

NOTA INFORMATIVA PREVIA

Deber particular de información, en el caso de seguros de salud, sobre los aspectos recogidos en el artículo 126 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (RDOSSEAR).

“SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA TÚ E-LIGES”

1- DENOMINACIÓN Y DOMICILIO SOCIAL DE LA ASEGURODORA

MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A. tiene su domicilio social en España, Ctra. de Pozuelo nº 50, 28222, Majadahonda (Madrid), y en su actividad aseguradora se halla sometida a la supervisión y control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. (Clave de la entidad: C-0058).

El Informe sobre la situación financiera y de solvencia del Asegurador regulado en el artículo 80 de la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras se encuentra a su disposición en la página web www.mapfre.com/corporativo-es/accionistas-inversores/informacion-financiera/solvencia/ donde puede acceder al mismo.

Cuando la distribución de los contratos de seguro se lleva a cabo directamente por la compañía aseguradora, se informa de que los empleados comerciales de la misma perciben por dicha distribución una retribución variable, de lo que les informamos en cumplimiento de la normativa en materia de distribución de seguros.

2- NOMBRE DEL PRODUCTO

Asistencia Sanitaria Tú e-liges (Condicionado General en www.mapfre.es).

3- TIPO DE SEGURO

Es un seguro de enfermedad de la modalidad de asistencia sanitaria por el que la Aseguradora asume el compromiso de proporcionar al Asegurado, la asistencia médica que precise, en caso de enfermedad o accidente.

- ✓ La asistencia sanitaria se presta a través de los médicos o centros concertados por la Aseguradora incluidos en su Guía Médica Asistencial (Cuadro Médico).
- ✓ El Asegurado no tiene que efectuar ningún desembolso económico directo al profesional o centro médico para recibir la asistencia médica solicitada, no obstante, deberá abonar a la Aseguradora, para alguna prestación, los importes que se señalen en las Condiciones Particulares de su póliza en concepto de “copago”.
- ✓ En ningún caso la Aseguradora hará reembolsos de cantidades al Asegurado por la asistencia.

4- CUESTIONARIO DE SALUD

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” 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.

5- DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS Y OPCIONES OFRECIDAS

GARANTÍAS PRINCIPALES (contratación obligatoria)

Garantía Extrahospitalaria. Comprende:

- ✓ **Asistencia Primaria:** cubre la asistencia médica primaria (medicina general, pediatría y puericultura, enfermería, medios de diagnóstico y atención de urgencias domiciliarias y ambulatorias) prestada en la consulta del facultativo y/o en el domicilio del Asegurado.

Las prestaciones de pediatría y puericultura también cubren el llamado programa de medicina preventiva del niño sano dirigido fundamentalmente a niños desde su nacimiento hasta los 14 años de edad y comprende: la entrega de un documento de salud infantil para el seguimiento de la salud del niño, exploración neonatal y detección precoz de anomalías, exámenes periódicos de salud para el control de la nutrición y el desarrollo psicofísico, vacunaciones de acuerdo con el calendario oficial, registro de incidencias y enfermedades detectadas; y asesoramiento y educación para la salud infantil.

- ✓ **Asistencia Especializada Ambulatoria:** cubre la asistencia por facultativo de las distintas especialidades médica-quirúrgicas cubiertas por la póliza, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos y cirugía menor que exclusivamente se realicen en consulta y/o sala de curas, y los siguientes servicios complementarios o tratamientos especiales:

- **Programas de Medicina Preventiva** para la prevención de enfermedades: programa de detección precoz de la sordera en niños (máximo 20 sesiones de logopedia por Asegurado y año) y, exclusivamente para los casos de sordera bilateral y mayor de 40 dBHL en el oído más sano, 2 audífonos, uno para cada oído, durante toda la vigencia de la póliza, (con un límite máximo de 2.000 euros cada uno), de diagnóstico precoz de enfermedades de la mama, de diagnóstico precoz de enfermedades ginecológicas, de diagnóstico precoz de enfermedades coronarias e ictus, de diagnóstico precoz de enfermedades de la próstata, de diagnóstico precoz de la diabetes, de seguimiento y tratamiento del enfermo diabético, de diagnóstico precoz del glaucoma, de rehabilitación cardiaca (máximo de 30 sesiones por Asegurado y año), de detección del cáncer de colon, de detección precoz del melanoma, cribaje neuroisquémico del pie diabético y diagnóstico precoz del cáncer de pulmón.

- **Programas especiales:**

Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal: cubre la consulta con el psicólogo y los tratamientos de psicoterapia pautados hasta un máximo de 20 sesiones por Asegurado y año, salvo en el supuesto de trastornos de la alimentación, acoso escolar o violencia de género que se amplía hasta un máximo de 40 sesiones.

Osteopatía: cubre la consulta del osteópata y los tratamientos que se pauten hasta un máximo de 8 sesiones por Asegurado y año.

Estudio biomecánico de la marcha: cubre la realización de un estudio en el análisis de la marcha cada 5 años, y en niños (hasta los 14 años de edad) cada 2 años.

Tratamiento de esterilidad de la pareja: cubre el tratamiento y estudio de la esterilidad, dos intentos de inseminación artificial y uno de fecundación "in vitro" de las parejas que no hayan tenido descendencia que estén asegurados en la póliza, que no se hayan sometido a una cirugía anticonceptiva, que no hayan cumplido 40 años y sobre los que se haya confirmado el diagnóstico de esterilidad.

- ✓ **Asistencia Especializada Obstétrica:** cubre la asistencia del obstetra o del ginecólogo exclusivamente en consulta, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios del seguimiento del embarazo de la Asegurada, los programas de medicina preventiva de preparación al parto y de seguimiento y tratamiento de la diabetes en el embarazo.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS (contratación obligatoria)

- ✓ **Segundo Diagnóstico Internacional:** Cubre el servicio de interconsulta con un especialista o centro hospitalario acreditado a nivel mundial, con el fin de confirmar un diagnóstico o diferentes alternativas terapéuticas según la relevancia de la patología a tratar.
- ✓ **Asistencia en Viaje:** cubre las prestaciones que se indican a continuación durante los 90 primeros días consecutivos de un viaje o desplazamiento del Asegurado en el extranjero que le impida continuar el viaje; a saber: asistencia médica, desplazamiento y alojamiento de un acompañante del Asegurado hospitalizado, prolongación de la estancia del Asegurado, envío de medicamentos, repatriación sanitaria del Asegurado, repatriación del Asegurado fallecido, transporte de un acompañante del Asegurado fallecido, repatriación de los Asegurados acompañantes del Asegurado, interrupción del viaje y entrega de efectivo en el extranjero.
- ✓ **Fallecimiento por Accidente:** cubre a los beneficiarios designados en la póliza con una indemnización máxima de 12.000 euros si como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza se produjese el fallecimiento del Asegurado inmediatamente, o en el plazo máximo de 365 días, a contar desde la fecha del accidente.

GARANTÍA OPCIONAL

- ✓ **Garantía Bucodental/Suplemento Odontológico:** esta garantía amplía las prestaciones dentales incluidas en la Garantía de Asistencia Especializada Ambulatoria con nuevas prestaciones que, en algunos casos, implican el pago de precios convenidos.

6- EXCLUSIONES DE COBERTURA

EXCLUSIONES GENERALES:

La póliza no cubre:

- ✓ **Salvo autorización expresa de MAPFRE ESPAÑA no está cubierta en ningún caso la asistencia sanitaria prestada por médicos, servicios o centros no concertados con MAPFRE ESPAÑA ya sean de titularidad pública o privada (aun cuando ésta haya sido ordenada por servicios concertados), así como los gastos médicos, hospitalarios y de cualquier clase derivados de prestaciones que los médicos, servicios o centros no concertados puedan prescribir, ni los reembolsos de dichos gastos o cualquier otro tipo de indemnización. En caso de urgencia extrema y vital el Asegurado podrá ser atendido por el médico o centro hospitalario más próximo, según se recoge en el epígrafe 3.2 “Garantía Hospitalaria”, de las presentes Condiciones Generales. La Aseguradora podrá reclamar al asegurado los gastos que haya tenido que abonar al sistema sanitario público por la asistencia que le hayan prestado en supuestos no cubiertos, de conformidad con lo establecido en estas Condiciones Generales.**
- ✓ **La asistencia sanitaria y/o los gastos derivados de enfermedades, defectos y malformaciones preexistentes a la fecha de contratación del seguro que, siendo conocidas por el Asegurado, no hayan sido declaradas en el correspondiente cuestionario de salud.**
- ✓ **Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.**
- ✓ **Todos aquellos procedimientos médicos, quirúrgicos y medios de diagnóstico que sean considerados técnicas novedosas o de nueva implantación conforme a lo establecido en las Condiciones Generales.**
- ✓ **Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas en general, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.**
- ✓ **La mamoplastia o cirugía mamaria de aumento y la mastopexia. La cirugía reconstructora de la mama salvo después de mastectomía oncológica y/o después de cirugía profiláctica de los casos de cáncer de mama expresamente incluidos en el Artículo 3º, punto 3.2.1. “Hospitalización Quirúrgica” de las Condiciones**

Generales. La mamoplastia de reducción o cirugía de reducción mamaria salvo en los casos expresamente incluidos en el Artículo 3º, punto 3.2.1. "Hospitalización Quirúrgica" de las Condiciones Generales.

- ✓ Los tratamientos e intervenciones esclerosantes venosos, los tratamientos cosméticos y de la alopecia androgénica.
- ✓ Las piezas anatómicas ortopédicas, material ortopédico, los injertos osteoconductores, osteoinductores, terapias celulares, así como los factores de crecimiento/plasma rico en plaquetas, las prótesis, implantes y kits, salvo los incluidos en el Anexo I de las Condiciones Generales y hasta la cuantía máxima fijada en la póliza.
- ✓ Las órtesis, miembros u órganos artificiales y, en general, cualquier material ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, monitorizaciones, así como los gastos de mantenimiento y reparación de los mismos y en general cualquier producto o asistencia utilizados con fines sociales. Los productos farmacéuticos, vacunas (excepto las incluidas en el Programa del Niño Sano), autovacunas y jeringuillas, así como el D.I.U. (salvo en los Programas de Medicina Preventiva).
- ✓ El mantenimiento de los audífonos incluidos en el Programa de Tratamiento de la Sordera en Niños.
- ✓ Los tratamientos con cámara hiperbárica, los monitores de apnea, tratamientos farmacológicos y concentradores de oxígeno portátiles.
- ✓ Los tratamientos médicos, quirúrgicos y/o farmacológicos experimentales, los medicamentos de uso compasivo y las medicinas alternativas, tales como la organometría, acupuntura, homeopatía y similares.
- ✓ La asistencia sanitaria y todos los gastos médico-quirúrgicos derivados del tratamiento de patologías adictivas.
- ✓ La medicación complementaria a tratamientos quimioterápicos.
- ✓ La cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas.
- ✓ La cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía), cirugía de la presbicia, así como los costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos. Terapia fotodinámica en Oftalmología.
- ✓ Cirugías preventivas, chequeos, exámenes médicos generales de carácter preventivo, excepto los Incluidos en los programas de Medicina Preventiva expresamente pactados en la póliza, siempre que se utilicen los Servicios concertados por la Entidad.
- ✓ Periodoncia, endodoncia, empastes, ortodoncia, prótesis dentales, implantes y demás tratamientos dentales, salvo que se contrate la Garantía Bucodental/Suplemento Odontológico y se utilicen los Servicios Concertados por la Aseguradora.
- ✓ Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como para tratamientos de fisioterapia y rehabilitación, salvo que concurren las circunstancias establecidas para enfermos en situación de Hospitalización, según lo recogido en la descripción del "Servicio de Ambulancia", así como los gastos de desplazamiento originados para asistir a centros médicos y hospitales fuera de la localidad de residencia del Asegurado.
- ✓ La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de tentativa de suicidio o autolesión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- ✓ La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y las producidas por la práctica como profesional de cualquier deporte, así como por la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo.

- ✓ La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.
- ✓ La asistencia sanitaria y los gastos médicos derivados de las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radiactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional", así como en las epidemias declaradas oficialmente.
- ✓ Procesos psiquiátricos crónicos y realización de test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, sofrología, tratamiento para la narcolepsia y rehabilitación psicosocial o neuropsicológica en procesos psiquiátricos agudos.
- ✓ La póliza no cubre la asistencia sanitaria y/o los gastos correspondientes a la atención a recién nacidos, salvo que se incluyan en la póliza como asegurados, según lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.
- ✓ La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.
- ✓ Cualquier estudio genético, excepto cuando, en el marco del cuadro clínico, la confirmación del diagnóstico genético condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación y siempre que en este caso el estudio necesario figure en el listado incluido en el Anexo I. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.
- ✓ Partos y técnicas de recuperación postparto.
- ✓ Cirugía de cambio de sexo.
- ✓ La educación para el lenguaje, la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos, la terapia de mantenimiento u ocupacional, así como los tratamientos de rehabilitación en asistencia extrahospitalaria para el Daño Medular.
- ✓ Toda técnica quirúrgica o procedimiento terapéutico que use el láser. La cirugía del Parkinson y la cirugía de la Epilepsia.
- ✓ La digitalización del estudio biomecánico de la marcha y la fabricación de las plantillas personalizadas.
- ✓ En reproducción asistida, la medicación, la congelación/descongelación de embriones, esperma y óvulos, el diagnóstico preimplantacional, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma.
- ✓ El tratamiento quirúrgico de la impotencia coeundi.
- ✓ Los relacionados con procesos de gestación por sustitución cualquiera que sea el país en el que se haya seguido.
- ✓ Tratamientos farmacológicos en Oncología, Reumatología o cualquier otra especialidad que no precisan aplicación en un centro hospitalario, aunque se dispensen los medicamentos en el propio hospital.
- ✓ La utilización de cualquier aparato, dispositivo y/o fungible de uso médico y reciente aparición, para pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos que, teniendo la marca CE, se utilice en especialidades médico/quirúrgicas y cuyo coste supere 1.000 euros.
- ✓ Tratamientos de radioterapia mediante protones.
- ✓ Medicamentos novedosos, así como biomateriales y medicamentos de terapias avanzadas tanto génica como celular. Medicamentos biológicos, excepto: vacunas, moduladores inmunológicos, productos derivados de la sangre, el plasma humano y anticuerpos monoclonales para uso no oncológico cuyo coste por dosis supere los 700€.

- ✓ Los gastos médicos derivados del tratamiento del lipedema.
- ✓ En la garantía de Reembolso de Gastos de Farmacia quedan excluidas todas aquellas vacunas necesarias por motivos de viajes al extranjero, otras vacunas de carácter preventivo no enunciadas anteriormente, ni las que se encuentren en fase de desarrollo experimental. Igualmente, no serán reembolsables los gastos generados por productos que no contengan principio activo medicamentoso como pueden ser, a título meramente enunciativo y no limitativo, los productos de dermocosmética, parafarmacia, complementos alimenticios, así como los geles, cremas, sueros fisiológicos, cosméticos, etc.
- ✓ La cirugía de la obesidad y/o bariátrica.
- ✓ La fisioterapia y/o rehabilitación respiratoria y de la articulación temporo-mandibular (ATM), así como cualquier otro tipo/técnica de fisioterapia/rehabilitación que no esté expresamente cubierto en estas Condiciones Generales.
- ✓ El trasplante heterólogo de médula ósea, así como cualquier otro que no esté expresamente incluido en el Artículo 3º, punto 3.2.1. "Hospitalización Quirúrgica" de las Condiciones Generales.
- ✓ El tratamiento de crioterapia, así como cualquier otra terapia focal para el tratamiento de cualquier tipo de cáncer.
- ✓ Los paneles de biología molecular para diagnóstico por PCR de enfermedades infecciosas.
- ✓ La asistencia sanitaria y los gastos médicos derivados de hechos de la circulación cubiertos por el Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil en la circulación de vehículos a motor del responsable.
- ✓ La terapia con campos eléctricos para el tratamiento de tumores.

Estas exclusiones comprenden la enfermedad, accidente o hechos señalados, sus secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados por o a consecuencia de todos los supuestos indicados anteriormente.

PERÍODOS DE CARENCIA

Para determinadas prestaciones será necesario que hayan transcurrido los siguientes períodos de carencia:

- ✓ **Carencia de 6 meses:** TAC coronario, resonancia magnética, PET, CPAP, BIPAP, medicina nuclear e isótopos radioactivos, rehabilitación y rehabilitación cardíaca, consulta y tratamientos de psicoterapia breve o focal, consulta y tratamientos de osteopatía y genética.
- ✓ **Carencia de 8 meses:** preparación al parto e intervenciones quirúrgicas en régimen ambulante.
- ✓ **Carencia de 48 meses:** el estudio de la esterilidad y los tratamientos mediante técnicas de reproducción asistida (al ser necesaria la inclusión de ambos miembros de la pareja, el período de carencia se aplicará con relación al alta más reciente, de no haberse contratado en la misma fecha).

En los supuestos en que la causa determinante de la prestación sea un accidente no se aplicará periodo de carencia alguno.

Respecto de las exclusiones y períodos de carencia de las Garantías de Asistencia en Viaje y Fallecimiento por Accidente nos remitimos, por su extensión, al Condicionado General (www.mapfre.es).

7- FORMA DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

FRANQUICIAS

Para determinadas garantías el Asegurado deberá asumir el pago de las siguientes franquicias:

- ✓ Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal: consulta/sesión 12 euros.
- ✓ Tratamientos de osteopatía: consulta/sesión 12 euros.
- ✓ Reproducción asistida:
 - ✓ Aplicación de técnicas ICSY o micro inyección espermática..... 360 euros.
 - ✓ Punción testicular (obtención de espermatozoides)..... 300 euros.
- ✓ Garantía bucodental/Suplemento odontológico: nos remitimos por su extensión al Suplemento anexo a las Condiciones Generales.

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS (CO-PAGO)

El Asegurado participará en el coste de los servicios mediante el abono a la Aseguradora por cada asistencia médica de los importes que se señalen en las Condiciones Particulares de su póliza, en concepto de “copago”.

8- CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTOS DE LAS PRIMAS

8.1. CUESTIONES GENERALES

La duración del seguro, salvo que se establezca otra cosa en la póliza, tiene carácter anual, prorrogable por iguales períodos de tiempo, indicándose el período de vigencia del seguro a que corresponde (toma de efecto y fecha de vencimiento).

En caso de fraccionamiento del pago, la entidad aseguradora informará del importe correspondiente a cada una de las fracciones de la prima anual y del recargo que corresponda.

El pago de la prima se realizará mediante domiciliación bancaria, en la cuenta que sea designada por el tomador a estos efectos.

En caso de contratación a distancia, el tomador, cuando sea consumidor, esto es, persona física que actué con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, dispondrá de un plazo de 14 días naturales para desistir del contrato, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro.

Dicho plazo se contará desde el día de la celebración del contrato o desde la fecha en que la Aseguradora le entregue la póliza o documento de cobertura provisional. El tomador habrá de comunicarlo a la Aseguradora por un procedimiento que permita dejar constancia de la notificación de cualquier modo admitido en Derecho y estará obligado a pagar la prima correspondiente hasta el momento del desistimiento. En caso de que la prima hubiera sido cobrada, la Aseguradora reembolsará al tomador, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, dicho importe, salvo la parte correspondiente al período de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia hasta el momento del desistimiento.

8.2. COMUNICACIÓN ANUAL DEL VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS Y ACTUALIZACIONES

La prima de las sucesivas prórrogas podrá variar cada año y será la que resulte de aplicar las tarifas de prima que tenga establecidas la Aseguradora en cada momento, fundadas en criterios técnico – actuariales, teniendo en cuenta, en su caso, las posibles modificaciones del riesgo, la frecuencia de utilización de los servicios médicos y la incorporación a la póliza de innovaciones tecnológicas u otras mejoras.

De acuerdo con lo anterior, los incrementos de prima puedan ser ajenos al IPC general.

La Aseguradora, al menos dos meses antes del vencimiento del contrato, comunicará al Tomador del seguro el importe de la prima para el nuevo período de cobertura mediante envío del oportuno aviso de cobro del recibo.

Así mismo se informará, en su caso, en cada renovación, de las actualizaciones de capitales asegurados, prestaciones y cuadro médico.

8.3. TARIFAS DE PRIMA. IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO A CONSIDERAR EN EL CÁLCULO DE LA PRIMA

La prima aplicable en las sucesivas renovaciones de la póliza se determinará conforme a lo establecido en el apartado 8.2, teniendo en cuenta en todo caso en las tarifas los factores de riesgo edad y zona de residencia.

En contratación individual, el factor de riesgo edad provoca modificaciones en la prima año a año sin considerarse agrupaciones de tramos de tarifa.

Para consultar la tarifa completa correspondiente a todos los tramos de edad, puede acceder al siguiente enlace www.mapfre.es, estando además a disposición de los asegurados en cualquiera de nuestras oficinas. Las tarifas referidas son las tarifas estándar de nueva contratación, sin aplicación de bonificaciones ni descuentos o recargos especiales.

La Aseguradora comunicará al tomador la modificación de la estructura de tramos de edad existente en el momento de la contratación.

8.4. CONDICIONES DE RESOLUCIÓN Y OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA

El contrato tendrá duración anual, salvo que en la póliza se establezca expresamente un plazo distinto, y se prorrogará automáticamente a su vencimiento por períodos anuales, salvo que:

- ✓ Alguna de las partes se oponga a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de antelación a la conclusión del periodo en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador, sin perjuicio de lo establecido en el apartado 13 de esta Nota.
- ✓ El Tomador se oponga a la prórroga en la forma prevista en el apartado 8.2 en caso de incremento de prima.

8.5. DERECHO DE REHABILITACIÓN

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

8.6. LÍMITES Y CONDICIONES RELATIVOS A LA LIBERTAD DE ELECCIÓN DEL PRESTADOR

Dentro del cuadro médico de este producto el asegurado podrá elegir libremente el prestador de la asistencia sanitaria entre los concertados para cada especialidad, prueba o acto médico, así como acceder a sus servicios con los límites y condiciones establecidos en la póliza, previa autorización de la Compañía en aquellos casos en los que ésta sea requerida.

A tal efecto, estará disponible en la página web de la entidad (www.mapfre.es) el cuadro médico actualizado.

9- TRIBUTOS REPERCUSITIBLES

Recargos a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

10- INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

10.1. PROCEDIMIENTO PARA LA FORMULACIÓN DE QUEJAS O RECLAMACIONES

Conforme a la normativa establecida para la protección de los usuarios de los servicios financieros, en el caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato de seguro, el Tomador del seguro, el Asegurado, los beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes, podrán formular reclamación o queja mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por escrito (Apartado de correos 281-28220 Majadahonda, Madrid), o por medios electrónicos a través de la Web www.mapfre.es, de conformidad con el Reglamento para la Solución de Conflictos entre las Sociedades del Grupo MAPFRE y los Usuarios de sus Servicios Financieros, que puede consultarse en la página Web [“mapfre.es”](http://mapfre.es), y las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato. Le informamos igualmente de que, de no estar conforme con la resolución de su reclamación, en aquellos casos en que sea competente para intervenir el Defensor del Asegurado de acuerdo con nuestras normas, Ud. podrá solicitar la remisión de la misma a dicho Defensor.

Asimismo, podrán formular reclamaciones y quejas los clientes de la Aseguradora, así como sus derechohabientes, en relación con la actuación de sus agentes de seguros y operadores de bancaseguros, de conformidad con el Reglamento y el procedimiento antes citados.

La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la legislación que les resulte aplicable y en el teléfono 900 205 009.

Desestimada dicha reclamación o queja o transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación, el usuario podrá formular reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana 44, 28046, Madrid; página web, www.dgsfp.mineco.es), a cuyo efecto, si lo solicita, pondremos a su disposición el formulario correspondiente.

Solo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de mediadores o árbitros, de acuerdo a la legislación vigente.

10.2. JURISDICCIÓN APLICABLE

El contrato quedará sometido a la legislación española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado.

11- LEGISLACIÓN APLICABLE

- 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 (LOSSEAR).
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (ROSSEAR).

12- RÉGIMEN FISCAL

Las primas de seguro no son deducibles en el IRPF, excepto aquellas que puedan calificarse como remuneración a favor de terceros dentro de los gastos deducibles de los regímenes de actividades económicas. Para ser deducibles, las primas deben de ser imputadas en el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) a los trabajadores dependientes. Esta imputación de primas como retribución en especie está exenta en 500 euros por cada familiar de primer grado asegurado en la póliza.

13- COMPROMISO DE NO OPOSICIÓN A LA PRÓRROGA

1. La entidad aseguradora no se opondrá a la prórroga del contrato de seguro en los casos en que el asegurado padezca una enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico de la misma se haya producido durante su período de alta en la póliza. Las enfermedades incluidas en el presente supuesto se enumeran a continuación:
 - Procesos oncológicos activos.
 - Enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
 - Trasplante de órganos.
 - Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
 - Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
 - Insuficiencia renal aguda.
 - Insuficiencia respiratoria crónica.
 - Hepatopatías crónicas (Excluidas las de origen alcohólico).
 - Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardíaca.
 - Degeneración macular.
2. La entidad aseguradora no se opondrá a la prórroga del contrato de seguro cuando el asegurado tenga más de 65 años, siempre y cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin mediar impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 o más años.
3. Los apartados 1 y 2 anteriores quedarán sin efecto cuando el asegurado hubiese incumplido sus obligaciones contractuales o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo en la declaración del riesgo o cuando se produzca el impago de la prima o el tomador se niegue a aceptar la actualización de la misma.
4. La aplicación de los apartados 1 y 2 anteriores requiere la aceptación del tomador del pago de la prima que le corresponda para su participación en el coste de los servicios, que conlleva la actualización periódica de la prima para su adecuación a la evolución de los costes del seguro conforme a criterios actariales y dentro de los límites de la normativa de aplicación y del contrato vigente.