeto las quejas y reclamaciones que se puedan presentar relacionadas con la actividad aseguradora o de previsión de la Mutualidad, siempre que previamente se hayan planteado al Servicio de Atención al Mutualista y no sean objeto de algún proceso administrativo, arbitral o judicial. La decisión del Defensor del Mutualista favorable a la persona reclamante será vinculante para la Mutualidad. La persona reclamante tendrá la posibilidad de acudir a los procedimientos de conciliación y arbitraje establecidos o de interponer reclamación o demanda por la vía judicial.
- El **Servicio de Reclamaciones** que tenga establecido el **órgano administrativo de supervisión** de la Mutualidad, del que se informará en las resoluciones del SAM o DM.
- Los organismos de **conciliación y arbitraje** previstos por la Federación de Mutualidades de Cataluña, una vez agotado el trámite del Defensor del Mutualista, con sujeción a los preceptos reglamentarios que rijan dichos organismos.
- Otros mecanismos de solución de conflictos de carácter voluntario:
 - a) Arbitraje de acuerdo con el texto refundido de la Ley General para Defensa de los Consumidores y Usuarios (Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre).
 - b) Mediación de acuerdo con la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.
 - c) Arbitraje en los casos previstos en la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.
- **Jurisdicción competente y prescripción.** La persona interesada podrá recurrir a los tribunales de justicia, siendo el juez competente para entender de las acciones derivadas del seguro el del domicilio de la persona asegurada. Las acciones que se deriven del presente reglamento/contrato prescriben en un plazo de cinco años.

2. SERVICIOS O PRODUCTOS CONCERTADOS

La Mutualidad podrá complementar esta prestación con servicios o productos concertados con terceros, ya sean de carácter asegurador o no. La Mutualidad podrá dejar sin efecto los servicios o productos complementarios que tenga concertados, y modificarlos o sustituirlos por otros servicios o productos, aplicando, en su caso, la correspondiente corrección de



prima o cuota de la persona suscriptora. Los servicios o productos complementarios podrán ser de carácter obligatorio u opcional para la persona suscriptora, según lo determine la Mutualidad.

3. RESPONSABILIDAD DE LAS PERSONAS MUTUALISTAS

De conformidad con los Estatutos sociales de la Mutualidad, la responsabilidad de las personas mutualistas o suscriptoras está limitada al pago de las cuotas y las derramas que se establezcan de acuerdo con los Estatutos y los reglamentos vigentes o pólizas, que en ningún caso excederán los límites que establezcan las disposiciones legales de aplicación.



ANEXO BAREMO DE PRÓTESIS

- Artroplastia de cadera con prótesis
- Prótesis total de cadera (intervención)
- Artroplastia de rodilla (con prótesis)
- Artroplastia de hombro con prótesis
- Cabeza de radio (extirpación con prótesis)
- Implante de prótesis total osteointegrada (más de 6 en superior o inferior)
- Aneurisma arterial (sustitución con prótesis)
- Prótesis valvular aórtica, mitral o tricúspide (implante)
- *By-pass* arteriovenoso con prótesis
- Craneoplastia con injerto protésico
- Discectomía con prótesis por vía anterior
- Catarata (cirugía extracapsular con implante de lente)
- Lente intraocular (implante secundario o extracción)
- Catarata secundaria (intervención)
- Enfermedad de Peyronie (intervención con prótesis)
- Aneurisma aórtico con intervención de prótesis
- Reconstrucción y protetización posmastectomía
- Prótesis de mama (sustitución quirúrgica)
- Prótesis de Atkinson (colocación)
- Acetábulo (repuesto)
- Prótesis testicular (intervención de colocación o extracción)
- Prótesis bronquial (colocación)
- Prótesis biliar interna (implantación)
- Prótesis fonatoria (colocación quirúrgica)
- Prótesis total de cadera (repuesto)
- Endoprótesis expandible (colocación endoscópica o percutánea)
- Artroplastia muñeca (con prótesis)
- Defecto refractario (implante de lente epicapsular flexible)
- Catarata (facoemulsificación con implante de lente)
- Presbicia (facoemulsificación con implante de lente multifocal)
- Prótesis no total de cadera
- Prótesis de rodilla



ANEXO DE CUOTAS

La cuota anual por cada 1.000 euros de indemnización mensual con prótesis hasta 1.500 euros, de acuerdo con el tramo contratado, será:

EDAD	BAJA LABORAL 90 DÍAS			MÁS DE 90 DÍAS CUOTA ANUAL (€)
	FRANQUICIA DE:			
	7 DÍAS CUOTA ANUAL (€)	15 DÍAS CUOTA ANUAL (€)	30 DÍAS CUOTA ANUAL (€)	
15-29	252,03	201,62	151,22	23,39
30-44	326,49	261,20	195,90	48,18
45-66	377,85	302,28	226,71	113,60

RECARGOS POR FRACCIONAMIENTO

Las tablas de cuotas reflejan la cuota total que deberá pagarse anualmente, sin incluir impuestos. Se podrá elegir una periodicidad de pago de cuotas diferente a la anual, con los recargos sobre la cuota anual, en función de la periodicidad establecida:

FRACCIONAMIENTO	RECARGO
Mensual	2,041 %
Trimestral	1,530 %
Semestral	1,020 %