

## Seguro de Asistencia Sanitaria Privada Plus Salud

En cumplimiento de lo establecido en el Artículo 60 del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, aprobado por RD 6/2004, de 29 de octubre, en el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Real Decreto 2486/1998, artículos 104 y 105), antes de la contratación del seguro, te informamos sobre:

### a) Denominación social de la Entidad contratante y forma jurídica:

Mutualidad General de la Abogacía, Mutualidad de Previsión Social Prima Fija. La dirección del domicilio social de la entidad es calle Serrano 9, 28001 Madrid.

### b) Definición del Seguro de Asistencia Sanitaria Privada Plus Salud y coberturas:

El seguro de Asistencia Sanitaria Privada Plus Salud tiene por objeto la asistencia médica y quirúrgica a nivel nacional o internacional, en toda clase de enfermedades o lesiones que figuran en las especialidades especificadas en la descripción de los servicios de la póliza. Todo ello queda circunscrito a los límites detallados en las Condiciones Generales y Particulares y al cobro previo de la prima correspondiente.

Esta póliza 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. Cuando se suscriba la cobertura opcional 3.7 de Reembolso de Gastos se prestará el servicio en las condiciones recogidas en el Anexo II de las Condiciones Generales de la póliza.

Esta libertad de elección de médico y de centro supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la Mutualidad de la Abogacía por los actos de aquellos, sobre los que la 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.

Forma parte de la normativa de uso de este seguro la inexistencia de franquicias y/o copagos, salvo que se indique expresamente en algún apartado de las Condiciones Generales.

#### b.1. Acceso a las coberturas

La Mutualidad entregará al Tomador del Seguro la 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.

Para identificarse ante cualquier facultativo o centro de la red asistencial como Asegurado, éste deberá presentar la Tarjeta Sanitaria.

Igualmente, el Asegurado estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad, si le fuese requerido.

Cuando proceda, se emitirán las correspondientes autorizaciones con la prescripción escrita de un médico de la Red de Asistencia Sanitaria.

No obstante, tanto lo establecido en los párrafos anteriores, como la operativa en casos de urgencia vital, se detallan en las Condiciones Generales de la póliza.

#### b.2. Asistencia en medios ajenos a la red de Asistencia Sanitaria

La Mutualidad no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a la Red Asistencial, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos profesionales pudieran ordenar. Asimismo, la Mutualidad no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros no incluidos en la Red de Asistencia Sanitaria, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos. No obstante, en el caso de tener incluida la cobertura 3.7 Reembolso de Gastos, la Mutualidad hará efectivos los importes correspondientes tal y como se refleja en el Anexo II de las Condiciones Generales de la póliza.

La operativa en casos de urgencia vital, se detalla en las Condiciones Generales de la póliza.

Para la asistencia en el extranjero la póliza tiene una cobertura de Asistencia en Viaje, a la que se accede llamando al teléfono +34 932 53 21 92.

#### b.3. Descripción de las coberturas

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios a los que da derecho el presente Seguro, son las que se indican como incluidas en el Título, de entre las que se citan a continuación, y que se detallan más extensamente en las Condiciones Generales de la póliza:

##### b.3.1. MEDICINA PRIMARIA, SERVICIO DE URGENCIA, MÉDICOS DE DIAGNÓSTICO Y SERVICIO TELEFÓNICO DE ASISTENCIA MÉDICA

###### 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 26 62 66)

Información telefónica de apoyo, todos los días del año, referente a enfermedades, tratamientos y prevención de la salud, así como en la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos.

### **b.3.2. ESPECIALIDADES**

#### **Especialidades médicas y quirúrgicas**

Alergología e Inmunología, Anatomía patológica, Anestesiología y Reanimación, Angiología y Cirugía Vascul ar, 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, Geriátría, 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.

### **b.3.3. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO COMPLETOS**

Deben ser prescritos por un facultativo de la Red de Asistencia Sanitaria. Quedan incluidos:

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).

### **b.3.4. 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.

### **b.3.5. CIRUGÍA Y HOSPITALIZACIÓN**

#### **Hospitalización**

Los distintos tipos de hospitalización se realizarán en clínicas u hospitales previa prescripción es–crita de un médico de la Red de Asistencia Sanitaria y con la correspondiente autorización. Quedan incluidos los siguientes tipos de hospitalización:

- a) Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica).
- b) Hospitalización quirúrgica.
- c) Hospitalización obstétrica.
- d) Hospitalización Pediátrica.
- e) Hospitalización Psiquiátrica.
- f) Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva.
- g) Hospitalización por Diálisis y Riñón artificial.

Las características de los distintos tipos de hospitalización como los gastos derivados por internamiento en un centro hospitalario se detallan más extensamente en el Reglamento de la póliza.

#### **Prótesis**

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

#### **Trasplantes**

Quedan cubiertos todos los gastos derivados de la implantación del órgano así como las pruebas de histocompatibilidad.

Los trasplantes cubiertos son los relativos a los siguientes órganos: Corazón, Pulmón, Riñón, Hígado, Médula ósea, Cornea.

**Se excluye la extracción, transporte y conservación del órgano a transplantar. En el caso del trasplante de cornea 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.

### **b.3.6. DENTAL**

Para las distintas coberturas y servicios concertados, así como el importe de las franquicias que el Asegurado deberá abonar por cada servicio, en el caso de que no fuese una cobertura o servicio gratuito, están contenidas en la Red de Asistencia Sanitaria.

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.

### b.3.7. REEMBOLSO DE GASTOS

#### Objetivo de la cobertura

##### - Riesgos cubiertos

La Entidad 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 Asegurador.

**Los gastos ocasionados en el territorio nacional se reembolsará una franquicia del 10% y los gastos ocasionados fuera del territorio nacional, con una franquicia del 20% a cargo del Asegurado.**

##### - Riesgos excluidos

**Quedan excluidos de la aplicación de esta cobertura los servicios descritos en el Anexo II de las Condiciones Generales, en los apartados Medicina Primaria, Servicios de Urgencia, Especialidades Médicas y Quirúrgicas, salvo honorarios por intervención quirúrgica, y Medicina Preventiva.**

**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.**

#### Ámbito del seguro

La presente cobertura tiene validez en el mundo entero.

#### Límites generales y parciales de reembolso

Las garantías de esta cobertura, su funcionamiento y exclusiones propias se detallan en el Anexo II de las Condiciones Generales. El reembolso a efectuar por la Entidad no excederá de los límites generales y parciales, para cada tipo o clase de asistencia sanitaria.

- **Límite general:** 150.000 euros por Asegurado y año.
- **Límite general en Medicina Primaria:** se establece como límite de Medicina Primaria 14.000 euros por Asegurado y año. El detalle de los límites parciales se encuentra en el Anexo II de las Condiciones Generales de la póliza.
- **Límite general en Especialidades Médicas y Quirúrgicas y Medicina Preventiva:** se establece como límite global un total de 35.000 euros por Asegurado y año. El detalle de los límites parciales se encuentra en el Anexo II de las Condiciones Generales de la póliza.
- **Límite general en Medios de Diagnóstico:** se establece como límite general un total de 17.500 euros por Asegurado y año y como límite parcial, 3.500 euros por asegurado y día. El detalle de los límites parciales se encuentra en el Anexo II de las Condiciones Generales de la póliza.
- **Límite general en Tratamientos:** se establece como límite global 17.500 euros por Asegurado y año. El detalle de los límites parciales se encuentra en el Anexo II de las Condiciones Generales de la póliza.
- **Límite general en Hospitalización:** se establece como límite general 75.000 euros por Asegurado y año, a excepción de los trasplantes de corazón, pulmón, riñón e hígado que tendrán un límite de 175.000 euros por proceso. El detalle de los límites parciales se encuentra en el Anexo II de las Condiciones Generales de la póliza.

#### Forma de prestar los servicios

En el supuesto de que el Asegurado sufra alguna de las consecuencias previstas en Condiciones de la Póliza que dé lugar al reembolso, el Asegurador pagará, a través del medio de pago que se establezca, al Tomador del Seguro o al Asegurado, según proceda, la cantidad que corresponda.

Una vez recibida toda la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, el Asegurador, en el plazo de diez días laborables, deberá reembolsar o consignar la cantidad garantizada, según las circunstancias conocidas.

#### Tramitación en caso de siniestro

Para la tramitación de un siniestro cubierto por esta cobertura deben cumplirse unas determinadas normas, las cuales se detallan en el punto 6 del Anexo II, de las Condiciones Generales de la póliza.

#### Peritaje

El detalle se encuentra en el punto 7 del Anexo II de las Condiciones Generales.

### b.4. Coberturas excluidas

**Las exclusiones de la cobertura general se detallan en las Condiciones Generales de la póliza.**

#### c) Duración del contrato:

El seguro entrará en vigor el día y la hora indicada en el Título de seguro (Condiciones Particulares), y tendrá una duración de un año. No obstante, al El contrato de seguro y sus modificaciones no tendrán efecto mientras no se haya firmado la póliza y satisfecho el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.

El seguro se contrata por el período previsto en las Condiciones Particulares 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. Asimismo, el Asegurado, 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.

#### d) Pérdida de derechos y rescisiones del contrato de seguro:

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 se ha producido una agravación del riesgo y el Tomador o el Asegurado no lo han comunicado previamente a la Aseguradora.
- c) Si el siniestro se produce antes de que se haya pagado la prima inicial, salvo que se pacte expresamente lo contrario.
- d) 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, o que agravado el mismo no se haya comunicado, podrá rescindir el contrato en el plazo de un mes desde que tuvo conocimiento fehaciente de estos hechos.

#### **e) 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 la Mutualidad.
- En caso de impago de las correspondientes cuotas o fracción por parte del Tomador del seguro.

#### **f) Condiciones, plazos y vencimientos de las cuotas:**

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.

Las consecuencias de que por culpa del Tomador la primera o sucesivas primas no hayan sido pagadas, se detallan más extensamente en las Condiciones Generales de la póliza.

La Mutualidad podrá modificar, en cada renovación de la póliza, la prima anual. Los fundamentos para estas modificaciones se detallan más extensamente en el Reglamento de la póliza.

El Tomador del seguro, recibida en su caso la comunicación de la 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 la Mutualidad su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

#### **g) Valores garantizados:**

La modalidad de este seguro, no reconoce valores de reducción ni rescate.

#### **h) Legislación aplicable al contrato:**

El Seguro de Asistencia Sanitaria Privada Plus Salud se rige por lo dispuesto en los Estatutos de la Mutualidad y en el Reglamento del Seguro de Asistencia Sanitaria Privada Plus Salud.

El contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

La Mutualidad General de la Abogacía, Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija está inscrita en el Registro de Entidades de Previsión Social con el número 2131 y C.I.F.: V – 28/024149, domicilio social calle Serrano 9, y asume el riesgo contractualmente pactado.

El Estado miembro al que pertenece la Mutualidad es España y la autoridad a la que corresponde el control de la actividad aseguradora es el Ministerio de Economía y Hacienda.

#### **i) Disposiciones relativas a reclamaciones:**

En caso de disconformidad con cualquier decisión que la Mutualidad adopte y que afecte de forma individual a tus intereses como asegurado, podrás acudir al régimen de recursos que las distintas disposiciones legales contemplan.

Se puede formular queja e interponer reclamación ante el "Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado" de la Mutualidad en un plazo máximo de dos años.

Caso de persistir la discrepancia, podrás, posteriormente, acudir, en su caso, ante el "Comisionado para la defensa del asegurado y del partícipe de planes de pensiones" de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Asimismo, podrás someter la controversia a arbitraje ante el Tribunal Español de Arbitraje de Seguros de la Sección Española de la Asociación Internacional de Derecho de Seguro.

Por último, lógicamente, se pueden interponer las acciones procesales que estimes pertinentes ante la jurisdicción civil, en el plazo de cinco años.

#### **j) Indicaciones generales relativas al régimen fiscal aplicable:**

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 figuran en las especialidades especificadas en la descripción de los servicios de la póliza.

En ningún caso se concederán indemnizaciones en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria, salvo lo previsto en la cobertura 3.7 Reembolso de Gastos, si se tiene contratada esta garantía.

##### Normativa fiscal aplicable:

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

A los mutualistas que sean no residentes, les será de aplicación el Real Decreto Legislativo 5/2004 de 5 de marzo, que aprueba 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.