

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 y Supervisión de los Seguros Privados (ROSSP)

SEGURO DENTAL

1- DENOMINACIÓN Y DOMICILIO SOCIAL DE LA ASEGURADORA:

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:

Dental (Condicionado general en www.mapfre.es).

3- TIPO DE SEGURO:

Es un seguro de enfermedad, que incluye coberturas propias de la modalidad de asistencia sanitaria (cobertura odontológica) y otras propias de la modalidad de subsidio o indemnización (hospitalización por cualquier causa).

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, así como 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 aquellas 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 está 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 DE CONTRATACIÓN OBLIGATORIA

- **Cobertura odontológica:** cubre la asistencia médica en la consulta del odontólogo concertado por la Aseguradora. Las prestaciones dentales incluidas en esta cobertura, en algunos casos, implican el pago de una franquicia a cargo del Asegurado.
- **Garantía de Hospitalización por cualquier causa:** cubre la indemnización diaria pactada en las Condiciones Particulares por cada día que el Asegurado se encuentre ingresado en un hospital, con ocasión de una enfermedad o accidente, y hasta un límite máximo de 365 días, salvo en el caso de que el ingreso se deba a una enfermedad psiquiátrica o trastorno psicológico en cuyo caso se indemnizará al Asegurado hasta un límite máximo de 20 días.

6- EXCLUSIONES DE COBERTURA:

EXCLUSIONES PROPIAS DE CADA GARANTÍA:

- **Cobertura odontológica:** se excluyen de esta garantía los riesgos que se indican a continuación:
 - a) Las prestaciones dentales que pudieran ordenar facultativos no concertados con la Aseguradora.
 - b) Los honorarios profesionales, gastos hospitalarios y de anestesia cuando se precise medio hospitalario para la realización del tratamiento pautado al Asegurado.
- **Hospitalización por cualquier causa:** se excluyen de esta garantía los riesgos que se indican a continuación:
 - a) 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 aceptados expresamente por el Asegurador en las Condiciones Particulares de la póliza
 - b) Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.
 - c) Las esterilizaciones para ambos sexos, la fecundación in vitro, la inseminación artificial y el estudio o tratamiento de la esterilidad.
 - d) Los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo y los tratamientos psicológicos.
 - e) La participación del Asegurado en apuestas, desafíos y riñas, salvo que en este último caso hubiese actuado en caso de legítima defensa.
 - f) El suicidio y sus tentativas, así como la autolesión.
 - g) Los actos de guerra (haya o no declaración de guerra), terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, fugas radioactivas y otros hechos que sean declarados de carácter extraordinario o catastrófico.
 - h) Las enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos que no requieran ingreso hospitalario.

- i) El SIDA y/o enfermedades asociadas al virus HIV; el consumo por parte del Asegurado de estupefacientes no prescritos médicamente, la ingestión de bebidas alcohólicas, la toxicomanía y el alcoholismo.
- j) La cirugía de la refracción (corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.), y cirugía de la presbicia.
- k) Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarias como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- l) Epidemias oficialmente declaradas.
- m) La utilización como pasajero o tripulante de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público de viajeros.
- n) La práctica como profesional de cualquier deporte y, la práctica como profesional o aficionado de actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses bravas y cualquier otro deporte de alto riesgo.
- ñ) La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda indemnización relacionada con dicha interrupción.

Estas exclusiones comprenden tanto la enfermedad, accidente o hecho que se señala, como las secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados por o a consecuencia de todo lo anterior.

PERIODOS DE CARENCIA:

Las coberturas tomarán efecto una vez transcurrido el periodo de un mes, desde la fecha de efecto de alta del Asegurado en la póliza, salvo prescripción médica de urgencia.

7- FORMA DE COBRO DE LA PRESTACIÓN:

- **Cobertura odontológica:** el Asegurado participará en el coste de determinadas prestaciones mediante el pago de las franquicias dentales detalladas en el "Catálogo de franquicias" anexo a las Condiciones Generales.
- **Garantía de Hospitalización por cualquier causa:**

Tras obtenerse el alta hospitalaria del Asegurado y verificarse por la Aseguradora la procedencia de la indemnización solicitada, se procederá a su pago mediante transferencia bancaria y previa firma, por parte del Asegurado, del documento acreditativo de la liquidación.

El importe máximo de la indemnización diaria que abonará la Aseguradora será el señalado en las Condiciones Particulares, con independencia del número de intervenciones a que haya sido sometido el Asegurado durante su permanencia en el hospital.

En todo caso, si el Asegurado tuviera que ser ingresado en un hospital que esté ubicado en una provincia distinta a la de su residencia habitual se abonará el importe diario pactado incrementado en un 50 %.

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, indicándose el período de vigencia del seguro a que corresponde (toma de efecto y fecha de vencimiento). La prima de seguro es anual. Es obligatoria la domiciliación bancaria de los recibos de prima.

8.2. 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) y los factores de riesgo edad y profesión del Asegurado.

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.

8.3. 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, 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 correspondiente.

Si 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.

8.4. Renovaciones

El contrato se prorrogará automáticamente a su vencimiento por períodos anuales, salvo que:

- a) 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.
- b) El Tomador se oponga a la prórroga en la forma previa en el apartado 8.3 (Comunicación anual del vencimiento de las primas).

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

8.5. 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 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.