



Seguro de Salud

 Mutualidad

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, en los artículos 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras, en la Resolución de 20 de octubre de 2008, de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, sobre obligaciones de información de las entidades aseguradoras que comercialicen Planes de Previsión Asegurados, en el Real Decreto-Ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016, sobre la distribución de seguros o la normativa posterior que lo sustituya, se informa de los siguientes aspectos con carácter previo a la contratación del seguro.

**NOTA INFORMATIVA
PREVIA A LA CONTRATACIÓN**

I. Información de carácter general

1. ENTIDAD ASEGURADORA Y DISTRIBUIDORA

Mutualidad General de la Abogacía, Mutualidad de previsión social a prima fija. Inscrita en el Registro de Entidades de Previsión Social con el número 2131 y C.I.F.: V - 28/024149, con domicilio social en Madrid, c/ Francisco Silvela, 106 (en adelante, "Mutualidad"), actúa como entidad aseguradora y distribuidora.

Los empleados que participan en la distribución perciben una remuneración en relación con el contrato de seguro compuesta por un importe fijo y otro variable, basado en factores cualitativos y cuantitativos. En ningún caso, la remuneración de estos empleados genera un conflicto de interés ni supone un coste adicional para el tomador del seguro.

2. ESTADO MIEMBRO Y AUTORIDAD DE CONTROL

El Estado miembro en el que está establecido el domicilio social de Mutualidad es España, y corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda, el control y supervisión de su actividad aseguradora.

3. LEGISLACIÓN APLICABLE AL CONTRATO

El contrato se rige por lo dispuesto en los Estatutos de Mutualidad y en el Reglamento del Seguro de Asistencia Sanitaria Privada de Salud. La legislación aplicable al contrato es la siguiente: Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; Ley 10/2010, de 28 de abril, de prevención del blanqueo de capitales y de la financiación del terrorismo, y su Reglamento, aprobado por Real Decreto 304/2014, de 5 de mayo; Ley 35/2006 de 28 de noviembre, del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas; Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Mutualidades de Previsión Social; Real Decreto 439/2007, de 30 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y se modifica el Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones; Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo de 2004, por la que se regulan los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras; el Real Decreto-Ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016, sobre la distribución de seguros o la normativa posterior que lo sustituya; así como en las demás normas legales y reglamentarias que sean de aplicación.

4. INFORMACIÓN AL MUTUALISTA Y RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Ante cualquier aclaración, incidencia o consulta sobre los derechos e intereses legalmente reconocidos en este Reglamento, se podrán formular consultas o solicitudes de información ante el Servicio de Información al Mutualista dirigiéndose a Mutualidad sita en c/ Francisco Silvela 106, 28002 Madrid, o bien a la dirección de correo electrónico buzon@mutualidad.com.

En caso de que el Tomador, el Asegurado o el Beneficiario tenga una queja o reclamación que se refiera a sus intereses y derechos legalmente reconocidos, ya deriven de este Reglamento de aportaciones y prestaciones, de la normativa de transparencia y protección de la clientela, de la normativa de distribución de seguros o de las buenas prácticas y usos financieros, deberá presentar una queja o reclamación ante el Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado de Mutualidad, quien deberá acusar recibo de las mismas y resolverlas motivadamente en el plazo de 1 mes. Las comunicaciones deberán dirigirse a c/ Francisco Silvela 106, 28002 Madrid, o bien a la dirección de correo electrónico buzon@mutualidad.com.

En caso de silencio o de desestimación de la pretensión en el plazo anteriormente referido, se podrá presentar queja o reclamación ante el Servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, acreditando haberlas formulado previamente por escrito al Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado de Mutualidad.

La resolución de las controversias que puedan surgir entre los mutualistas y Mutualidad en orden a las contingencias, condiciones y requisitos de cobertura y prestaciones garantizadas, podrá someterse a arbitraje

de derecho al amparo de las previsiones de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre de Arbitraje, a cuyo efecto en las Condiciones Particulares se consignará el correspondiente convenio arbitral de acuerdo con las previsiones del Título II de la Ley. La administración del arbitraje y la designación de árbitros se encomendarán a la Sección Española de la Asociación Internacional de Derecho de Seguros (S.E.A.I.D.A.), con sede en Madrid, calle Sagasta, número 18.

Sin perjuicio de lo anterior, el mutualista podrá interponer las acciones que considere pertinentes ante la jurisdicción civil ordinaria de su domicilio. En este caso, la prescripción de las acciones es de 5 años.

5. INFORME DE SITUACIÓN FINANCIERA Y SOLVENCIA

Se encuentra a disposición de los mutualistas tomadores en la página web de Mutualidad www.mutualidad.com, el informe de situación financiera y de solvencia correspondiente al último ejercicio cerrado.

II. Información del Seguro de Asistencia Sanitaria del Seguro de Salud

6. OBJETO DEL SEGURO ACCIDENTES

El seguro de Asistencia Sanitaria Privada de Salud tiene por objeto la asistencia médica y quirúrgica a nivel nacional o internacional, en toda clase de enfermedades o lesiones que corresponden a las especialidades indicadas en el Título de Seguro entre las especificadas en el siguiente apartado nº 7.

El seguro se basa en la libre elección de los médicos y centros hospitalarios entre los detallados en la Red de Asistencia Sanitaria. Cuando en alguna población no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, será facilitado en la localidad dónde éste pueda realizarse, a elección del Asegurado. Esta libertad de elección de médico y de centro supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de Mutualidad de la Abogacía por los actos de aquellos, sobre los que Mutualidad no tiene capacidad de control a causa de la protección del secreto profesional, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad sanitaria.

Mutualidad entregará al mutualista tomador del Seguro una tarjeta sanitaria como elemento identificativo para cada Beneficiario, y un ejemplar de la Red de Servicios Sanitarios con el detalle de los servicios concertados-facultativos, centros diagnósticos, centros hospitalarios, servicios de urgencia y servicios complementarios- así como sus direcciones y horarios de consulta. Los servicios cubiertos por la póliza pueden ser de libre acceso o precisar autorización previa.

Conforman el contrato de seguro o póliza, el Reglamento, el Título de Seguro, y los anexos que los complementen.

7. COBERTURAS DEL SEGURO ACCIDENTES

COBERTURA DE INCAPACIDAD PERMANENTE:

- **MEDICINA PRIMARIA, SERVICIO DE URGENCIA, MEDIOS DE DIAGNÓSTICO BÁSICOS Y SERVICIO TELEFÓNICO DE ORIENTACIÓN MÉDICA 24 HORAS:**

Medicina primaria:

- Medicina General, Pediatría y Puericultura, Servicio de ATS/DUE.

Servicios de Urgencia:

- **Asistencia en España:** Asistencia Permanente de Urgencia. Ambulancia.
- **Asistencia de viaje en el extranjero:** Asistencia permanente de urgencia en el extranjero: para los desplazamientos temporales al extranjero, el seguro tiene una cobertura de Asistencia en Viaje en todo el mundo que se extiende hasta un máximo de 90 días por viaje o desplazamiento.

Medios de Diagnósticos Básicos:

- **Análisis Clínicos.** Bioquímica, Hematología, Microbiología, Parasitología, Anatomía Patológica y Citopatología, Radiología Simple.

Servicio Telefónico de Orientación Médica 24 horas (902 55 53 55)

• **ESPECIALIDADES: MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS Y MEDICINA PREVENTIVA:**

Especialidades médicas y quirúrgicas: alergología e Inmunología, Anatomía patológica, Anestesiología y Reanimación, Angiología y Cirugía Vasculard, Aparato Digestivo, Cardiología y Aparato Circulatorio, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General y del aparato digestivo, Cirugía Oral y Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reparadora, Cirugía Torácica, Dermatología médico quirúrgica y venereología, Endocrinología y Nutrición, Geriatria, Ginecología, Obstetricia, Hematología y Hemoterapia, Matronas, Medicina Interna, Medicina Nuclear, Nefrología, Neonatología, Neumología-Aparato Respiratorio, Neurocirugía, Neurología, Odontostomatología, Oftalmología, Oncología médica, Otorrinolaringología, Podología, Psiquiatría, Radiología incluida la de carácter intervencionista, Reumatología, Traumatología, Urología.

Medicina Preventiva: chequeo médico anual, Obstetricia y Ginecología, Chequeo Ginecológico. Urología, Chequeo Urológico. Cardiología, Chequeo Cardiológico. Prevención de cáncer de colon rectal.

Pediatría: programa de Salud Infantil. Los controles de salud. Programa de Salud Bucodental, Métodos de diagnóstico precoz de la sordera infantil: otoemisiones, peep-show.

Planificación Familiar: implantación del DIU, Vasectomía, Ligadura de Trompas, estudios y pruebas diagnósticas de la esterilidad y la infertilidad. Preparación para el Parto.

- **MEDIOS DE DIAGNÓSTICO COMPLETOS.** Prescritos por un facultativo de la Red Asistencial. Se incluyen: los medios de contraste, Análisis Clínicos, Radiofármacos, Radiodiagnóstico, medicina nuclear (Isótopos radioactivos y gammagrafía), Resonancia magnética nuclear, Tomografía de coherencia óptica (OCT), Tomografía por Emisión de Positrones (PET), Tomografía por múltiples detectores DMD, Tomografía axial computerizada (TAC/SCANNER), Endoscopias de todo tipo incluyendo la cápsula endoscópica, Fibrobronoscopias diagnósticas y/o terapéuticas, Diagnostico Cardiológico, Neurofisiología clínica: Electroencefalografía y Electromiografía, Triple Screening, EBA Screening, Amniocentesis y Estudio del Cariotipo Fetal en el embarazo de Riesgo, Polisomnografía, Dianas Terapéuticas en oncología, en cáncer de colon y mama, diagnóstico del cáncer de mama BAV (biopsia por aplicación-punción vacío).

- **TRATAMIENTOS:** aerosolterapia y Ventiloterapia, Radioterapia, Transfusiones de sangre y/o plasma en régimen de hospitalización. Litotricia Renal. Litotricia Vesicular. Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio. Rehabilitación y Fisioterapia. Rehabilitación Cardiológica. Rehabilitación del suelo pélvico. Analgesias y tratamientos del dolor. Logopedia y Foniatría. Quimioterapia oncológica. Diálisis y Hemodiálisis, Laserterapia, Láser excímer para la corrección del astigmatismo, hipermetropía y miopía, Láser en cirugía vascular periférica. Láser en otorrinolaringología, Láser CO2 y radiofrecuencia en otorrinolaringología. Magnetoterapia. Ortóptica. Simpatectomía. Trastornos de la alimentación.

- **CIRUGÍA Y HOSPITALIZACIÓN: HOSPITALIZACIÓN, PRÓTESIS, TRANSPLANTES, INDEMNIZACIÓN DIARIA Y CUIDADOS PALIATIVOS:**

Hospitalización: médica (sin intervención quirúrgica), quirúrgica, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, Unidad de Vigilancia intensiva, Diálisis y riñón artificial.

Prótesis: oftalmológicas, cardiacas y cardiovasculares, traumatológicas, mamarias, exclusivamente tras mastectomía radical. Prótesis testicular. Material de osteosíntesis, mallas quirúrgicas y fijaciones externas. Injertos.

Trasplantes: los trasplantes cubiertos son los relativos a los siguientes órganos: Corazón, Pulmón, Riñón, Hígado, Médula ósea, Cornea. Quedan cubiertos todos los gastos derivados de la implantación del órgano así como las pruebas de histocompatibilidad. Se excluye la extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar.

En el caso del trasplante de córnea se cubre íntegramente.

Indemnización: indemnización diaria por hospitalización.

Cuidados Paliativos: comprende tanto la asistencia durante el ingreso en un sanatorio como la hospitalización domiciliaria, del asegurado en fase terminal, durante un periodo máximo de 8 días.

COBERTURAS OPCIONALES:

- **DENTAL:** para tener acceso a las distintas coberturas y servicios dentales, se debe acudir a los gabinetes odontológicos incluidos en el cuadro dental de la Red de Asistencia Sanitaria.

- **REEMBOLSO DE GASTOS:**

Riesgos cubiertos: Mutualidad asume el Reembolso de Gastos incurridos por el Asegurado derivados de la Asistencia Sanitaria que, cubierta por la póliza, hubiera recibido, siempre que hubieran sido realizados por médicos, servicios o centros sanitarios no concertados y ajenos a los cuadros médicos del Asegurado. El reembolso de los gastos por la asistencia sanitaria que, cubierta por la Póliza, hubiera recibido el Asegurado, no será superior al 90% de los gastos ocasionados dentro del territorio nacional y al 80% fuera del territorio nacional.

Riesgos excluidos: queda excluido el reembolso de gastos incurridos por el Asegurado derivados por la asistencia sanitaria que, cubierta por la póliza, hubiera recibido por médicos, servicios o centros sanitarios concertados en la Red de Asistencia Sanitaria.

8. PERIODO DE VIGENCIA DEL CONTRATO

El contrato de seguro y sus modificaciones no tendrán efecto mientras no se haya firmado y satisfecho el primer recibo de prima. El seguro se contrata por el período previsto en el Título de Seguro y, salvo pacto en contrario, la duración de la póliza se ajustará al año natural. La póliza se prorrogará tácitamente por períodos anuales. Cualquiera de los contratantes puede oponerse a esta prórroga mediante notificación escrita dirigida al otro, con una antelación no inferior a 2 meses a la fecha de conclusión del año en curso en el caso de Mutualidad y un mes en el caso del Tomador. Asimismo, el Tomador, podrá solicitar la anulación de la Póliza en el transcurso de la anualidad, sin que sea necesario abonar la prima hasta finalizar el año natural, tomando efecto el día 1 del mes siguiente a la comunicación.

Mutualidad no podrá rescindir la Póliza a los Asegurados que hayan permanecido durante 3 anualidades consecutivas en la misma, prorrogándose automáticamente el contrato, con la excepción de los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del Asegurado, así como la existencia de inexactitud, dolo o culpa en las respuestas contenidas en el cuestionario de la Solicitud de Seguro. La renuncia de Mutualidad a su derecho de rescisión del contrato se condiciona a la aceptación del Tomador de la variación anual de primas futuras, calculadas y comunicadas conforme a los criterios técnicos seguidos.

9. MODALIDAD Y PLAZO PARA EL EJERCICIO DEL DERECHO DE RESOLUCIÓN

El Tomador podrá ejercer la facultad unilateral de resolución del contrato mediante escrito a Mutualidad, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de los 30 días siguientes a la fecha de entrega de la copia del Reglamento y del Título de Seguro.

10. PÉRDIDA DE DERECHOS

El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

- a) **Si al cumplimentar el cuestionario de salud, el Tomador o el Asegurado no responden con veracidad y sin reserva mental, ya sea ocultando de manera consciente circunstancias relevantes, ya sea no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se le piden.**
- b) **Si el siniestro se produce antes de que se haya pagado la prima inicial, salvo que se pacte expresamente lo contrario.**
- c) **Si el siniestro se produce por mala fe del Asegurado o del Tomador o del Beneficiario.**

En todo caso, conocida por el Asegurador la reserva o inexactitud en la declaración del riesgo por el Tomador del Seguro o por el Asegurado, podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes desde que tuvo conocimiento fehaciente de estos hechos.

II. BAJAS

Se causará baja por alguna de las siguientes circunstancias:

- Solicitud por escrito del Tomador de seguro, tomando efecto la baja al día siguiente del vencimiento de la próxima cuota o fracción de la misma siempre que la recepción se realice con por lo menos 15 días antes del final del mes.
- En caso de rescisión o impugnación del contrato por Mutualidad.
- En caso de impago de las correspondientes cuotas o fracción por parte del Tomador del seguro.

12. CONDICIONES DE RESCISIÓN

Mutualidad podrá rescindir el contrato en el caso de que concurra alguna de las circunstancias previstas en los artículos 10 y 12 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

13. CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTOS DE LAS PRIMAS

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos. El Tomador del Seguro puede solicitar el fraccionamiento de pago de las primas anuales en períodos semestrales, trimestrales o mensuales.

En caso de falta de pago de una de las primas anuales o fracción, Mutualidad advertirá por escrito de esta circunstancia al Tomador y mantendrá la cobertura un mes después del vencimiento del recibo. Concluido este plazo sin que se hubiese efectuado el pago de la prima o fracción, la cobertura quedará en suspenso. Dentro de los seis meses siguientes al vencimiento del recibo, la cobertura correspondiente volverá a tener efecto a las cero horas del día siguiente a aquél en que se efectúe el pago de las primas impagadas. Si transcurrido este plazo no fuere pagada la totalidad de las primas impagadas, el seguro quedará extinguido.

14. MODIFICACIÓN DE LA PRIMA

Mutualidad, cada nueva anualidad de seguro, podrá:

- a) **Actualizar las Primas.**
- b) **Modificar los límites de reembolso de gastos establecidos en el Reglamento.**
- c) **Modificar el porcentaje de reembolso de gastos referido en el Reglamento.**

Con independencia de las antedichas actualizaciones, las primas a satisfacer también podrán variar en función de la edad de los Asegurados, pudiéndose establecer grupos de edad en algunos tramos. Cuando el Asegurado cumpla, durante el transcurso del seguro, una edad actuarial comprendida en otro grupo, se aplicará la prima correspondiente al nuevo grupo de edad en el siguiente vencimiento anual. En cada renovación se aplicará la tarifa de primas que Mutualidad tenga en vigor en dicha fecha. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las primas.

Estas actualizaciones de primas, límites o porcentaje de reembolso se fundamentarán en los siguientes criterios:

- **En los cálculos técnico** actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero actuarial del Seguro.
- **En el incremento del coste** de los servicios sanitarios.
- **En el aumento de la frecuencia** de las prestaciones cubiertas por la Póliza.
- **En la incorporación a la cobertura** garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato u otros hechos de similares consecuencias.

El Tomador del seguro, recibida en su caso la comunicación de Mutualidad relativa a la variación de la prima para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro y la extinción del mismo al vencimiento del periodo del seguro en curso. En este último caso, el Tomador del seguro deberá notificar por escrito a Mutualidad su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

15. CONDICIONES DE RESCISIÓN

Con carácter general, aquellas que inciden en la presente modalidad de cobertura son:

- Ley del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y su Reglamento

Están exentas de tributación las prestaciones de servicios de Asistencia Sanitaria médicas y quirúrgicas a nivel nacional en toda clase de enfermedades o lesiones que corresponden a las especialidades especificadas en el Título de Seguro entre las indicadas en el apartado nº 7.

En ningún caso se concederán indemnizaciones en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria, salvo lo previsto en la cobertura de Reembolso de Gastos, si se tiene contratada dicha cobertura.

A los mutualistas que sean no residentes, les será de aplicación el Texto Refundido de la Ley del Impuesto sobre la Renta de No Residentes, normas subsidiarias y en su caso, tratados internacionales suscritos por el Reino de España con otros países para evitar la doble imposición. En cuanto a los mutualistas residentes a efectos tributarios en Navarra, Álava, Guipúzcoa y Vizcaya, estarán afectados por la legislación sobre imposición personal que les sea aplicable en cada momento y territorio. Con sus respectivos Reglamentos y restantes disposiciones que las desarrollen.

16. TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

De acuerdo con lo dispuesto en la normativa vigente en protección de datos personales, le informamos que el Responsable del tratamiento de los datos personales incluidos en este documento y cualquier otro dato facilitado por usted o terceras entidades para el desarrollo de las relaciones contractuales es la MUTUALIDAD DE LA ABOGACÍA (en adelante "Mutualidad"), cuyos datos son CIF: V-28/024149, Dirección Postal: c/ Francisco Silvela 106, 28002 Madrid, Teléfono: 914352486, Correo Electrónico: buzon@mutualidad.com, contacto del Delegado de Protección: proteccion.datos@mutualidad.com. Sus datos serán tratados con la finalidad de establecer, gestionar y desarrollar las relaciones contractuales que le vinculan con Mutualidad como Entidad Aseguradora, así como prevención del fraude. Asimismo, Mutualidad tratará sus datos personales con la finalidad de informarle sobre nuestras actividades, servicios y productos. Mutualidad facilitará sus datos personales a Administraciones públicas y terceros cuando exista obligación legal prevista en la normativa que es de aplicación. También realizará la cesión de los datos necesarios a terceros colaboradores de Mutualidad que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa de gestión del contrato, intervengan en la gestión de riesgos, gestión de la póliza o de sus siniestros; a los Colegios Profesionales para el control del intrusismo profesional y a entidades públicas con fines estadísticos en los supuestos legalmente habilitados. Sus datos podrán ser objeto de transferencias internacionales; estas transferencias se realizan mediante garantías adecuadas, conforme a lo establecido en la normativa de protección de datos. Sus datos se conservarán durante la vigencia de su contrato y una vez finalizada la misma, se conservarán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. Cumplido el citado plazo, se procederá a la supresión. En el supuesto de que, formulada una solicitud de contratación, el contrato no llegue a formalizarse, los datos facilitados se conservarán bloqueados durante el plazo exigido legalmente para la atención de posibles responsabilidades nacidas del tratamiento. Cumplido el citado plazo, se procederá a la supresión.

La base legal para el tratamiento de sus datos personales es la ejecución del contrato de seguro. En relación al tratamiento con fines de mercadotecnia directa por parte de Mutualidad la base legal es el interés legítimo en poder atender mejor sus expectativas como cliente y el consentimiento que puede habernos prestado. También trataremos sus datos personales para el cumplimiento de obligaciones legales.

En cuanto a los datos personales referentes a otras personas físicas, que, por motivo del contrato deba comunicarnos deberá, con carácter previo a su comunicación, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

Usted tiene derecho a acceder a sus datos personales objeto de tratamiento, así como solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión, además de ejercer el derecho de oposición, limitación al tratamiento y de portabilidad de los datos. Puede solicitarlos por escrito ante Mutualidad a través de proteccion.datos@mutualidad.com. Siempre que lo desee puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Para más información puede consultar el siguiente enlace: <https://www.mutualidad.com/politica-de-privacidad/>.

Seguro de salud



Documento de información sobre el producto de seguro

Entidad aseguradora:

Mutualidad General de la Abogacía,
Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija
V-28024149 (España)

Producto:

Seguro de Salud

El presente documento tiene carácter meramente informativo y no implica que Mutuality se obligue a cubrir o aceptar el riesgo. La información precontractual y contractual completa sobre el producto se facilita en otros documentos: Reglamento, Título, Nota informativa y Guía práctica.

¿En qué consiste este tipo de seguro?

El Seguro Plus Salud es un seguro de asistencia médica y quirúrgica, tanto a nivel nacional como internacional (asistencia en viaje), en toda clase de enfermedades o lesiones que figuren en las especialidades indicadas en la documentación contractual. Existen tres modalidades de contratación: i. Premium, ii. Premium Dental y iii. Premium Dental Reembolso.



¿Qué se asegura?

- ✓ **Medicina primaria:** medicina general, pediatría y puericultura, servicio de enfermería, servicios de urgencia (en España y asistencia en viaje en el extranjero), servicio telefónico de orientación médica 24 horas.
- ✓ **Especialidades médico quirúrgicas:** alergología e inmunología, anestesiología y reanimación, anatomía patológica, angiología y cirugía vascular, aparato digestivo, cardiología y aparato circulatorio, cirugía cardiovascular, cirugía general y del aparato digestivo, cirugía oral y maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía plástica y reparadora, cirugía torácica, dermatología médico quirúrgica y venereología, endocrinología y nutrición, estomatología-odontología, geriatría, hematología y hemoterapia, matronas, medicina interna, medicina nuclear, nefrología, neonatología, neumología-aparato respiratorio, neurocirugía, neurología, obstetricia y ginecología, oftalmología, oncología médica, otorrinolaringología, podología, psicología, psiquiatría, radiología, reumatología, traumatología, urología.
- ✓ **Medicina preventiva:** chequeo anual, obstetricia y ginecología, urología, cardiología, prevención del cáncer de colon rectal, pediatría, diagnóstico precoz de la sordera infantil.
- ✓ **Planificación familiar:** implantación del DIU, vasectomía y ligadura de trompas, pruebas diagnósticas de esterilidad e infertilidad, clases de preparación para el parto.
- ✓ **Medios de diagnóstico:** análisis clínicos, radiología general, medios de diagnóstico de alta tecnología.
- ✓ **Tratamientos:** radioterapia y quimioterapia, transfusiones, rehabilitación, logopedia, láser excímer, etc.
- ✓ **Hospitalización, prótesis, trasplantes, indemnización diaria por hospitalización y cuidados paliativos.**
- ✓ **Asistencia sanitaria en el extranjero** como consecuencia de una enfermedad o accidente sobrevenido durante el viaje.

Además de lo anterior:

- ✓ **En la modalidad Premium Dental:** odontología preventiva, pruebas diagnósticas, obturaciones empastes, endodoncias, periodoncias, odontopediatría, prótesis, cirugía oral, implantología, estética dental y articulación temporomandibular y muchos más servicios odontológicos. En algunos casos el asegurado participará en el coste de los servicios (franquicia).
- ✓ **En la modalidad Premium Dental Reembolso:** permite acudir a médicos, servicios y centros ajenos a la Red de Asistencia Sanitaria concertados y que Mutuality reembolse un porcentaje de los gastos.



¿Qué no está asegurado?

- ✗ Enfermedades, lesiones o patologías previas.
- ✗ Tratamientos o pruebas no contrastados científicamente.
- ✗ Daños físicos consecuencia de guerras, motines o revoluciones, terrorismo, epidemias o cataclismos.
- ✗ Lesiones producidas por la práctica profesional de cualquier deporte o actividad, así como por la práctica de deportes o actividades de alto riesgo.
- ✗ Asistencia sanitaria por alcoholismo, drogadicción o autolesiones.
- ✗ Tratamientos intervenciones estéticas y/o cosméticas.
- ✗ Medicina o terapias alternativas.
- ✗ La interrupción voluntaria del embarazo, el tratamiento de la esterilidad y técnicas de fecundación asistida.
- ✗ Prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas, salvo las cubiertas.
- ✗ Vacunas, productos farmacéuticos o medicamentos.
- ✗ Análisis para la emisión de certificaciones o informes.
- ✗ Tratamientos odontológicos (salvo contratación de Premium Dental o Premium Dental Reembolso).
- ✗ Logopedia y foniatría.
- ✗ Medicina regenerativa.
- ✗ Afecciones crónicas en la diálisis y hemodiálisis.
- ✗ Gastos de mantenimiento del acompañante en clínica.
- ✗ Rehabilitación en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen y lesiones crónicas del aparato locomotor.
- ✗ Estudios para determinación del mapa genético.
- ✗ En los trasplantes, la extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar.

Además de lo anterior:

- ✗ **En la cobertura de asistencia en viaje:** eventos producidos en España y gastos médicos incurridos en España, padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, medicina preventiva, adquisición, implantación o sustitución de prótesis de cualquier tipo, tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas, los siniestros ocurridos como consecuencia del suicidio del asegurado, gastos de inhumación, ceremonia y coste del ataúd, gastos médicos o farmacéuticos inferiores a 9 euros, etc.
- ✗ **En la modalidad Premium Dental Reembolso:** el reembolso de gastos incurridos por el asegurado derivados de la asistencia sanitaria que, cubierta por la póliza, hubiera recibido por médicos o centros sanitarios concertados en la Red de Asistencia Sanitaria.



¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

- ! Con carácter previo a la formalización del contrato, Mutualidad podrá proponerle limitar la cobertura en función del análisis de riesgos efectuado. Dicha limitación deberá ser aceptada por Ud. para que la cobertura del seguro despliegue efectos.
- ! Para acceder a algunas prestaciones deberá transcurrir el tiempo establecido desde la contratación.
- ! La cobertura de psicología se limita a una sesión semanal y veinte sesiones al año.
- ! La hospitalización psiquiátrica se limita a sesenta días por anualidad.
- ! La cobertura de asistencia en viaje en el extranjero se extiende a 90 días por viaje o desplazamiento y está limitada por las cuantías indicadas en la póliza.
- ! El reembolso de gastos por la asistencia sanitaria recibida tiene un límite máximo del 80% los ocasionados fuera del territorio nacional, y del 90% los ocasionados en España, con los importes máximos indicados en la póliza.



¿Dónde estoy cubierto?

- ✓ Asistencia sanitaria: en territorio nacional, en los centros médicos concertados.
- ✓ Reembolso de gastos: en centros médicos de libre elección en todo el mundo.
- ✓ Asistencia en viaje: en todo el mundo, en desplazamientos inferiores a noventa días.
- ✓ Asistencia dental: en territorio nacional, en centros concertados.



¿Cuáles son mis obligaciones?

- Declarar en el cuestionario de salud previo a la contratación todas las circunstancias conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo de su estado de salud.
- Facilitar a Mutualidad la documentación e información médica que, en su caso, le sea requerida.
- Pago del seguro.
- Abono del coste estipulado en la póliza por la utilización de los servicios en los que el asegurado participa en el mismo.
- Para el reembolso de gastos médicos, presentar el impreso de solicitud de reembolso, justo con las facturas relativas a los gastos sanitarios, prescripción e informes médicos solicitados.
- Utilizar los centros concertados para acceder a la prestación (excepto modalidad reembolso)
- Identificarse con la tarjeta sanitaria, que es personal e intransferible.
- Emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del incidente.



¿Cuándo y cómo tengo que efectuar los pagos?

Por anualidades anticipadas, mediante domiciliación bancaria. El pago podrá fraccionarse en cuotas mensuales, trimestrales, o semestrales.



¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

- a) Comienzo de la cobertura:** en el día y hora indicados en el Título de Seguro, siempre que se haya pagado la primera cuota. Se renovará tácitamente por anualidades.
- b) Finalización de la cobertura:** se determinará en función de lo pactado en el contrato. Al sexto mes de impago.



¿Cómo puedo rescindir el contrato?

Comunicándolo a Mutualidad presencialmente en sus oficinas sitas en c/ Francisco Silvela 106, Madrid, telefónicamente o por correo electrónico dirigido a sam@mutualidad.com:

- Dentro del plazo de los 30 días siguientes a la fecha de entrega de la copia del Reglamento y el Título de Seguro.
- Transcurrido el plazo anterior, en cualquier momento, sin necesidad de que transcurra un año de vigencia del seguro.

