

NOTA INFORMATIVA

Deber particular de información, en el caso de seguros de salud, sobre los aspectos recogidos en el artículo 104 del Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (ROSSP)

SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA ELECCIÓN

1- DENOMINACIÓN Y DOMICILIO SOCIAL DE LA ASEGURADOR A:

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 del Ministerio de Economía y Competitividad a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

2- NOMBRE DEL PRODUCTO:

Asistencia Sanitaria Elección (**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 se presta a través de los médicos o centros concertados por la Aseguradora incluidos en las Guías de Asistencia Médica (Primaria y Odontológica y Especializada) elaboradas por la Aseguradora.
- ✓ El Asegurado no tiene que efectuar ningún desembolso económico para recibir la asistencia médica solicitada, excepto en la Garantía de Asistencia Médica Especializada y en la Garantía Bucodental en las que el Asegurado tiene que asumir el pago de determinados importes.

4- CUESTIONARIO DE SALUD:

El artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro establece el deber que tiene el Tomador del seguro 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):

COBERTURA DE ASISTENCIA MÉDICA EN ESPAÑA:

✓ **Garantía de Asistencia Médica 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 11 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.

✓ **Garantía de Asistencia Médica Especializada:** cubre la asistencia médica en consulta o en régimen hospitalario (en este último caso, siempre y cuando el Asegurado no requiera ingreso con pernocta) de las especialidades médicas indicadas en la Guía de Asistencia Médica Especializada, por un importe que no deberá superar los precios máximos pactados en dicha Guía.

✓ **Garantía Bucodental:** esta garantía amplía las prestaciones dentales incluidas en la Garantía de Asistencia Médica Especializada con nuevas prestaciones que, en algunos casos, implican el pago de una franquicia.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS DE ASISTENCIA MÉDICA (contratación opcional en función de las restantes garantías contratadas):

✓ **Garantía de 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.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS (contratación opcional en función de las restantes garantías contratadas):

COBERTURA DE DECESOS:

✓ **Garantía de Reembolso de Gastos derivados de la Repatriación del Asegurado Fallecido:** cubre el reembolso de los gastos devengados como consecuencia de la repatriación del Asegurado fallecido, ya sea por enfermedad o accidente, desde el país de fallecimiento hasta el de inhumación, cremación o celebración de la ceremonia funeraria y, hasta el límite económico máximo fijado en las Condiciones Particulares de la póliza.

Garantía de Asistencia en caso de Fallecimiento:

✓ **Coordinación del servicio funerario en España:** la Aseguradora se compromete a poner a disposición de los familiares del Asegurado fallecido, el personal necesario para organizar, coordinar y gestionar el sepelio del Asegurado fallecido en España.

✓ **Tramitación de documentos por fallecimiento en España:** la Aseguradora gestionará y asumirá los gastos que como consecuencia del fallecimiento del Asegurado en territorio español, sean necesarios para la tramitación y obtención de determinada documentación en organismos situados en España. Por ejemplo: certificado de inscripción de la defunción; libro de familia actualizado; solicitud de la pensión de viudedad; solicitud de la pensión de orfandad, etc.

COBERTURA DE ASISTENCIA URGENTE EN VIAJE EN EL EXTRANJERO:

✓ **Asistencia urgente en viaje en el extranjero:** 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.

6- EXCLUSIONES DE COBERTURA:

EXCLUSIONES GENERALES: se excluyen de las garantías de la póliza los riesgos que se indican a continuación:

✓ La asistencia médica prestada por médicos, centros o servicios no concertados con la Aseguradora, ya sean de titularidad pública o privada, aun cuando esta asistencia haya sido prescrita por alguno o algunos Servicios Concertados, así como los gastos médicos u hospitalarios ocasionados por asistencias médicas que los facultativos no concertados pudieran ordenar, el reembolso de dichos gastos o cualquier otro tipo de indemnización.

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.

✓ Las enfermedades, defectos y malformaciones (incluidas las congénitas), contraídas, manifestadas o conocidas por el Asegurado antes de la fecha de efecto de su alta en la póliza, así como las secuelas producidas por ellas, y los defectos de nacimiento, salvo que hubieran sido aceptadas expresamente por la Aseguradora en las Condiciones Particulares de la póliza.

✓ La asistencia médica de carácter urgente o urgente extrema y vital que no sea objeto de cobertura.

✓ Las lesiones y consecuencias derivadas de accidentes producidos con anterioridad a la inclusión de cada Asegurado en la póliza.

✓ Los gastos derivados de los traslados o desplazamientos del Asegurado en cualquier medio de transporte, incluido el traslado o desplazamiento en ambulancia.

✓ La asistencia y los gastos médicos derivados de intervenciones quirúrgicas que requieran ingreso hospitalario, las hospitalizaciones de cualquier tipo, así como cualesquiera servicios hosteleros y sociales.

✓ Las piezas anatómicas ortopédicas, material ortopédico, los injertos osteoconductores, osteoinductores e injertos celulares, prótesis e implantes.

✓ Los medicamentos de cualquier tipo.

✓ La cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía) y la cirugía de la presbicia, así como los costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos.

✓ La asistencia y los gastos médicos derivados de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (SIDA), el tratamiento del alcoholismo y la drogadicción.

✓ La asistencia y los gastos médicos derivados de la participación del Asegurado en apuestas o desafíos y las producidas por la práctica como profesional, incluidos los entrenamientos de cualquier deporte, así como por la práctica como aficionado de actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos a motor, rugby, espeleología, toreo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo análogo.

✓ La asistencia y 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 médica y los gastos derivados de:

- actos de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular; así como los derivados de actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, o durante el transcurso de huelgas legales.
- hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.
- conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias (incluyendo los embates de mar), erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados).
- reacción o radiación nuclear o contaminación radioactiva.
- las epidemias declaradas oficialmente.
- hechos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de "catástrofe o calamidad nacional".

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.

Respecto de las exclusiones propias de cada garantía nos remitimos, por su extensión, al Condicionado General (www.mapfre.es).

PERÍODOS DE CARENCIA:

Todas las garantías entrarán en vigor una vez que haya tomado efecto la póliza, excepto la Garantía de Reembolso de Gastos derivados de la Repatriación del Asegurado Fallecido, en la que será necesario que hayan transcurrido 6 meses desde la fecha de alta del Asegurado en la póliza, si el fallecimiento tiene su causa en una enfermedad. Si dicha causa es un accidente, no se aplicará período de carencia alguno.

7- FORMA DE COBRO DE LA PRESTACIÓN:

CO-PAGO:

El Asegurado abonará por cada asistencia médica primaria el importe que se señale en las Condiciones Particulares en concepto de "co-pago" o participación en el coste de los servicios.

IMPORTES/FRANQUICIAS:

En la Garantía de Asistencia Médica Especializada y en la Garantía Bucodental el Asegurado deberá abonar directamente al servicio concertado la asistencia médica prestada por importe que no deberá superar los importes o franquicias pactados en la póliza.

Dichos precios serán revisados por la aseguradora en cada anualidad en función de las variaciones que sufran los costes asistenciales.

8- CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTOS DE LAS PRIMAS:

CUESTIONES GENERALES:

La duración del seguro, salvo que se establezca otra cosa en la póliza, tiene carácter anual, indicándose el período de vigencia del seguro a que corresponde (toma de efecto y fecha de vencimiento). En caso de fraccionamiento la entidad aseguradora informará de la prima correspondiente a cada una de las fracciones de la anualidad.

EVOLUCIÓN ANUAL DE LA PRIMA:

Las causas más frecuentes para la determinación de la prima en los años sucesivos son la actualización de la tarifa, tal y como se recoge en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (artículo 25), los factores de riesgo edad, y zona de residencia, la frecuencia de utilización de los servicios médicos y, en su caso, la incorporación a la póliza de las innovaciones tecnológicas de nueva aparición.

En contratación individual, el factor de riesgo edad provoca modificaciones en la prima año a año sin considerarse agrupaciones de tramos de tarifa. En cada renovación, la Aseguradora podrá modificar o ampliar los factores de riesgo que permitan valorar adecuadamente la siniestralidad por Asegurado.

COMUNICACIÓN ANUAL DEL VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS:

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

La Aseguradora, con 2 meses al menos de anterioridad al vencimiento del contrato, comunicará al Tomador del seguro el importe de la prima para cada nuevo período de cobertura mediante envío del oportuno aviso de cobro.

vSi la prima fijada para el nuevo período de cobertura implicase un incremento respecto de la del período precedente, el Tomador podrá dar por resuelto el mismo mediante notificación expresa a la Aseguradora, con anterioridad al vencimiento del contrato.

RENOVACIONES:

El contrato 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.
- ✓ El Tomador se oponga a la prórroga en la forma prevista en el apartado anterior.

La renovación del seguro, salvo oposición de alguna de las partes, es vitalicia.

TRIBUTOS REPERCUTIBLES:

El recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros para financiar las funciones de liquidación de entidades aseguradoras.

9- INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN:

El contrato 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 uno en España si estuviese domiciliado en el extranjero.

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 mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por carta (**Apartado de correos 281-28220 Majadahonda, Madrid**) o por correo electrónico (**reclamaciones@mapfre.com**) 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**", y a las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato.

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 Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica y en el teléfono **900.205.009**.

Desestimada dicha reclamación o transcurrido el plazo de dos meses a contar desde la fecha en que el reclamante la haya presentado, podrá éste formular reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (**Paseo de la Castellana 44, 28046, Madrid**); correo electrónico: **reclamaciones.seguros@mineco.es**, Oficina virtual: **oficinavirtual.dgsfp.@mineco.es**.

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 con la legislación vigente.

10- LEGISLACIÓN APLICABLE:

El contrato de seguro se rige por lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales y, salvo en pacto en contrario que resulte más beneficioso para el Asegurado, por la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980, de 8 de Octubre), el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados (Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre) y el Reglamento de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados (Real Decreto 2486/98, de 20 de Noviembre)

11- 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.