



Índice de contenidos:

1. Denominación social de la empresa contratante y forma jurídica. Dirección del domicilio social de la entidad
2. Nombre del producto
3. Tipo de seguro
4. Cuestionario de salud
5. Descripción de las garantías y opciones ofrecidas
6. Exclusiones de cobertura
7. Condiciones, plazos y vencimiento de las primas
8. Instancias de reclamación
9. Legislación vigente
10. Tratamiento de datos de carácter personal

DEBER GENERAL DE INFORMACIÓN AL TOMADOR

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y en los artículos 122, 124, 125 y 126 de su Reglamento de desarrollo y de la Directiva (UE) 2016/97, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016 sobre la distribución de seguro, de su Reglamento de desarrollo y cuanta normativa estatal vigente exista al respecto, MGS, Seguros y Reaseguros S.A. informa:

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

La Entidad ha adoptado la forma jurídica de Sociedad Anónima y tiene su domicilio social en Paseo María Agustín, nº 4, 50004, Zaragoza, España.

Puede acceder al informe sobre la situación financiera y de solvencia de la Entidad a través de nuestra página web www.mgs.es o solicitarlo en cualquiera de nuestras oficinas.

2. NOMBRE DEL PRODUCTO

El nombre comercial del presente producto es MGS SALUD ESENCIAL.

3. TIPO DE SEGURO

Definición de las modalidades de seguro.

- Asistencia Sanitaria: En este seguro el Asegurador proporciona la asistencia médica demandada por los Asegurados, por medio de los facultativos y centros médicos que figuran en el cuadro médico de la póliza.
- Reembolso de Gastos: El Asegurado elige el médico o centro asistencial paga la factura del servicio médico recibido y el Asegurador le devuelve un porcentaje de la misma.
- Mixto: Es una combinación de las dos modalidades anteriores.
- Subsidios: En estos seguros, se pacta una indemnización diaria durante el tiempo en el que, a consecuencia de una enfermedad el Asegurado no puede trabajar o durante el tiempo en el que, por accidente o enfermedad, se encuentra ingresado en un centro hospitalario.

El seguro que nos ocupa es del tipo Subsidios.

4. CUESTIONARIO DE SALUD

El cuestionario de salud es la base para la valoración del riesgo y la contratación de la póliza. Por esta razón resulta de especial importancia que el Asegurado conteste de forma veraz a las preguntas y cuestiones contenidas en el mismo.

De acuerdo con el Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro, en caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud, el Asegurado perderá el derecho a la prestación garantizada en caso de dolo o culpa grave, reservándose la Entidad la facultad de rescindir automáticamente la póliza.

5. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS

SUBSIDIO POR HOSPITALIZACIÓN

Si a consecuencia de enfermedad o accidente el Asegurado permanece ingresado en un centro hospitalario se le indemnizará con la cantidad contratada desde la fecha de ingreso hasta la fecha de alta.

Para enfermedad la carencia es de 180 días. No existe carencia para los casos de accidente.

El parto y las enfermedades derivadas o asociadas al embarazo estarán sujetas a una carencia de ocho meses a contar desde la fecha de alta de la persona asegurada en la póliza.

No tendrán cobertura las hospitalizaciones derivadas de:

- Enfermedades y accidentes derivadas de guerras, motines, revoluciones, terrorismo, sabotaje, huelga, manifestaciones y movimientos populares, riñas y detenciones por parte de cualquier autoridad; la causada por epidemias declaradas oficialmente; la que guarde relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y la que provenga de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- Los accidentes que sean consecuencia de la participación en cualquier tipo de entrenamiento, prueba o competición deportiva de velocidad o aérea.
- Los accidentes ocurridos durante la práctica de deportes de aventura como el parapente, paracaidismo, puenting, barranquismo, rafting, etc., ni cualquier actividad deportiva o lúdica con características de riesgo similares a las descritas, así como esquí acrobático, fuera de pistas o con saltos de trampolín. Solamente se entenderán garantizadas cuando figuren expresamente incluidas en la póliza mediante la oportuna cláusula especial.

SERVICIO BAREMADO DE SALUD Y BIENESTAR

Mediante este servicio se ofrece al Asegurado las siguientes prestaciones:

Servicio médico. Acceso a precios reducidos a facultativos y centros médicos de medicina general, pediatría, ATS, especialidades médico-quirúrgicas, medios diagnósticos, terapéuticos, rehabilitación y hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas.

Servicios de bienestar. Acceso a precios reducidos a fisioterapia general e infantil, facultativos y centros médicos de medicina y cirugía estética, medicina preventiva y test genéticos, dietética, prestaciones asistenciales a domicilio, reconocimientos médicos, tratamientos de infertilidad, conservación de células madre del cordón umbilical, tratamientos de deshabituación del tabaco, podología, ortopedia, óptica, dietética, cirugía refractiva con láser oftálmico, audífonos, logopedia y foniatría, pedagogía, psicología general e infantil, termalismo y balneoterapia, test intolerancia alimentaria, hidroterapia de colon, medicina alternativa (homeopatía, acupuntura, naturopatía y quiropraxia), osteopatía y terapia sacrocraneal, Yoga, Pilates, centros deportivos, piscinas, actividades acuáticas para niños y embarazadas y aquagym, veterinarios, ozonoterapia y pequeplan-planes con niños (bono "días sin cole", guarderías, ludoteca, matronatación y talleres/campamentos educativos).

Servicio de segunda opinión médica internacional De forma gratuita podrá solicitar una segunda opinión, recomendaciones diagnósticas y terapéuticas a especialistas y centros internacionales.

Las enfermedades graves cubiertas son:

Cáncer, enfermedades cardiovasculares, trasplantes de órganos, enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebro-vasculares, insuficiencia renal crónica, enfermedad idiopática de Parkinson, enfermedad de Alzheimer y esclerosis múltiple.

Consejo médico telefónico 24 horas Información médica de enfermedades, prevención de problemas de salud, sobre la correcta utilización de medicamentos y sobre otros temas relacionados con la salud en general.

Consejo psicológico telefónico Un psicólogo clínico le realizará una evaluación telefónica y le facilitará consejos y orientaciones que no constituirán en ningún caso un diagnóstico clínico.

SERVICIO DE AYUDA A MAYORES

Acceso a residencias. Se incluye, entre otros servicios, el asesoramiento y selección del centro más acorde con las necesidades del Asegurado y su correspondiente reserva, proporcionar Informes periódicos a los familiares del Asegurado sobre su evolución y la tutela permanente del Asegurado.

Todos los servicios son gratuitos, excepto el coste de las residencias y de los centros de atención diurna-nocturna.

Ayuda domiciliaria. A precios reducidos, para personas mayores que precisan apoyo en las tareas de cuidado y atención personal, incluye aseo personal diario, acompañamiento, compra y preparación de comida y servicio de limpieza y mantenimiento del hogar.

Servicios especializados. Se ofrecen servicios a precio reducido de fisioterapia, terapia ocupacional, quiromasaje y drenaje linfático, logopedia y podología.

Teleasistencia. El servicio se ofrece a precio reducido y va dirigido a personas mayores en situación de dependencia temporal o permanente que precisan obtener una inmediata respuesta ante una situación de emergencia.

Formación para familiares. Formación básica y necesaria para el cuidado de una persona dependiente, principalmente en higiene, movilización y alimentación. El coste del curso será a cargo de los familiares.

Línea de atención telefónica. Se presta atención y respuesta inmediata, como máximo en 24 horas, a consultas informativas que solicite el Asegurado tales como teléfonos y direcciones de interés, datos sobre profesionales especializados, localización de servicios públicos, programación cultural y servicios especializados para personas mayores.

6. CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS

6.1. CUESTIONES GENERALES

La prima es fraccionable y los recargos por fraccionamiento son: trimestral 2% y semestral 1%.

Es obligatoria la domiciliación bancaria de la prima.

6.2. EVOLUCIÓN ANUAL DE LA PRIMA

La prima que se cobra al Tomador es la suma de la prima pura o de riesgo que es el importe que debe cobrar el Asegurador para el pago de los siniestros; los gastos de gestión interna o de administración en los que se incluyen los costes necesarios para emitir las pólizas y tramitar los siniestros; los gastos de gestión externa o de comercialización y los impuestos repercutibles.

Para la garantía de subsidio por hospitalización, la prima a satisfacer por el Tomador del seguro y, en su caso, por el Asegurado variará en función de la edad.

Cuando el Asegurado pase a una tabla de edad superior se le aplicará automáticamente la prima que corresponda a la nueva situación.

Las franjas de edad son: 0-17, 18-25, 26-35, 36-45, 46-55, 56-60, 61-65 y más de 65.

La prima anual se comunicará por escrito al Tomador con dos meses de antelación a la toma de efecto de la nueva prima.

6.3. RENOVACIONES

El seguro se pacta por el período de duración de un año y se prorrogará automáticamente por un periodo no superior a un año.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de al menos, un mes de anticipación a la conclusión del

período del seguro en curso cuando quien se oponga sea el Tomador y de dos meses cuando sea el Asegurado.

6.4. TRIBUTOS REPERCUTIBLES

Los impuestos repercutibles son el recargo destinado a financiar la actividad liquidadora de entidades aseguradoras del Consorcio de Compensación de Seguros y representan el 0,15% de la prima neta.

7. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

El Tomador, Asegurado y/o Beneficiario, podrá dirigirse al Servicio de Atención al Cliente para cualquier consulta, sugerencia, queja o reclamación, mediante escrito a este servicio, sito en Avda. Diagonal, 543, 08029 Barcelona; por teléfono, al 918 073 709; así como a través de nuestra página web www.mgs.es. En el caso de quejas o reclamaciones dispondrán adicionalmente del teléfono gratuito de información 900 592 743.

Asimismo, podrán dirigirse por escrito, al Defensor del Cliente "D.A. Defensor S.L.", calle Velázquez, 80, 1º D, 28001 Madrid, al teléfono 913 104 043, así como a través del e-mail reclamaciones@da-defensor.org.

En caso de disconformidad con lo resuelto por cualquiera de las instancias anteriores, o si no ha obtenido respuesta en el plazo de dos meses, puede acudir al servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid o a www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones.

Todo ello de acuerdo con el Reglamento para la Defensa del Cliente de la Entidad, disponible en www.mgs.es y que da cumplimiento a la legislación vigente en la materia y en especial a la normativa aplicable al sector asegurador, Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras. Se informa que la Entidad no está adherida a ninguna junta arbitral de consumo.

8. LEGISLACIÓN VIGENTE

La legislación aplicable al contrato es la española, en concreto, la Ley 50/80 de 8 de Octubre de Contrato de Seguro, y la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y las normas que la desarrollan.

9. RÉGIMEN FISCAL

Las primas del seguro no tienen beneficio fiscal alguno, no son gasto deducible ni dan lugar a deducciones en las cuotas estatales o autonómicas.

10. TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Para dar cumplimiento a sus obligaciones MGS, Seguros y Reaseguros S.A., como responsable de tratamiento, le facilita la siguiente información básica sobre protección de datos:

Finalidades:

- Gestión de los contratos de seguro.
- Envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios financieros y de seguro ofertados y actividades impulsadas por la compañía, que entendamos adecuados a sus necesidades, gustos y aficiones.
- Realización de encuestas de satisfacción, incluso tras la finalización de la relación contractual.
- Consulta a los ficheros sobre solvencia patrimonial y crédito.

Legitimación:

- Consentimiento contractual.
- Interés legítimo del responsable del tratamiento.
- Cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento.

Destinatarios:

- En su caso, Organismos Públicos o Privados relacionados con el sector asegurador, con fines estadísticos, actuariales o de prevención del fraude en la selección de riesgos y en la liquidación de siniestros.

Derechos:

- A acceder, a rectificar, a limitar el tratamiento, a suprimir sus datos, a solicitar su portabilidad y a oponerse a su tratamiento.

Procedencia:

- En el supuesto de que sus datos hayan sido proporcionados por el mediador, han sido obtenidos con su consentimiento.

Información adicional:

- Puede consultar información adicional y detallada en el apartado Protección de Datos de nuestra página web www.mgs.es