

**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 PROMEDIC ARAGÓN.

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

MEDICINA PRIMARIA: Medicina General, ATS/DUE y Pediatría, en consulta y a domicilio.

ASISTENCIA SANITARIA DE URGENCIAS: En los centros y también a domicilio.

ESPECIALIDADES MÉDICAS: Incluye especialidades médicas, tanto en régimen ambulatorio como en hospitalización.

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO: Análisis clínicos y otras pruebas complementarias de diagnóstico como ecografía, scanner, resonancia magnética nuclear, P.E.T., etc..

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

TRATAMIENTOS ESPECIALES: Fisioterapia y litotricia.

MEDICINA PREVENTIVA: Ginecológica, patología de la mama y riesgo cardiovascular.

OTROS SERVICIOS: Ambulancia, matronas en la asistencia al parto, podología, prótesis, servicios médicos ajenos por accidente hasta 1.500 euros.

ASISTENCIA MÉDICO-FARMACÉUTICA POR ACCIDENTE: Se incluye la asistencia sanitaria durante 365 días en caso de accidente. Para asistencias prestadas en centros no concertados el límite es de 1.500 euros.

Para los desplazamientos que se lleven a cabo para que el Asegurado realice rehabilitación, el capital máximo es de 900 euros.

ASISTENCIA EN VIAJE: Esta garantía será válida en el mundo entero y en España a partir del límite provincial de la residencia habitual del Asegurado. No será válido en la localidad de Zaragoza capital.

Los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización en España a consecuencia de enfermedad, tienen un límite de 1.600 euros.

Los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero, a consecuencia de enfermedad o accidente, tiene un límite de 12.000 euros.

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

MÓDULOS DE CONTRATACIÓN

Módulo COMPLETO: Incluye todos los servicios descritos en coberturas.

Módulo AMPLIO: Incluye todos los servicios excepto medicina general.

Módulo BÁSICO: Incluye todos los servicios excepto medicina general, el ATS y cualquier prestación a domicilio.

MODALIDADES DE SEGURO

Asistencia Sanitaria y Asistencia Sanitaria Colectivos: Posibilidad de contratar los módulos Completo, Amplio y Básico en Zaragoza Capital y el módulo Básico en la provincia de Zaragoza y resto de Aragón.

Asistencia Sanitaria Comarcal: Contratación del Módulo Básico para todo Aragón.

6. EXCLUSIONES DE COBERTURA

El Asegurador no cubre lo que a continuación se señala:

- **Guerras, motines, revoluciones, terrorismo, sabotaje, huelga, manifestaciones y movimientos populares y detenciones por parte de cualquier autoridad; así como epidemias, radiación nuclear y cataclismos.**

- Intento de suicidio o autolesiones, así como los daños sufridos que se deriven de acciones dolosas del Asegurado incluida la ingestión de tóxicos o narcóticos.
- Asistencia sanitaria derivada de patologías sufridas y conocidas por el asegurado con anterioridad a la contratación de la póliza, y no declaradas en el cuestionario propuesto por la Aseguradora en el momento de la contratación de la póliza.
- Los trasplantes de cualquier tipo de órgano.
- La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de desintoxicación producida por alcoholismo, drogadicción y toxicomanías.
- Las llamadas medicinas alternativas, y las meras actividades de ocio, confort o deporte, así como los tratamientos en balnearios y curas de reposo.
- La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de las lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte. Asimismo, no tiene cobertura la asistencia necesaria para las consecuencias derivadas del toreo y encierro de reses bravas, actividades subacuáticas, ascensiones a alta montaña, conducción de motocicletas y quads, boxeo y artes marciales, actividades aeronáuticas, vuelos en ala delta, parapente y paracaidismo, rafting, puenting, polo a caballo, esquí acuático, toreo, cacerías a caballo, prácticas deportivas utilizando vehículos a motor y la práctica del esquí.
- Los tratamientos por esterilidad o infertilidad.
- La medicina legal y forense.
- Técnicas médicas consideradas como experimentales.

PERIODOS DE CARENCIA

Las prestaciones del seguro serán facilitadas a partir de la toma de efecto de la póliza, a excepción de los siguientes casos, a los cuales se les aplicarán los siguientes periodos de carencia:

Hospitalización e intervenciones quirúrgicas: Seis meses, salvo intervenciones quirúrgicas de urgencia vital.

Tratamientos especiales: Seis meses para los servicios de radioterapia, cobaltoterapia, isótopos radioactivos, resonancia magnética nuclear, scanner, tomografía por emisión de positrones (P.E.T.), estudio urodinámico, terapia fotodinámica y tratamiento del dolor.

Tocología y parto: Todas las prestaciones relacionadas o con motivo de la asistencia al parto estarán sujetas a una carencia de OCHO MESES a contar desde la fecha de alta de la Asegurada en la póliza. Excepto en el caso de partos distócicos, de urgencia vital y prematuros, para los que no se aplicará periodo de carencia alguno.

Para el caso en que la asistencia obstétrica y al neonato sea resultado de tratamientos para superar la infertilidad el plazo para cualquier prestación, por cualquier causa, se ampliará hasta TREINTA Y SEIS MESES, contados de la misma forma.

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 se fundamentará en el Índice de Precios de Consumo Grupo Medicina y en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en la prima de las

modificaciones experimentadas por el coste o la frecuencia de las prestaciones sanitarias cubiertas por el seguro, la incorporación de innovaciones tecnológicas u otros hechos de consecuencias similares.

Se comunicará al Tomador del seguro la modificación de la prima con dos meses de antelación a la fecha de comienzo de efectos 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 variará en función de la edad.

Los tramos de edad para el cálculo de la prima son: 0-4, 5-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60, 61-64 y 65 años o más.

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

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 902 101 899; 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