



Solicitud de Inscripción

NIF/NIE:..... **Válido hasta:**

Cód. Interno:.....

Fecha de efecto:/...../.....

Si no eres mutualista, por favor acompaña **fotocopia del NIF/NIE y Acreditación de titularidad bancaria**

En caso de residencia en otro país con documento de identificación propio:

Nº del documento de identificación del país de residencia:.....

TOMADOR

Nombre:.....Apellido 1:Apellido 2:

País de nacimiento:Nacionalidad:.....

Sexo:.....Tipo vía: Dirección: Nº:..... Piso:..... Letra:..... Esc.:...Blq.:.....

C.P.:..... Población: Provincia:.....

País:Fecha de nacimiento:.....Tfno.:

Móvil: e-mail:

ASEGURADOS

Deseo contratar el Seguro Plus Salud para los siguientes Asegurados:

Por favor, marca con una X y completa lo que proceda

(Indica para cada Asegurado la Clave Correspondiente: **CLAVES: 0-Titular, 1-Cónyuge, 2-Hijo, 3-Hija, 4-Otros familiares**)

1. Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....

País de nacimiento: Nacionalidad:

Clave:..... Sexo: hombre mujer Fecha nacimiento:...../...../.....

NIF/NIE:..... Válido hasta:

2. Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....

País de nacimiento: Nacionalidad:

Clave:..... Sexo: hombre mujer Fecha nacimiento:...../...../.....

NIF/NIE:..... Válido hasta:

3. Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....

País de nacimiento: Nacionalidad:

Clave:..... Sexo: hombre mujer Fecha nacimiento:...../...../.....

NIF/NIE:..... Válido hasta:

4. Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....

País de nacimiento: Nacionalidad:

Clave:..... Sexo: hombre mujer Fecha nacimiento:...../...../.....

NIF/NIE:..... Válido hasta:

5. Nombre:..... Apellido 1:..... Apellido 2:.....

País de nacimiento: Nacionalidad:

Clave:..... Sexo: hombre mujer Fecha nacimiento:...../...../.....

NIF/NIE:..... Válido hasta:

EL TOMADOR/ASEGURADO



NOTA INFORMATIVA PREVIA A LA CONTRATACIÓN

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, y en los artículos 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras, se informa de los siguientes aspectos con carácter previo a la contratación del seguro:



I. INFORMACIÓN DE CARÁCTER GENERAL

1. Denominación social de la Entidad contratante, forma jurídica y domicilio social

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, calle Serrano, 9. En adelante la Mutualidad.

2. Estado miembro y autoridad de control

El Estado miembro en el que está establecido el domicilio social de la 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 la Mutualidad y en el Reglamento del Seguro de Asistencia Sanitaria Privada Plus Salud. Las relaciones surgidas entre Tomador, Asegurado y/o Beneficiario y la Mutualidad tendrán carácter estatutario, y se regirán por las disposiciones del Reglamento y por los acuerdos que adopte la Junta de Gobierno en el ámbito de su competencia.

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; así como en las demás normas legales y reglamentarias que sean de aplicación.

4. Instancias de reclamación y procedimiento a seguir

La normativa relativa a reclamaciones viene regulada en los artículos 22.2 y 26.1 de los Estatutos de la Mutualidad; en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre de Medidas de reforma del sistema financiero y en la Orden ECO 734/2004, de 11 de Marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de entidades financieras.

En caso de disconformidad con cualquier decisión que la Mutualidad adopte, y que afecte de forma individual a los intereses del mutualista, éste podrá dirigir su solicitud de aclaración o consulta al Servicio de Información al Mutualista (SIM), o bien podrá dirigir su queja o interponer reclamación ante el Departamento de Reclamaciones y Atención al Asegurado de la Mutualidad en el plazo máximo de dos años. El Reglamento de funcionamiento del mismo se encuentra disponible en la página www.mutualidadabogacia.com, y su dirección y buzón de correo electrónico son calle Serrano 9, 2ª planta, 28001 Madrid y buzon@mutualidadabogacia.com. Este Departamento deberá acusar recibo de las reclamaciones y resolverlas motivadamente en el plazo de dos meses.

Si persiste la disconformidad, el mutualista podrá obrar conforme a lo previsto en el artículo 22.2 de los Estatutos de la Mutualidad, interponiendo reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, cuya dirección es paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid y oficinavirtual.dgsfp@meh.es



Asimismo podrá someterse la controversia al Arbitraje previsto en el artículo 97.4 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre de Arbitraje y el artículo 26.2 de los Estatutos de la Mutualidad. La administración del arbitraje y la designación de árbitros se encomendarán a la Sección Española de la Asociación Internacional de Derechos de Seguros (S.E.A.I.D.A.), con sede en Madrid, calle Sagasta 18.

Por último, 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 la Mutualidad www.mutualidadabogacia.com, el informe de situación financiera y de solvencia correspondiente al último ejercicio cerrado.

II. INFORMACIÓN DEL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA PLUS SALUD

6. Objeto del Seguro Plus Salud

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 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 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.

La 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 de Plus Salud

COBERTURAS INCLUIDAS:

- **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,

Geriatría, Ginecología, Obstetricia, Hematología y Hemoterapia, Matronas, Medicina Interna, Medicina Nuclear, Nefrología, Neonatología, Neumología- Aparato Respiratorio, Neurocirugía, Neurología, Odontoestomatología, 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:** 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:

La 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 Asegurador. 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 la 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.

La 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 la 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 la 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.

11. 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.

12. Condiciones de rescisión

La 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, la 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

La 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 la 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 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.

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.



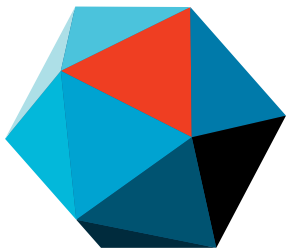
16. Tratamiento de datos de carácter personal

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de protección de datos de carácter personal, la Mutualidad General de la Abogacía informa de que los datos personales aportados en el momento de solicitud de alta, junto a los obtenidos durante la vigencia del contrato en la condición de mutualista, serán incluidos en sus ficheros de datos de carácter personal para la gestión de los productos o servicios contratados. Salvo indicación en contrario en la solicitud, los datos serán utilizados también para el envío de información, incluso por medios electrónicos, sobre los productos y servicios de la Mutualidad, referencia de los Convenios de Colaboración que suscriba y para impulsar ofertas en el ámbito del Club del Mutualista.

En cualquier momento el mutualista puede oponerse a dicho uso en la dirección de e-mail buzon@mutualidadabogacia.com o en el teléfono de atención al mutualista 902 25 50 50. Igualmente, el mutualista puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación y cancelación y oposición dirigiéndose por escrito a la Mutualidad, C/ Serrano, 9, 3º, 28001 Madrid.

Salvo oposición expresa en el momento del alta, el mutualista autoriza a la Mutualidad para que sus datos puedan ser comunicados a terceras entidades de los sectores de gran consumo, telecomunicaciones, financiero y seguros, ocio, formación, automoción, energía y suministros y ONG que hayan alcanzado acuerdos de colaboración con la Mutualidad para ofrecer a sus miembros sus productos o servicios en condiciones especialmente ventajosas. En caso de que el solicitante proporcione datos de terceros, será su responsabilidad informarles de todo lo previsto en esta cláusula y haber obtenido su consentimiento.





MUTUALIDAD ABOGACÍA

