



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 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 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

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

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, 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

V 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 precio convenido a cargo del Asegurado.





V 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 preexistentes a la fecha de contratación del seguro que, siendo conocidas por el Asegurado, no hayan sido declaradas en el correspondiente cuestionario de salud.
 - 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 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.
 - I) 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.

PERÍODOS 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 los precios convenidos detallados en el "Catálogo de precios convenidos" 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, prorrogable por iguales periodos 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.

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 correspondiente.





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

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.

8.3. 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.
- V 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 (<u>www.mapfre.es</u>) el cuadro médico actualizado.

9- TRIBUTOS REPERCUTIBLES

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





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", 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 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.

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 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.