

INFORMACIÓN GENERAL

I. INTRODUCCIÓN

El contenido de esta Nota Informativa tiene por objeto informar al Mutualista de los aspectos más relevantes del producto asegurador **PREMAAT SALUD MAXI**, del que solicita su contratación, de conformidad con lo referido en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, (LOSSEAR) y los artículos 122 y 124 del Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, (ROSSEAR) referentes al Deber de Información al Tomador del seguro y/o Asegurado por parte de la Entidad Aseguradora.

Esta nota informativa ha sido elaborada de acuerdo con lo establecido en la legislación que le es aplicable, siendo un documento meramente informativo y que no posee valor contractual para ninguna de las partes.

II. DENOMINACIÓN SOCIAL, FORMA JURÍDICA, DOMICILIO SOCIAL Y ESTADO MIEMBRO DE LA ENTIDAD ASEGURADORA

Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, Mutualidad de Previsión Social a prima fija, denominada en lo sucesivo "PREMAAT", es una Entidad española inscrita en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Órgano de Control de quien depende, con el número P-0081 y en el Registro Mercantil de Madrid en el Tomo 5313, Folio 46, Sección 8, Hoja M.87081, Inscripción 1ª.

PREMAAT es una Entidad aseguradora de duración indefinida y sin ánimo de lucro, basada en los principios de solidaridad, equidad y suficiencia y tiene por objeto, único y exclusivo, la práctica de operaciones de seguro directo y de capitalización y las demás permitidas por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, en los términos que disponga la normativa vigente.

PREMAAT tiene su domicilio social en la calle de Juan Ramón Jiménez nº 15 de Madrid (28036).

El ámbito de actuación es el del Estado español y en los territorios de la Unión Europea, de acuerdo con la legislación española, la comunitaria y la del Estado en que se intervenga, previa autorización de los organismos competentes.

III. LEGISLACIÓN APLICABLE.

La relación jurídica entre PREMAAT y el mutualista, derivada de su condición de socio, se rige por sus Estatutos y por lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y normas de desarrollo, así como por los acuerdos de los Órganos Rectores de la Mutualidad.

La relación jurídica entre PREMAAT y el mutualista, en su condición de tomador del seguro o asegurado, así como la de los beneficiarios, se rige por lo previsto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre de Contrato de Seguro, que incluye las condiciones generales, particulares y, en su caso, especiales y adicionales.

PREMAAT y sus mutualistas, en su condición de socios y no de asegurados, están sometidos a la jurisdicción de los Tribunales del domicilio social. Respecto de la relación aseguradora, son competentes los Tribunales de Justicia del domicilio del asegurado.

IV. AUTORIDAD DE CONTROL

La autoridad de control competente es la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad.

V. SITUACIÓN FINANCIERA Y DE SOLVENCIA

Una vez sea emitido el informe sobre la situación financiera y de solvencia de la entidad, regulado en el artículo 80 de la LOSSEAR, será publicado en la web www.premaat.es.

VI. INSTANCIAS DE QUEJA Y RECLAMACIÓN

Conforme a lo previsto en la 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, PREMAAT dispone de un Servicio de Atención al Cliente, encargado de atender y resolver las reclamaciones presentadas por los mutualistas, beneficiarios o derechohabientes. En caso de disconformidad con el fallo, se tiene la posibilidad de acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, situado en el Paseo de la Castellana nº 44, 28046 Madrid, o por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web:

<http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones>.

También se puede reclamar ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, si el Servicio de Atención al Cliente no ha resuelto en el plazo de 1 mes desde la presentación fehaciente del escrito de reclamación. Con independencia de lo anterior, los interesados pueden acudir a los tribunales de justicia.

INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL CONTRATO

VII. TIPO DE SEGURO

Producto que garantiza para el Asegurado en la modalidad de asistencia sanitaria, una amplia cobertura, con acceso a todas las especialidades médicas y hospitalización.

VIII. CUESTIONARIO DE SALUD

El cuestionario de salud, incluido en las condiciones particulares, es la declaración efectuada por cada Asegurado de la Póliza antes de su formalización e incluye un listado de preguntas relevantes sobre su estado de salud. El Asegurado tiene obligación de contestar con veracidad a dicho cuestionario que permitirá a la Entidad Aseguradora hacer una correcta valoración del riesgo. En caso de falsedad u omisión en dicha declaración, la Entidad Aseguradora podrá rescindir la Póliza de seguro.

IX. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS Y OPCIONES OFRECIDAS

1. Garantías

- Atención primaria: Enfermería, Medicina Familiar y Pediatría.
- Urgencias.
- Especialidades: Dermatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, etc.
- Medios de diagnóstico.
- Hospitalización e Intervención Quirúrgica.
- Otros servicios: Ambulancias, Logopedia y Foniatría, Matronas, Medicina preventiva, Podología, Preparación al parto y Prótesis.

- Tratamientos especiales: Aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia, Diálisis y riñón artificial, Fisioterapia y tratamientos de rehabilitación, Radioterapia, Quimioterapia, Tratamiento del dolor.
- Cobertura Dental.
- Club Vita.
- Asistencia en viaje
- Segunda Opinión Médica
- Servicio Médico Telefónico
- Servicio de Consejo Psicológico Telefónico

X. EXCLUSIONES DE COBERTURA

Quedan formalmente excluidos de la cobertura los siguientes conceptos:

- La Hospitalización de carácter socio-familiar, así como la hospitalización por enfermedad de larga duración cuando no exista posibilidad de curación. A esos efectos no se entenderá por curación la hospitalización cuya finalidad sea el mantenimiento y/o la mejoría.
- Los tratamientos de reproducción asistida en cualquiera de sus formas, como por ejemplo, inducción ovular, inseminación artificial, fertilización "in vitro" o técnicas de microcirugía para tratamiento de la esterilidad. Así como la interrupción del embarazo.
- Los test genéticos.
- Las técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos cuyo uso no sea habitual, o no estén aceptados en el sistema nacional de salud, o no estén reconocidos por la Comunidad Científica, o sean experimentales o no tengan suficientemente probada su contribución eficaz al tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, eliminación o disminución del dolor y/o el sufrimiento, así como los tratamientos de medicina alternativas.
- Los honorarios por tratamientos o diagnósticos en balnearios, curas de reposo o similares, aun cuando hayan sido prescritas.
- Los gastos de estancia en residencias de tercera edad o instituciones similares.
- Los gastos que deriven de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes, salvo que hayan sido declarados en el Cuestionario de Salud y la Entidad Aseguradora haya aceptado expresamente su cobertura en Condiciones Particulares.
- Los gastos de farmacia, así como el correspondiente a las vacunas, los tratamientos desensibilizantes, infiltración con factores de crecimiento o ácido hialurónico y los tratamientos dietéticos.
- Los honorarios, gastos de pruebas complementarias y tratamientos realizados o prescritos por facultativos ajenos al Cuadro Médico.
- Los gastos de desplazamiento para recibir asistencia en la misma o distinta provincia del Estado español o en el extranjero.
- Gastos de Transporte Sanitario.
- Los gastos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de las enfermedades que del mismo se deriven.
- El tratamiento y pruebas diagnósticas de alcoholismo, drogadicción

y el uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, así como enfermedades o accidentes que traigan causa de ellos.

- La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte.
- Las enfermedades o accidentes derivados de guerras, actos de terrorismo o de carácter político y social, así como las epidemias declaradas oficialmente.
- La tentativa de suicidio, la mutilación voluntaria, cualquier accidente causado por mala fe o intencionadamente por el Asegurado, así como su participación en riñas o en actividades delictivas.
- La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de cualquier deporte de riesgo.
- Las intervenciones quirúrgicas realizadas mediante técnica robótica.

XI. PERIODOS DE CARENIA

Servicios	Periodo de Carenia contratación familiar	Periodo de Carenia contratación individual
Hospitalización e intervenciones quirúrgicas con ingreso	8 meses	15 meses
Intervenciones quirúrgicas ambulatorias	4 meses	10 meses
Medios de diagnóstico de alta tecnología: Cariotipos, Scanner (TAC), Resonancia Magnética (RMN), Angiografía, Arteriografía digital, PET, Radiología intervencionista o invasiva, Polisomnografía y Medicina nuclear	6 meses	10 meses
Planificación familiar	6 meses	10 meses
Tratamientos especiales: Aerosolterapia, diálisis, Fisioterapia, Radioterapia, Quimioterapia, Tratamiento del dolor, Trasfusiones y Litotricia renal	6 meses	10 meses
Cirugía Bariátrica	24 meses	24 meses
Trasplantes	24 meses	24 meses
Gastos derivados del parto	8 meses	8 meses

Se exonerará de estos periodos de Carenia a la asistencia médica por Accidente o en caso de Urgencia Vital.

XII. FORMA DE COBRO DE LA PRESTACIÓN

Adicionalmente a la cobertura de asistencia sanitaria se incluye el reembolso (80%) de las consultas prestadas por facultativos ajenos al Cuadro Médico, hasta la segunda renovación de la Póliza, de los servicios médicos que se especifican a continuación.

Límites de la Cobertura:

Gastos reembolsables	
Pediatría	3 consultas anuales por asegurado menor de 16 años, con un máximo anual reembolsable de 150€
Ginecología	3 consultas anuales por asegurado, con un máximo anual reembolsable de 200€
Otros gastos reembolsables	
Gastos incurridos en la conservación del cordón umbilical	hasta 450€ por parto
Otros límites	
Consultas psiquiátricas	un máximo de 24 al año
Estancia psiquiátrica	máximo de 50 días al año
Logopedia y foniatría	un máximo de un tratamiento de 6 meses continuados al año
Podología	un máximo de 6 quiropodías al año
Diálisis y riñón artificial	12 sesiones al año. Sólo se cubren procesos agudos

Aplicación de Franquicias:

Corrección con Láser Excimer o Lasik de la miopía, hipermetropía y astigmatismo: 450 euros por ojo.

Estructura de Copagos:

Para este producto no es de aplicación ningún tipo de Copago.

XIII. RENOVACIÓN DE PRIMAS

Los factores de riesgo objetivos a considerar en la tasa de Prima a aplicar en las sucesivas renovaciones serán: la edad del Asegurado; cuando proceda, las variaciones en el capital asegurado; la evolución en los costes de los servicios sanitarios; la evolución de la siniestralidad; la aparición de nuevas técnicas sanitarias; y aquellos otros que en cada momento puedan resultar relevantes.

XIV. GARANTÍAS OPCIONALES ACCESORIAS

En el documento de presupuesto estará a su disposición, en su caso, la información relevante sobre las posibles garantías accesorias opcionales que tuviera interés en contratar, con indicación del importe de la Prima correspondiente a cada una de ellas cuando correspondan a otro ramo de seguro.

XV. RESCISIÓN

Este seguro podrá rescindirse por la Entidad Aseguradora mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes desde el conocimiento de una reserva o inexactitud en la declaración del Tomador o de cualquiera de los Asegurados.

Asimismo, 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 a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea la Entidad Aseguradora.

XVI. REHABILITACIÓN DE PÓLIZA

En caso de falta de pago de una de las Primas siguientes a la primera, la cobertura de la Entidad Aseguradora quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la Prima se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido, la cobertura volvería a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pagó su Prima.

Por otro lado, si por culpa del Tomador la primera Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Entidad Aseguradora quedará liberada de su obligación.

XVII. TARIFAS DE PRIMAS ESTÁNDAR

En www.premaat.es, así como en las oficinas comerciales de la Entidad Aseguradora, estará a su disposición la información sobre las tarifas estándar aplicables en función de criterios objetivos de adscripción aplicables a los Asegurados.

XVIII. CUADRO MÉDICO

No existe ningún tipo de limitación o restricción, a nivel geográfico, de acceso a la utilización del Cuadro Médico por parte del Asegurado.

XIX. IMPUESTOS REPERCUTIBLES

Todos los tributos que graven la presente Póliza, y que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del Tomador.

XX. RÉGIMEN FISCAL

Con carácter general, las Primas abonadas por el presente seguro no dan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el IRPF, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna.

Si el Tomador fuese empresario o profesional en régimen de estimación directa por el IRPF, podrá deducirse la Prima pagada hasta 500 € por persona y año natural, computando a estos efectos exclusivamente su propia cobertura, la de su cónyuge y sus hijos menores de 25 años que convivan con el Tomador.

Si el Tomador estuviera asegurando a sus empleados, la Prima pagada será gasto deducible en su impuesto personal (Impuesto de Sociedades o IRPF). La Prima no constituirá retribución en especie del trabajador con los mismos límites cuantitativos por persona asegurada y año natural señalados en el párrafo anterior. La cuantía que excediera de estos límites sí se consideraría retribución en especie y estaría sometida al correspondiente ingreso a cuenta.

Las prestaciones de servicios sanitarios obtenidas no se consideran renta en el IRPF del Beneficiario.

Esta información fiscal puede verse modificada por la Legislación Foral vigente en cada territorio.