

NOTA INFORMATIVA PREVIA A LA CONTRATACIÓN DEL SEGURO DE SALUD FAMILIA REEMBOLSO

El contenido de esta Nota Informativa tiene por objeto informar al Mutualista de los aspectos más relevantes del producto asegurador SALUD FAMILIA REEMBOLSO del que solicita su contratación, de conformidad con lo referido en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, (LOSSEAR), los artículos 122 y 126 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, (ROSSEAR) y el artículo 174 del Real Decreto – ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales, referentes al Deber de Información al Tomador del seguro y/o Asegurado por parte de la Entidad Aseguradora. Esta nota informativa ha sido elaborada de acuerdo con lo establecido la legislación que le es aplicable, siendo un documento meramente informativo y que no posee valor contractual para ninguna de las partes. La información precontractual o contractual COMPLETA relativa al producto concreto se facilitará al cliente en otros documentos en los que se determinan las CONDICIONES GENERALES Y CONDICIONES PARTICULARES.

1. DENOMINACIÓN SOCIAL DE LA EMPRESA CONTRATANTE Y FORMA JURÍDICA. DIRECCIÓN SOCIAL

Nueva Mutua Sanitaria del Servicio Médico, Mutua de Seguros a Prima Fija.

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid (Tomo 29.864, Folio 40, Sección 8, Hoja M-537332, provista de C.I.F. V-86444965) y en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones. Clave M-380

Domicilio social: en calle Villanueva 14, cuarta planta 28001 de Madrid.

2. LEGISLACIÓN APLICABLE ESTADO MIEMBRO Y AUTORIDAD DE CONTROL

LEGISLACIÓN APLICABLE

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (la “Ley de Contrato de Seguro”) y Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y RD-ley 3/2020, de 4 de febrero, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero, sobre la distribución de seguros. Demás disposiciones legales y reglamentarias españolas que sean aplicables y lo convenido en la propia Póliza.

ESTADO MIEMBRO Y AUTORIDAD DE CONTROL

El Estado miembro es España y la autoridad encargada de la supervisión y control de la actividad de Nueva Mutua Sanitaria es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital (Pº de la Castellana 44, 28046 Madrid).

3. NOMBRE DEL PRODUCTO

El producto se comercializa bajo dos marcas SALUDABOGACÍA y SALUDPROFESIONAL

SALUDABOGACIA Familia Reembolso

SALUDPROFESIONAL Familia Reembolso

4. TIPO DE SEGURO Y ÁMBITO TERRITORIAL

Seguro de asistencia sanitaria completa y de **modalidad mixta, Cuadro médico o reembolso de gastos médicos**. El ámbito territorial de cobertura es España en la modalidad de Cuadro Médico y en todo el mundo en la modalidad de reembolso.

A través de la modalidad de reembolso, Nueva Mutua Sanitaria se compromete a reembolsar al Asegurado los gastos médicos cubiertos por la póliza aplicando los porcentajes de reembolso que en cada caso correspondan en función de la asistencia recibida y de acuerdo con los límites máximos pactados en cada renovación.

Esta modalidad de reembolso de gastos se diferencia de la modalidad de asistencia sanitaria a través de Cuadro Médico en:

- El Asegurado no está obligado a utilizar en exclusiva el Cuadro Médico de la Aseguradora, pudiendo acudir libremente a médicos u hospitales en cualquier parte del mundo.
- La asistencia sanitaria recibida por el Asegurado, por servicios médicos privados serán satisfechas por el Asegurado, y reembolsadas por la Aseguradora en base a los límites y porcentajes que consten en las Condiciones Particulares.

En la modalidad de **Cuadro Médico**, el Asegurado podrá acudir a médicos u hospitales concertados por Nueva Mutua Sanitaria y que figuren en el **Cuadro Médico Familia + C.U.N. Madrid** en cuyo caso:

- **No tendrá que anticipar ningún pago**, ya que los gastos de la asistencia cubierta por la póliza corren por cuenta íntegra de la Aseguradora.
- La edad máxima de contratación son 65 años. No hay edad límite de permanencia en la Póliza.

5. INFORMACIÓN SOBRE EL DISTRIBUIDOR DEL SEGURO

De conformidad con la normativa aplicable a la distribución de seguros, se informa al interesado de lo siguiente:

- No se ofrece asesoramiento en relación a este producto de seguro. Es decir, no se proporciona una recomendación personalizada.
- La naturaleza de la remuneración percibida por los empleados de Nueva Mutua Sanitaria es salarial.

6. OBLIGACIONES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

- El Tomador está obligado al **pago de la prima**.
- Cumplimentar **cuestionario de salud**. Es una declaración realizada y firmada por el tomador o asegurado antes de la formalización de la póliza para la valoración del riesgo que es objeto del seguro e incluye un listado de preguntas relevantes acerca del estado de salud de cada posible asegurado. El Tomador y/o Asegurado tiene obligación de contestar con veracidad a dicho cuestionario que permitirá a la entidad aseguradora hacer una correcta valoración del riesgo. En caso de reserva o inexactitud del Tomador o Asegurado en esta declaración, la Nueva Mutua podrá rescindir la Póliza.
- **Actos de comunicación**. Será necesario comunicar a la Mutua lo antes posible todo aquello que pueda influir en la valoración del riesgo (las alteraciones de los factores declarados en el cuestionario anterior, cuando se haya producido una agravación o una disminución del riesgo, en su caso. En este seguro las alteraciones de salud no se consideran agravación del riesgo).
- También habrá que informar a la Mutua el cambio de domicilio que conste en las Condiciones Particulares, así como de las **altas y bajas** (las bajas un mes antes del vencimiento de la póliza) que se produzcan durante la vigencia de la Póliza.

7. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS Y OPCIONES OFRECIDAS

Se establecen dos niveles de reembolso:

- Reembolso 150.000 €
- Reembolso 400.000 €

A) PRESTACIONES ASEGURADAS:

- Asistencia sanitaria completa como garantía principal: Atención Primaria, Urgencias (Tlf. 24h), Hospitalización, Asistencia en viaje (sólo Urgencias- consultar Anexo II Condiciones Generales) y

Prestaciones especiales (Cirugía refractiva de la miopía, Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, Chequeo médico preventivo).

- Acciones de Prevención: Acceso a vacunas de Rotavirus y VPH, campañas de medicina preventiva y diagnóstico precoz.
- Especialidades médicas, quirúrgicas y pruebas diagnósticas.
- Métodos terapéuticos: Quimioterapia, Radioterapia, Rehabilitación, Tratamiento del dolor, Aerosolterapia y ventiloterapia, CPAP y BiPAP, Hemodiálisis, Litotricia del aparato urinario, Foniatría, Oxigenoterapia, métodos de planificación familiar.
- Otros servicios incluidos: Ambulancia, Podología, Psicología, Hospitalización domiciliaria, Prótesis y “material implantable”.

La información completa sobre garantías y exclusiones está contenida en las **Condiciones Generales**.

B) CARENCIAS: Periodo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas de la Póliza.

- 180 días para Hospitalización e intervenciones quirúrgicas, tanto con ingreso hospitalario como ambulatorias, incluida la asistencia al parto. Tratamientos recogidos en los apartados Métodos Terapéuticos y Otros Servicios (cláusulas 17.4 y 17.5 de las Condiciones Generales). Actos terapéuticos y pruebas diagnósticas indicados en el anexo I de las condiciones generales. El Chequeo Médico Preventivo y resto de prestaciones especiales descritas en las CG, salvo las sujetas a 24 meses descritas a continuación.
- 24 meses para Prestaciones Especiales: Cirugía refractiva de la miopía y Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, la Rehabilitación del daño cerebral y la Cirugía metabólica.

C) PRESTACIONES EXCLUIDAS:

Quedan excluidas las coberturas recogidas en el apartado **EXCLUSIONES** de las condiciones generales, sin perjuicio de cualquier otra exclusión debidamente resaltada en el condicionado general.

También quedan excluidas toda clase de enfermedades, lesiones o dolencias, defectos constitucionales o congénitos, deformaciones, estado o situación médica (como embarazo o gestación) preexistentes a la fecha de alta de cada Asegurado en la póliza que hayan sido conocidos y no declarados en el cuestionario de salud, y/o los que sean consecuencia de accidentes o enfermedades y sus secuelas que sean de origen anterior a la fecha de inclusión de cada asegurado en la póliza, que igualmente hayan sido conocidos por el asegurado y no declarados en el cuestionario de salud.

8. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

Nueva Mutua Sanitaria, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse los tomadores, asegurados, beneficiarios, o causahabientes de cualquiera de los anteriores para presentar cualesquiera quejas y reclamaciones relacionadas con esta Póliza, para lo cual Nueva Mutua Sanitaria pondrá a disposición de éstos en sus oficinas impresos para la formulación de las mismas. Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al SAC por cualquiera de los siguientes medios:

- Personalmente mediante su entrega en las oficinas de Nueva Mutua Sanitaria.
- Por correo postal remitido a la calle Villanueva, nº 14, cuarta planta, 28001 Madrid.
- Por correo electrónico a la dirección: sac@nuevamutuasantitaria.es

El SAC acusará recibo por escrito de las mismas y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de un mes, contados desde la fecha de presentación de la queja o reclamación. Asimismo, podrán dirigirse por escrito, al Defensor del Cliente “D.A. Defensor, S.L.”, calle Velázquez 80, 28001 Madrid, teléfono 913 104 043, e-mail reclamaciones@da-defensor.org. En caso de disconformidad con lo resuelto por cualquiera de las instancias anteriores, o si no han obtenido respuesta en el plazo de un mes, podrán interponer reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (www.dgsfp.mineco.es). Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el SAC o el Defensor del Cliente, sin que estos hubieran resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

9. FORMA DE PAGO Y FACTORES OBJETIVOS QUE AFECTAN A LA TASA DE LA PRIMA

FORMA DE PAGO

La forma de pago del producto asegurador contratado se realizará mediante el pago de una prima fijada por la Mutua. Dicho pago debe realizarse mediante domiciliación bancaria con una periodicidad mensual, anual o trimestral y se realizará en la cuenta corriente, titularidad del tomador, expresamente indicada en la solicitud de seguro o mediante tarjeta de crédito.

FACTORES OBJETIVOS QUE AFECTAN A LA TASA DE LA PRIMA

La Mutua podrá actualizar anualmente el importe de la Prima. Las actualizaciones de Primas, Franquicias y Copagos se realizarán en virtud de los factores siguientes:

- Criterios técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia de las modificaciones experimentadas por el coste o la frecuencia de las prestaciones sanitarias cubiertas por el Seguro, 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.
- Zona geográfica correspondiente al domicilio del Asegurado.
- Edad alcanzada por cada uno de los Asegurados.

10. TRIBUTOS REPERCUTIBLES Y RÉGIMEN FISCAL APLICABLE

TRIBUTOS REPERCUTIBLES

La póliza incorpora recargo obligatorio a favor del Consorcio de Compensación de Seguros (CCS) de 0,15%.de la prima neta anual del seguro. Se aplica en el primer recibo de cada anualidad.

RÉGIMEN APLICABLE

Las primas de seguro de salud están exentas del Impuesto Sobre Primas de Seguro (IPS). Con carácter general, las primas abonadas por el presente seguro no dan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el IRPF, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna.

11. DURACIÓN. CONDICIONES DE RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

Las coberturas ofrecidas por este seguro comienzan en la fecha prevista al efecto en las Condiciones Particulares de la Póliza en cuestión y finalizan el 31 de diciembre, prorrogándose por períodos anuales. **Salvo pacto en contrario recogido en las condiciones particulares.**

El Tomador no tendrá derecho de rehabilitación de la Póliza.

Cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien si oponga a la prórroga sea el tomador y de dos meses cuando sea el asegurador.

El Asegurador podrá resolver el contrato en los siguientes casos:

- Reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de estado de salud.
- Omisión de la comunicación de la agravación del riesgo.
- Por impago de la prima.
- En el resto de casos previstos por las leyes.

El Tomador podrá rescindir el Contrato cuando el Cuadro Médico correspondiente a su provincia de residencia sufra una modificación que afecte al 50 por 100 del cuadro de especialistas, debiendo notificar tal decisión a la Mutua fehacientemente y por escrito. No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias, originadas por causa justificada, o se refiera a médicos de técnicas quirúrgicas especiales, así como a odontólogos, analistas y radiólogos.

Si se hubiere practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable desde el primer día en cuanto al estado de salud del Asegurado, salvo dolo del Tomador del seguro o del Asegurado en la declaración del riesgo.

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la Póliza será indisputable transcurrido UN AÑO desde el alta en el seguro de cada Asegurado, salvo que el Tomador y/o Asegurado hayan actuado con mala fe.

La declaración inexacta de edad sólo dará lugar a la rescisión de la Póliza si la edad real excediere de los límites de admisión establecidos por la Mutua.

12. SITUACIÓN FINANCIERA Y DE SOLVENCIA

Anualmente la Mutua publica un informe sobre su situación financiera y de solvencia que estará disponible en la página web: <https://www.nuevamutuasantaria.es/informacion-corporativa>, en el apartado "más información", donde podrá acceder al documento PDF adjunto relativo a la información corporativa.

13. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En Nueva Mutua Sanitaria tratamos sus datos de carácter personal con el máximo respeto y cumplimiento de la normativa aplicable en materia de protección de datos de carácter personal. Los datos personales que tratamos serán recogidos en la póliza de seguro y en otros documentos relacionados. Podrá consultar toda la información relativa al tratamiento de sus datos de carácter personal accediendo a la página web <https://www.nuevamuwasanitaria.es/politica-de-proteccion-de-datos>