

NOTA INFORMATIVA. SEGURO SUBSIDIO AUTÓNOMO CLÁSICO

El contenido de la presente Nota Informativa tiene como objetivo que el tomador del seguro conozca, previo a la contratación de la póliza, la siguiente información relevante sobre la aseguradora:

DENOMINACIÓN SOCIAL, FORMA JURÍDICA, DOMICILIO SOCIAL Y ESTADO MIEMBRO DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

Previsión Balear, Mutualidad de Previsión Social a prima fija (en adelante la Mutualidad) es, como su propio nombre indica una Mutualidad de Previsión Social, lo que implica que se trata de una entidad aseguradora sin ánimo de lucro cuyo objeto social es ejercer una modalidad aseguradora de carácter voluntario complementaria del Sistema de Seguridad Social Obligatoria, mediante aportaciones a prima fija de los mutualistas.

La Mutualidad tiene su domicilio social en la calle Gremi Sabaters, 68 1º A de Palma de Mallorca (07009). La Mutualidad es de nacionalidad española y el órgano administrativo de control es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.

LEGISLACIÓN APLICABLE

La relación jurídica entre la Mutualidad y el mutualista, derivada de su condición de socio se rige por sus Estatutos y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y normas de desarrollo.

La relación jurídica entre la Mutualidad y el mutualista, derivada de su condición de tomador de un seguro se rige por la Ley 50/1980 de 8 de octubre del Contrato de Seguro y por las condiciones generales, particulares y especiales de la póliza.

PROCEDIMIENTO A SEGUIR EN CASO DE RECLAMACIÓN O LITIGIO

En caso de conflicto con la Mutualidad, el asegurado puede proceder a realizar cualquiera de las siguientes actuaciones.

- ✓ Interposición de la reclamación dirigida al departamento que corresponda dentro de la Mutualidad.
- ✓ Presentación de la reclamación o queja al Servicio de Atención al Cliente de la Mutualidad. En el apartado "Defensor del cliente de Seguros" de la página web de la Mutualidad, www.previs.es, podrá encontrar la Hoja de Quejas y Reclamaciones y el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente.
- ✓ Efectuar reclamación al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones organismo público que tiene las competencias de control y supervisión de la Mutualidad. (www.dgsfp.mineco.es)
- ✓ Acudir a la Justicia ordinaria. Las acciones que deriven del presente contrato prescribirán en el término de 5 años, a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

SITUACIÓN FINANCIERA Y DE SOLVENCIA

En el apartado "Quiénes somos" de la página web de la Mutualidad se encuentra a disposición de todos los interesados el Informe sobre su situación financiera y de solvencia, tal y como establece el artículo 80 de la Ley de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

NOTA INFORMATIVA. SEGURO SUBSIDIO AUTÓNOMO CLÁSICO

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

a) Definición de las garantías, opciones y contingencias cubiertas: El objeto de este seguro es la cobertura del asegurado cuando por un accidente o proceso de enfermedad no pueda realizar su trabajo de manera total y durante un periodo temporal, siempre que cada una de las garantías hayan sido pactadas en las Condiciones Particulares, y que el acaecimiento de la contingencia se produzca dentro del período previsto en el contrato.

- ✓ **Garantía principal de Incapacidad Laboral Temporal:** Cubre la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares y hasta el plazo máximo pactado. El seguro podrá contratarse con periodo de franquicia, entendiéndose por tal el número de días al inicio de la baja en los que no se devengará indemnización alguna. La cobertura del seguro también podrá contratarse exclusivamente por enfermedad. Se establece un periodo de carencia de 2 meses para el caso de enfermedad, de 10 meses por embarazo y partos y de 6 meses en caso de enfermedad que requiera intervención quirúrgica salvo prescripción médica de urgencia. Corresponde con la garantía principal del seguro de obligada contratación.

Supuestos especiales de cobertura limitada:

- En el embarazo padecido por la Asegurada, el plazo máximo de cobertura para aquellas enfermedades o patologías que directa o indirectamente se relacionen con el embarazo queda limitado a 25 días para una misma anualidad de contrato, deduciéndose, en su caso, los días de franquicia contratada. En cualquier supuesto, cesará el derecho al devengo de la prestación el mismo día en que se produjera el parto o cesárea de uno o varios recién nacidos, aún cuando no haya alcanzado la Asegurada su total curación.
 - En el parto se establece una indemnización única equivalente a 20 días de la diaria contratada en caso de parto simple y de 30 días en caso de parto múltiple. Si se produce la adopción de hijos según los términos legalmente establecidos, se establece una indemnización única de 10 días.
 - En el caso de procesos por dolor en la espalda (lumbalgias, cervicalgias, dorsalgias, etc...), sea cual sea su causa, se indemnizarán un máximo de 15 días durante el primer año de vigencia de la póliza y 30 días a partir del segundo. Si se trata de una hernia discal el máximo se prolongará hasta los 120 días. Deduciéndose, en su caso y para cada supuesto, los días de franquicia contratada.
- ✓ **Garantía complementaria de Hospitalización médica:** Cubre la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares con un límite máximo de 90 días si como consecuencia de una enfermedad o accidente sufrido durante la vigencia de la póliza, el Asegurado tuviera que ser ingresado en un hospital. Se entiende que existe internamiento cuando se pasa al menos una noche en el hospital. Esta garantía no contempla franquicia pero establece un periodo de carencia de 6 meses desde la fecha de efecto de la póliza en caso de enfermedad, 10 meses para el riesgo de embarazo y sin carencia en caso de accidente.

La totalidad de las garantías descritas están sujetas a las condiciones, limitaciones y exclusiones previstas en la póliza.

NOTA INFORMATIVA. SEGURO SUBSIDIO AUTÓNOMO CLÁSICO

Conforme al artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro el Tomador del seguro tiene el deber de declarar a la Aseguradora, todas las circunstancias relacionadas con su estado de salud y del resto de los Asegurados, que sean conocidas por éstos y que puedan influir en la valoración del riesgo. Para ello, la Aseguradora hará entrega al Tomador del llamado "Cuestionario de salud y de actividad laboral" en el que se recogen determinadas preguntas sobre las circunstancias que inciden decisivamente en la valoración del riesgo y, en consecuencia, en el cálculo de la prima de seguro. Si el Tomador incurriera en reserva o inexactitud en las declaraciones reflejadas en el cuestionario, la Aseguradora quedará facultada para resolver el contrato relativo al Tomador o al Asegurado sobre el que se efectuó la reserva o inexactitud, mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes a contar desde el momento en que la Aseguradora tuvo conocimiento de las falsedades.

b) Periodo de vigencia del contrato: Una vez satisfecho el primer recibo de prima el contrato entrará en vigor. La duración de éste se entiende por un año prorrogable, salvo denuncia de las partes, con una anticipación de, al menos, un mes de antelación a la conclusión del periodo en curso cuando quién se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador. La fecha límite de permanencia es hasta la anualidad en que el asegurado cumpla 70 años.

c) Condiciones, plazos y vencimientos de las primas: Se pacta expresamente que las primas serán a cargo del Tomador. Las primas se establecerán por periodos anuales atendiendo a la edad actuarial y a la profesión del asegurado a la fecha de suscripción y, en caso de renovación se modificará según la nueva edad actuarial alcanzada y los capitales asegurados. El importe de la prima incluirá los recargos por gastos de gestión y fraccionamiento de la prima, así como los impuestos y recargos legalmente repercutibles. La tarifa de primas aplicables será la especificada en la Nota Técnica del seguro en cada momento.

d) Primas relativas a cada garantía: La prima aplicada a las garantías contratadas se corresponde con la Nota Técnica soporte de la operación. Para cada garantía, existe una tabla de primas por edades y grupo de riesgo en todas las oficinas del Mediador y en la página web de la Mutualidad (previs.es). La prima de las sucesivas prórrogas podrá variar cada año y será la que resulte de aplicar las tarifas de prima en función de la nueva edad alcanzada y el capital asegurado, en su caso, las posibles modificaciones del riesgo.

La Mutualidad establecerá las tarifas de primas que deberán ser suficientes, según hipótesis actuariales razonables, para permitir a la Mutualidad satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de Seguro y, en particular, constituir las provisiones técnicas adecuadas. Asimismo, responderán al régimen de libertad de competencia en el mercado de Seguros sin que, a estos efectos, tenga el carácter de práctica restrictiva de la competencia la utilización de tarifas de primas de riesgo basadas en estadísticas comunes.

e) Modalidades y plazo para el ejercicio del derecho de resolución: El contrato tendrá duración anual, salvo que en la póliza se establezca expresamente un plazo distinto, y se prorrogará automáticamente a su vencimiento por periodos anuales, salvo:

- ✓ Inexactitud o reticencia en las declaraciones efectuadas por el Tomador o Asegurado, para lo que el Asegurador podrá rescindir el contrato mediante

NOTA INFORMATIVA. SEGURO SUBSIDIO AUTÓNOMO CLÁSICO

declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud de éste.

- ✓ Que el Asegurado cese toda actividad laboral o profesional o pase a situación de desempleo o jubilación.
- ✓ Que entre en situación de invalidez permanente e irreversible.
- ✓ Impago de la prima.
- ✓ Fallecimiento del asegurado.
- ✓ Rescisión por solicitud del asegurado: la solicitud de rescisión por parte de la asegurado sólo tomará efecto mediante comunicación escrita remitida a la Entidad Aseguradora, sin perjuicio de los derechos que por ley se le otorgan al Beneficiario de carácter irrevocable.

La renovación del seguro no es vitalicia, por lo que el seguro se extinguirá:

- Cuando finalice la anualidad en la que el Asegurado cumpla los 70 años de edad.
- Cuando el asegurado traslade su residencia fuera de España.

f) Derecho de rehabilitación:

En esta modalidad de seguro, no existe el derecho de rehabilitación.

g) Régimen fiscal aplicable: Las primas pagadas por autónomos y profesionales liberales, que tributen por actividades económicas en el IRPF por estimación directa, serán gasto deducible de su actividad económica hasta 500,00 € por persona para aquellos seguros que den cobertura a éste, a su cónyuge o a sus descendientes.