

**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. [Régimen fiscal](#)
11. [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 SELECCIÓN.

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 Asistencia Sanitaria.

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 Y OPCIONES OFRECIDAS

GARANTÍAS

MEDICINA PRIMARIA: Medicina general, ATS/DUE y pediatría, en consulta y a domicilio.

ESPECIALISTAS: Especialidades médicas, tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización, así como, análisis clínicos y otras pruebas complementarias de diagnóstico como ecografía, scanner, resonancia magnética nuclear, P.E.T. etc. Al propio tiempo incluye tratamientos de fisioterapia y quimioterapia.

HOSPITALIZACIÓN: Médica, quirúrgica, pediátrica, psiquiátrica y en UVI. En habitación individual con cama para acompañante (salvo imposibilidad: UVI, psiquiatría). Incluye tratamientos de litotricia y hemodiálisis.

MEDICINA PREVENTIVA Y PSICOTERAPIA: Infantil, ginecológica, patología de la mama, riesgo cardiovascular, patología de la próstata y un chequeo anual.

La psicoterapia se realiza de forma ambulatoria.

SEGUNDA OPINIÓN: Por especialistas de cualquier país del mundo para enfermedades graves como el cáncer, el Parkinson y la enfermedad de Alzheimer, entre otras.

SERVICIO DE BIENESTAR: Permite el acceso, a precios reducidos, a los facultativos y centros que conformen el cuadro de bienestar repartidos por el territorio español.

ASISTENCIA EN VIAJE: Coberturas específicas en los viajes por España o por el extranjero.

SALUD DENTAL: Garantía de libre acceso, sin previa autorización, con prestaciones sin cargo o sujetas al pago de una franquicia por parte del Asegurado.

Además, el seguro garantiza la asistencia sanitaria de urgencias y el servicio de ambulancia.

MODALIDADES DE CONTRATACIÓN

ESPECIALISTAS

MEDICINA PRIMARIA Y ESPECIALISTAS

ESPECIALISTAS Y HOSPITALIZACIÓN

COMPLETO

6. EXCLUSIONES DE COBERTURA

El Asegurador no cubre lo que a continuación se señala:

- La asistencia sanitaria derivada de las enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y enfermedades congénitas, conocidas por el Asegurado antes de la contratación y que no hayan sido declaradas en el cuestionario de salud.
- La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de la desintoxicación producida por el alcoholismo crónico, drogadicción y/o toxicomanías.
- La asistencia sanitaria derivada 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).
- La asistencia sanitaria derivada de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales.
- La asistencia sanitaria cubierta por cualquier seguro obligatorio, incluido el Seguro Obligatorio del Automóvil.

- La asistencia sanitaria prestada en hospitales o por facultativos distintos a los que se relacionan en el cuadro médico puesto a disposición del Asegurado y acorde a las coberturas contratadas, salvo que sea considerada de urgencia vital. Asimismo, se excluye la asistencia sanitaria prestada en centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con el Asegurador, salvo lo previsto en la cobertura de asistencia en viaje.
- Los gastos por viaje y desplazamiento, salvo lo previsto en la cobertura de asistencia en viaje.
- Los productos farmacéuticos y otros medicamentos administrados de forma ambulatoria, así como vacunas y demás productos sanitarios.
- Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos derivados de naturopatía, acupuntura, masajes, drenajes linfáticos, quiropraxis, mesoterapia, magnetoterapia, presoterapia, y otras medicinas alternativas, así como las que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. De igual forma, los tratamientos en balnearios y curas de reposo o sueño.
- Todo lo relativo al psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia de grupo, test psicológicos y narcolepsia así como las terapias expresamente excluidas en el apartado de Psicología Clínica. Asimismo, se excluye la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psíquica.
- La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de las lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado federado en competiciones deportivas oficiales. Del mismo modo, se excluye la asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de los accidentes y sus consecuencias derivadas de la actividad del toreo de reses bravas.
- La asistencia derivada de enfermedades o lesiones ocasionadas por intento de suicidio o causadas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo (incluida la ingestión de tóxicos, narcóticos, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, psicofármacos o estupefacientes,... etc.), y la derivada de la participación directa o indirecta del Asegurado en acciones criminales.
- La asistencia sanitaria con motivo o relacionada con cuestiones meramente estéticas, los tratamientos capilares, los cosméticos, los relacionados con o para la transformación de sexo, las curas de adelgazamiento y cirugía de la obesidad, salvo el tratamiento médico de la obesidad cuando exista una patología orgánica subyacente.

La cirugía estética, salvo la reconstrucción de la mama como consecuencia de una extirpación parcial o total de la misma, siempre que esté motivada por una patología orgánica.

Cualquier asistencia sanitaria o complicación que pudiera manifestarse posteriormente y esté directamente causada por haberse sometido el Asegurado a intervención, infiltración o tratamiento estético/cosmético.
- Los estudios realizados con motivo de screening o detección inespecífica de patologías, incluidas las determinaciones genéticas encaminadas a detectar predisposición a padecer enfermedad propia o de su descendencia presente o futura.
- La asistencia sanitaria u hospitalización por problemas de tipo social.
- Los gastos por aparatos ortopédicos, terapéuticos y auxiliares, tales como ópticos, auditivos, prótesis no cubiertas expresamente, plantillas y calzado corrector.
- Las enfermedades congénitas del recién nacido solo quedarán cubiertas si han transcurrido, al menos, nueve meses desde que la madre tenga derecho efectivo a las prestaciones de embarazo, parto o cesárea y puerperio. En caso de estar amparado por la cobertura alcanzará exclusivamente al primer año de vida del recién nacido.
- La asistencia relacionada con la medicina legal y forense.

- Las consultas, medios de diagnóstico o de tratamiento así como técnicas quirúrgicas consideradas como experimentales o en proceso de investigación, o no aceptadas por el común de los médicos en España.
- La asistencia sanitaria ambulatoria, domiciliaria u hospitalaria meramente paliativa, siempre que existan procedimientos médicos o quirúrgicos resolutivos alternativos y la situación clínica del Asegurado permita la aplicación de estos últimos.

PERIODOS DE CARENCIA

El contrato comienza sus efectos en la fecha que consta en las Condiciones Particulares, a excepción de los periodos de carencia que se citan a continuación. Las enfermedades contraídas o manifestadas durante dichos periodos de carencia no darán derecho a cobertura alguna.

- Hospitalización e intervenciones quirúrgicas: Es de seis meses incluidas las ambulatorias, por cualquier motivo y naturaleza, salvo en los casos de intervenciones quirúrgicas de urgencia vital.

En caso de parto la carencia será de ocho meses desde la fecha de alta de la persona asegurada.

- Prótesis: Es de doce meses para la colocación y coste de las prótesis (incluida la lente intraocular monofocal).
- Medios de diagnóstico: Es de seis meses para T.A.C. (Tomografía Axial Computerizada o Scanner), R.M.N. (Resonancia Magnética Nuclear), P.E.T. (Tomografía por emisión de positrones), P.E.T. más T.A.C., gammagrafías y endoscopias.
- Tratamientos especiales: Para los tratamientos de rehabilitación es de seis meses; de doce meses para la hemodiálisis y el riñón artificial, litotricia renal, laserterapia (incluido el láser prostático), quimioterapia, cobaltoterapia y acelerador lineal; doce meses para tratamientos anticonceptivos y veinticuatro meses para el diagnóstico de esterilidad.
- Obstetricia y ginecología: Para cualquier prestación relacionada o con motivo de un embarazo o puerperio es de ocho meses a contar desde la fecha de alta de la persona asegurada.

Para el caso en que la asistencia obstétrica y al neonato sea resultado de tratamientos para superar una infertilidad el plazo para cualquier prestación, por cualquier causa se ampliará hasta treinta y seis meses, contados de la misma forma.

- Psicología clínica: Es de seis meses.
- Medicina preventiva: Es de doce meses, salvo para la prevención infantil, en cuyo caso no será preciso que transcurra período de carencia alguno. Para el chequeo médico será de tres meses.
- Segunda opinión: Es de doce meses.

7. CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS

7.1. CUESTIONES GENERALES

La prima es fraccionable y los recargos por fraccionamiento son: mensual 4%, trimestral 2% y semestral 1%.

Es obligatoria la domiciliación bancaria de la prima.

7.2. COMUNICACIÓN ANUAL DEL VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS

El Asegurador actualizará anualmente las primas al objeto de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 94.1 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y normas reglamentarias de desarrollo.

Dicha actualización será comunicada por escrito al Tomador con dos meses de antelación a la toma de efecto de la nueva prima.

7.3. 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.

La prima a satisfacer por el Tomador del seguro y, en su caso, por el Asegurado variará en función de la edad y provincia.

Cuando el Asegurado pase a una tabla de edad superior o cambie su provincia de residencia, se le aplicará automáticamente la prima que corresponda a la nueva situación.

Las franjas de edad son: 0-4, 5-17, 18-45, 46-49, 50-55, 56-60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67-74, 75 o más.

Las zonas de tarificación en función de la provincia de residencia del Asegurado son:

1. A Coruña, Albacete, Ávila, Badajoz, Cáceres, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, León, Lugo, Madrid, Ourense, Palencia, Pontevedra, Salamanca, Segovia, Soria, Zamora.
2. Almería, Álava, Asturias, Barcelona, Bizkaia, Burgos, Cádiz, Castellón, Gipuzkoa, Girona, Granada, Huelva, Huesca, Jaén, Lleida, Málaga, Murcia, Sevilla, Tarragona, Teruel, Valencia, Valladolid, Zaragoza.
3. Alicante, Cantabria, Ceuta, Córdoba, Melilla, Toledo.
4. Illes Balears.
5. La Rioja, Las Palmas, Navarra, Sta. Cruz de Tenerife

7.4. RENOVACIONES

El seguro se pacta por el período de duración de un año salvo el primer período, a efectos de que coincida con el año natural. El contrato se prorrogará anual y automáticamente cada 1 de enero, salvo que alguna de **las partes se oponga a dicha prórroga 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.**

No obstante lo anterior, la Entidad Aseguradora se compromete a:

1. No oponerse a la prórroga de contratos de seguro que tengan Asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato de las que 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 tórpida.
 - Hepatopatías crónicas (excluidas las de origen alcohólico).
 - Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardíaca.
 - Degeneración macular.

2. No ejercitar oposición a la prórroga respecto de contratos de seguro que tengan Asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la Entidad, sin impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 o más años.
3. Los compromisos anteriores no serán de aplicación o quedarán sin efecto en aquellos supuestos en los que:

El Asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.

Se produjese impago de prima o negativa a aceptar su actualización por parte del Tomador.

4. La renuncia por parte de la compañía a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza requiere de forma inexcusable que el Tomador acepte la prima y la participación en el coste de los servicios que le correspondan, y que la Aseguradora podrá actualizar periódicamente para adecuarlos a la evolución de los costes del seguro, siempre conforme a criterios actuariales y dentro de los límites de la ley y del contrato.

7.5. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

11. 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