

## OncoAyuda

### Nota Informativa (1/3)

#### 1. Entidad Aseguradora

hna, cuya denominación social es Hermandad Nacional de Arquitectos Superiores y Químicos, Mutualidad de Previsión Social, está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 25.316, Sección 8, Folio 178, Hoja M-62064, y en el Registro de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número P3028, tiene su domicilio social en España, sito en la Avenida de Burgos, número 19 de Madrid y tiene como número de identificación fiscal V28306678A, controlada y supervisada por la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en España.

hna no presta servicios de asesoramiento en relación con los productos de seguro comercializados.

#### 2. Nombre del producto

OncoAyuda

#### 3. Tipo de seguro

Producto que garantiza el pago a favor del Asegurado de la cantidad prevista en las Condiciones Particulares, en caso de que este sea diagnosticado de las enfermedades oncológicas cáncer invasivo y cáncer no invasivo en estadio inicial, definidos en la Cobertura del Seguro.

Asimismo, durante la vigencia de la Póliza, la Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado el Servicio de bienestar, medicina estética y terapias alternativas hnaCARE Básico, así como la posibilidad de realizarse un chequeo médico bienal a partir de la tercera anualidad del seguro.

En caso de siniestro, durante la vigencia de la Póliza, la Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado el Servicio de bienestar, medicina estética y terapias alternativas hnaCARE Oncológico, Orientación Médica Telefónica y Urgencias Domiciliarias.

Adicionalmente la Entidad Aseguradora reembolsará el 1% del capital según estadio del cáncer diagnosticado por el uso en hnaCARE Oncológico o hnaCARE Básico.

En caso de que la póliza se haya extinguido por haber pagado el total de la suma asegurada de la cobertura de cáncer invasivo, los servicios de hnaCARE Básico y hnaCARE Oncológico estarán disponibles durante tres años más a contar desde la fecha de extinción.

#### 4. Cuestionario de Salud

El Cuestionario de salud, incluido en la solicitud de seguro, es la declaración firmada 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.

#### 5. Descripción de las garantías y opciones ofrecidas

##### Garantías

- Cáncer No Invasivo en Estadio Inicial.
- Cáncer Invasivo.
- Chequeo Médico Bienal.
- Servicio de bienestar, medicina estética y terapias alternativas (hnaCARE).
- Orientación Médica Telefónica y Urgencias Domiciliarias.

#### 6. Exclusiones de cobertura

No se satisfará la Prestación en caso de Siniestros derivados de:

- **Patologías pre-existentes que no hayan sido declaradas a la Entidad Aseguradora, salvo que hayan sido declaradas en el Cuestionario de salud y la Entidad Aseguradora haya aceptado expresamente su cobertura en Condiciones Particulares.**
- **Tener VIH/SIDA, siempre que existan causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente.**
- **Cáncer derivado de fenómenos de radiación nuclear o contaminación radiactiva.**
- **Epidemias declaradas oficialmente.**
- **Cáncer derivado de drogadicción o alcoholismo, así como enfermedades o accidentes que traigan causa de ellos.**

Los siguientes cánceres no invasivos en estadio inicial están excluidos:

- **Todos los tumores que histológicamente sean descritos como benignos, premalignos, limítrofes "borderline", de bajo potencial maligno, displasia o neoplasia intraepitelial.**
- **Carcinoma "in situ" de piel.**
- **Melanoma "in situ".**
- **Todos los cánceres únicamente identificados por células tumorales, fragmentos de ADN o cualquier otro biomarcador, algunos de los cuales pueden estar presentes en la sangre, la saliva, la orina o en otros fluidos corporales, incluyendo, pero no limitado a, pruebas conocidas como "biopsias líquidas".**

Los siguientes cánceres invasivos están excluidos:

- **Todos los tumores que histológicamente sean descritos como benignos, premalignos, limítrofes "borderline", de bajo potencial maligno, displasia, neoplasia intraepitelial, o no invasivos.**
- **Todos los tumores clasificados como carcinoma "in situ" "Tis" o "Cis" o "Ta" por el último Manual de Clasificación del "American Joint Committee on Cancer" (AJCC).**
- **Todos los cánceres de piel no melanoma.**

##### Período de Supervivencia

El período de supervivencia, a partir del cual se devenga la Prestación, es de 14 días a contar desde la fecha del diagnóstico de cáncer (fecha del informe histológico de un laboratorio patológico legalmente autorizado).

##### Período de Carencia

Este producto incluye un **período de carencia inicial** (período de días a contar desde la fecha de efecto de la Póliza). No se devengará la Prestación si ha habido signos, síntomas o investigaciones médicas que lleven a un diagnóstico de cáncer, independientemente de la fecha del diagnóstico, según se establece a continuación:

- **Edad de suscripción entre 18 y 55 años: 90 días.**
- **Edad de suscripción entre 56 y 65 años: 180 días.**

Los periodos de carencia entre cánceres son:

- **Para un mismo cáncer, no aplica período de carencia.**
- **Para distintos cánceres, el período de carencia es de 180 días.**

#### 7. Forma de cobro de la prestación

##### Límites de la Cobertura:

##### Cáncer No Invasivo en Estadio Inicial

La suma asegurada de la cobertura de cáncer no invasivo en Estadio Inicial corresponde a un capital adicional y se define como el 10% de la suma asegurada de la cobertura de cáncer invasivo.

## Nota Informativa (2/3)

De acuerdo con la edad de suscripción, la suma asegurada máxima de la cobertura de cáncer no invasivo será:

- De 18 a 55 años:	10.000 €
- De 56 a 60 años:	7.500 €
- De 61 a 65 años:	5.000 €

El beneficio de la cobertura de cáncer no invasivo se paga una vez y su importe no disminuye la suma asegurada máxima de la cobertura de cáncer invasivo, ya que es una cobertura adicional.

### Cáncer Invasivo

De acuerdo con la edad de suscripción, la suma asegurada de la cobertura de cáncer invasivo será:

- De 18 a 55 años:	100.000 €
- De 56 a 60 años:	75.000 €
- De 61 a 65 años:	50.000 €

A cada nivel de esta cobertura corresponde un porcentaje de la suma asegurada total como se describe a continuación:

- Nivel 1 Estadio I:	25%
- Nivel 2 Estadio II:	50%
- Nivel 3 Estadios III y IV:	100%

Cuando ocurra un diagnóstico de un cáncer invasivo de un determinado nivel, cubierto por la Póliza, se paga el porcentaje de suma asegurada correspondiente. La Póliza seguirá en vigor por la suma asegurada remanente.

**Si un mismo cáncer (en un mismo órgano) se repite, solo habrá pago de prestación si la enfermedad corresponde a un estadio superior al que originó el pago anterior.**

En este caso, se pagará la diferencia entre el porcentaje pagado y el porcentaje del nivel alcanzado, y con el límite máximo del total de la suma asegurada de la cobertura de cáncer invasivo, contratada en la Póliza.

**Si hay un diagnóstico de cáncer en un órgano distinto, se paga la indemnización correspondiente al estadio de la enfermedad, y como máximo hasta el límite del total de la suma asegurada de la cobertura de cáncer invasivo.**

La cobertura de cáncer invasivo funciona hasta el máximo de dos cánceres en órganos distintos, y su respectiva evolución.

La Póliza se cancela cuando se haya pagado el total de la suma asegurada de la cobertura de cáncer invasivo, aunque no haya ocurrido un siniestro de cáncer no invasivo.

## 8. Condiciones, plazos y vencimientos de las primas

### 8.1. Cuestiones Generales

El Tomador dispondrá de un plazo de 14 días naturales para desistir del contrato, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna. El plazo empezará a correr desde el día de la celebración del contrato. No obstante, si el Tomador no hubiera recibido la documentación contractual, el plazo comenzará a partir del día en que reciba la citada documentación.

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.

El pago de la Prima se puede realizar con periodicidad mensual, trimestral, semestral o anual, a través de domiciliación bancaria en la cuenta corriente, titularidad del Tomador, expresamente indicada en la solicitud de seguro.

En 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.

Se facilitan, en la presente fase precontractual, las condiciones a las que se sujeta el seguro que pretende contratar, de manera que puedan ser almacenadas y reproducidas por el destinatario, conociendo por tanto las características del seguro, sus cláusulas limitativas, modalidades de cobertura y precio total (con indicación expresa de los impuestos aplicables), su duración, modalidades de pago y ejecución,

derechos de terminación anticipada y unilateral, la lengua en que las condiciones contractuales se presentan, que será la misma de la formalización del contrato y su ejecución, y la jurisdicción aplicable al mismo.

### 8.2. Comunicación anual del vencimiento de las Primas y actualizaciones

La Prima aplicable a la siguiente anualidad será comunicada al Tomador por la Entidad Aseguradora con al menos dos meses de antelación a la fecha de renovación.

### 8.3. Tarifas de prima, Identificación de los factores de riesgo a considerar en el cálculo de la prima

Puede consultar la tarifa estándar de contratación de todas las edades (sin aplicación de bonificaciones, descuentos o recargos especiales) a través de premaat.es.

Los factores de riesgo objetivos a considerar en la tasa de Prima a aplicar en las sucesivas renovaciones serán: la edad del 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.

### 8.4. Condiciones de resolución y oposición a la prórroga

La presente cobertura entrará en vigor para cada Asegurado en el día indicado en las Condiciones Particulares y vence el 31 de diciembre siguiente a su suscripción, renovándose tácitamente por periodos anuales a partir de esa fecha.

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, o bien mediante una notificación escrita a la otra parte o bien dirigiéndose el Tomador a cualquiera de las oficinas de la Entidad Aseguradora o llamando al teléfono 915 720 812, 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.

No obstante lo anterior, la Entidad Aseguradora cumplirá:

- 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.
- 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.
- 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.

## Nota Informativa (3/3)

- Se produjese impago de la Prima o negativa a aceptar su actualización por parte del Tomador.
- d. 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 Entidad 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.

### 8.5. Derecho de rehabilitación

Transcurrido un mes desde el impago de una Prima, la cobertura correspondiente quedará en suspenso. Si en el plazo de seis meses desde el impago de la Prima, ésta fuera satisfecha, se procederá a rehabilitar la cobertura. Transcurrido este plazo de seis meses, la rehabilitación de la cobertura quedará sujeta a los mismos requisitos que la contratación o ampliación de coberturas.

### 8.6. Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador

Para la cobertura de hnaCARE, el Asegurado podrá acceder a un amplio Cuadro Médico de la Entidad Aseguradora concertado a nivel nacional, a través de la plataforma online hnaCARE.

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

## 9. Tributos repercutibles

Las Primas están sujetas a la aplicación del recargo del 1,5 por mil, a favor del Consorcio de Compensación de Seguros que se cobra en el primer recibo de cada anualidad.

## 10. Instancias de reclamación

Los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de los anteriores podrán plantear reclamación ante:

### - Centro de Atención de Reclamaciones.

Si el Asegurado estuviera disconforme con la resolución dictada por la oficina o servicio objeto de la queja o reclamación, podrá formularla ante este departamento.

Para ello será necesario que el interesado presente un escrito en el que se haga constar sus datos personales, el motivo de la queja o reclamación, con especificación clara sobre las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento, el departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos, declaración expresa de no tener conocimiento de que la materia objeto de la queja o reclamación esté siendo sustanciada en un procedimiento administrativo arbitral o judicial, y el lugar, fecha y firma. Asimismo, el interesado deberá aportar las pruebas que obren en su poder.

La reclamación se podrá presentar en la dirección de correo electrónico (centrodeatenciondereclamaciones@hna.es), habilitada al efecto, mediante el sistema de firma electrónica avanzada.

### - Servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Debiéndose acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses sin recibir respuesta del Centro de Atención de Reclamaciones o que éste ha desestimado su petición.

### - Juzgados y tribunales.

En cualquier caso podrá acudir a los juzgados y tribunales, siendo competentes los del domicilio del Asegurado.

## 11. Legislación aplicable al contrato

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR).
- Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (ROSSEAR) aprobado por R.D. 1060/2015, de 20 de noviembre.
- Reglamento de Mutualidades de Previsión Social aprobado por R. D. 1430/2002, de 27 de diciembre.
- Condiciones Generales, Especiales y Particulares de este contrato.

## 12. Régimen fiscal

Las Primas de seguro de salud están exentas del Impuesto Sobre Primas de Seguro (IPS).

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 obtenidas se consideran ganancia patrimonial en el IRPF del tomador Beneficiario.

Si no coinciden tomador y Beneficiario éste obtendrá un importe sujeto al impuesto sobre Sucesiones y Donaciones.

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

## 13. Situación financiera y de solvencia

A partir de su emisión, en hna.es, estará a su disposición el informe sobre la situación financiera y de solvencia, regulado en el artículo 80 de la LOSSEAR.

## 14. Naturaleza de la remuneración en relación con el contrato de seguro

Los empleados de hna que participan en la distribución de seguros pueden recibir una remuneración consistente en un porcentaje de la prima.