



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Óptima

(Pólizas individuales y/o familiares)

Datos de la Entidad Aseguradora

AXA Seguros Generales, S.A. de Seguros y Reaseguros.

Inscrita en el Registro Mercantil de Baleares al tomo 2325, folio 63, hoja nº PM61041, inscripción 2ª, CIF A-60917978.

Domicilio social: c/ Monseñor Palmer 1, 07014, Palma de Mallorca (Illes Balears).

Clave de la entidad: C-0723.

Nombre del producto

Salud Óptima Joven

Tipo de seguro

Asistencia Sanitaria con Cuadro Médico concertado. Por tanto, prácticamente todos los servicios se prestan solo a través de él. Tiene la posibilidad de urgencias a domicilio de Medicina General, Pediatría y ATS prestadas por enfermeros diplomados ajenos al cuadro, a través de reembolso de gastos, previa valoración del Servicio de Urgencias de AXA.

Cuestionario de salud

El cuestionario de salud es una entrevista telefónica que será grabada y conservada durante toda la vigencia de la póliza, realizada por profesionales sanitarios, al cual el asegurado debe responder antes de la firma del contrato y, declarar, de acuerdo con las preguntas, que le formulen, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. La omisión o falta de veracidad pueden dar lugar a la pérdida de prestación o rescisión del contrato.

Descripción de las garantías ofrecidas

- Servicios cubiertos por Cuadro Médico y Reembolso
- Servicios cubiertos por Cuadro Médico
- Servicios cubiertos por Reembolso exclusivamente
- Servicios cubiertos por AXA y/o precios especiales

1. Garantías:

Asistencia Primaria y Especialidades Médicas:

- Consultas de Medicina General, Pediatría y Enfermería.
- Consultas de Ginecología y Obstetricia.
- Resto de especialidades.

Urgencias Ambulatorias y Hospitalarias:

- Urgencias a domicilio de Medicina General, Pediatría y Enfermería.
- Urgencias ambulatorias.

Especialidades Médicas y Quirúrgicas:

- Alergología, Cardiología, Endocrinología, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Oncología, Psiquiatría, Rehabilitación, Reumatología y Tratamiento del Dolor.
- Cirugía Cardíaca, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica, Cirugía Torácica, Cirugía Vasculard, Dermatología, Ginecología y Obstetricia, Neurocirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología y Urología.

Especialidades Diagnósticas:

- Análisis clínicos y biológicos, Aerosolterapia, Ecografías, Mamografías, Radiología y medios de contraste.



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Óptima

(Pólizas individuales y/o familiares)

- Amniocentesis, Anatomía patológica, Arteriografía digital, Densitometría ósea, Ergometría, Estudios genéticos, Gammagrafía, Resonancia nuclear magnética (RNM), Scanner-Tac.
- Tecnologías en pruebas médicas: TAC DMD.
- PET para seguimiento de procesos cancerígenos, inclusión de PET-TAC y PET Colina.
- Mamografía 3D (Tomosíntesis).
- Diagnóstico precoz glaucoma
- Cápsula endoscópica
- Ecobroncoscopia (EBUS).
- Elastografía hepática (Fibroscan).

Tratamientos especiales

- Acelerador lineal de partículas, Radioterapia y Tratamientos con Isótopos radioactivos.
- Poli quimioterapia ambulatoria, incluida medicación Port-a-cath y Bombas de infusión en quimioterapia.
- Microscopía de Epiluminiscencia digitalizada.
- Diálisis y hemodiálisis para insuficiencia renal aguda (máximo 10 sesiones al año).
- Intervenciones de ligaduras de trompas o vasectomía y su hospitalización.
- Intervenciones quirúrgicas por insuficiencia coronaria, trasplantes de órganos o accidentes cerebrovasculares y hospitalización por estos motivos.
- Láser en intervenciones quirúrgicas de Otorrinolaringología, Ginecología y Coloproctología.
- Láser verde para intervenciones de próstata.
- Corrección por técnica láser de la miopía, astigmatismo e hipermetropía.
- Monotorización Neurofisiológica Intraoperatoria.
- Factores de crecimiento.
- Terapia Presión Negativa (TPN).

Hospitalización:

- Hospitalización quirúrgica o médica, sin límite de días.
- Hospitalización psiquiátrica (máximo 60 días al año).
- Parto normal o cesárea en clínica y su hospitalización.
- Programa de Hospitalización en Domicilio.
- Ingresos por trastornos alimentarios en centro ITA

Otros Servicios y Coberturas

- Dianas terapéuticas.
- Rehabilitación de la incontinencia urinaria.
- Diagnóstico precoz cáncer de colon.
- Fisioterapia y rehabilitación funcional del aparato locomotor.
- Podología en consultorio.
- Foniatría y logopedia (solo tras intervención quirúrgica). A partir de 2018 también en patologías del habla, del lenguaje y de la voz a consecuencia de patologías orgánicas de las cuerdas vocales (oncológica, infecciosa o traumática).
- Servicio de ambulancia.
- Oxigenoterapia y ventiloterapia a domicilio.
- Amplio catálogo de prótesis; mallas quirúrgicas para hernias, Stents coronarios, vasculares y vasoactivos, Lente intraocular cirugía refractiva y para cirugía refractiva, etc.
- Clases preparación al parto.
- Cobertura dental: Limpieza de boca anual, consultas, extracciones, etc.



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Óptima

(Pólizas individuales y/o familiares)

- Pruebas diagnósticas de esterilidad.
 - Chequeo médico.
 - Consultas de psicología, prescritas por un psiquiatra.
 - Servicios complementarios de Bienestar y Salud, que incluyen tratamientos alternativos, terapias complementarias y otros servicios a precios muy competitivos.
 - Segunda opinión médica.
 - Descuentos en centros de referencia en EEUU, tras la 2ª opinión médica.
 - Conservación de células del cordón umbilical.
 - Cuidados Postparto en el hogar.
 - Asistencia médica o quirúrgica en viaje.
 - Orientación Médica, Pediátrica, Psicológica y Nutricional 24h.
 - Protección de pagos con desempleo o incapacidad temporal (máx. 6 meses).
 - Programa de salud dental para embarazadas
- 2. Garantías accesorias opcionales:**
- Coberturas opcionales:**
- Cobertura Dental: Cobertura dental 33,77 €/empaste (máximo anual 135,08€).

Exclusiones de la cobertura:

Quedan expresamente excluidos de la cobertura de este seguro todas aquellos tratamientos, pruebas diagnósticas, técnicas médicas y el uso de aparatos necesarios para la realización de las mismas que no vengan expresamente detallados en el apartado 1 "Descripción de las Cobertura Contratadas" del Condicionado General. Se excluyen de las coberturas de este seguro los siguientes supuestos:

1. Exclusiones generales:

- a. Todas las enfermedades, lesiones, estados o condiciones de salud, defectos o deformidades y sus secuelas, preexistentes a la inclusión del Asegurado en la Póliza, salvo que dichas enfermedades hayan sido declaradas por el Asegurado o Tomador del Seguro a AXA Seguros Generales en el Cuestionario de la Solicitud del seguro en cualquiera de los formatos citados, y que no hayan sido excluidas por ésta.
- b. El suministro o importe de los productos farmacéuticos (salvo los administrados durante el ingreso del Asegurado en centros hospitalarios, o los citostáticos en los casos de poliquimioterapia ambulatoria) incluso que sean de suministro hospitalario. Se excluyen también las vacunas y, en caso de procesos alérgicos, los extractos.
- c. Diálisis y hemodiálisis en afecciones crónicas.
- d. La interrupción voluntaria del embarazo, incluso en los supuestos legales, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. También se excluyen los estudios del mapa genético y también el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la disfunción eréctil y el tratamiento de la esterilidad y la reproducción asistida.
- e. Las intervenciones de Cirugía Plástica y Reparadora, salvo las necesarias para eliminar las secuelas de un accidente o de una intervención quirúrgica cubiertos en la póliza contratada, y sufridos por el Asegurado durante el período de vigencia de la misma. También se excluyen las intervenciones, tratamientos e infiltraciones de Cirugía Estética y las secuelas de las mismas. Queda excluida la cirugía de reducción y reconstrucción mamaria en cualquiera de sus indicaciones (excepto en caso de mastectomía por cáncer en la mama afectada) y la cirugía para el cambio de sexo.
- f. Cualquier complicación y/o secuelas derivadas de actos médicos no cubiertos por estas Condiciones Generales.
- g. Todo lo relacionado con la estimulación precoz, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o en grupo, test psicológicos, rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica, narcolepsia y curas de reposo o sueño. La cobertura de Psicología se presta de acuerdo con lo establecido en el apartado de reembolso de gastos del punto 1.2. del Condicionado.



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Óptima

(Pólizas individuales y/o familiares)

- h. El tratamiento y rehabilitación, en régimen ambulatorio u hospitalario, y de sus complicaciones y secuelas del alcoholismo, tabaquismo, drogadicción y otras adicciones, así como el intento de suicidio, o las autolesiones. Los tratamientos dietéticos y médicos, en régimen ambulatorio u hospitalario, para adelgazar o engordar, así como el tratamiento de la anorexia y otras alteraciones de la conducta alimentaria y el tratamiento quirúrgico de la obesidad.
- i. Las técnicas médicas y el uso de aparatos necesarios para la realización de las mismas que no hayan sido incorporadas en las Condiciones Especiales o Particulares de la póliza contratada, así como los tratamientos médicos o medios técnicos y/o de diagnóstico que no sean los habituales en las Redes Públicas o Privadas de la Sanidad Española. Las técnicas se incorporarán en el apartado 1.2 del Condicionado cuando se considere contrastada su utilidad y eficacia clínica. No quedarán cubiertas aquellas pruebas y técnicas que se encuentren en fase de investigación, o cuya utilidad diagnóstica o terapéutica, y su relevancia clínica o evidencia científica no esté debidamente demostradas y contrastadas en el momento de la entrada en vigor del contrato, así como la cirugía robótica y la medicina genómica.
- j. Las estancias en asilos, residencias, balnearios y similares, así como los tratamientos balneoterápicos o hidroterápicos, aunque sean prescritos por facultativos.
- k. La hospitalización fundada en problemas de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- l. Quedan excluidos en todos los casos de Hospitalización los siguientes gastos:
 - Los gastos por uso de teléfono, televisión y otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.
 - Los gastos consecuencia de revisiones o tratamientos preventivos.
 - La pensión alimenticia del acompañante en clínica, en los casos de internamiento médico no quirúrgicos, así como en todos aquéllos en los que el Hospital o Clínica no disponga de este servicio en la habitación del paciente.
- m. Las intervenciones de cirugía por láser, excepto en las que esta técnica figure cubierta.
- n. Las prótesis de cualquier tipo, salvo las incluidas en el Condicionado General. También quedan excluidas las piezas anatómicas ortopédicas de cualquier tipo, los fijadores externos, el coste de las gafas, lentillas y/o prótesis auditivas, las medias de compresión elástica, suspensorios, tobilleras, fajas, corsés, cabestrillos, y otros métodos de inmovilización. También queda excluida la lente tórica.
- o. En los trasplantes de órganos, tejidos y células, el coste del órgano, tejido o célula a trasplantar y la gestión para su obtención. Se excluyen los huesos, tendones y ligamentos provenientes de banco de huesos y tejidos.
- p. Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas o competiciones, así como la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo (como la lidia de reses bravas) o la práctica de deportes peligrosos, incluidos los entrenamientos (tales como boxeo, actividades aéreas, de navegación o en aguas bravas, puenting, escalada, barranquismo, espeleología, carreras de vehículos a motor, no consistiendo la enumeración anterior en una lista cerrada).
- q. Enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerras, terrorismo, movimientos sísmicos, tumultos, riñas (excepto caso probado de legítima defensa), inundaciones, erupciones volcánicas, así como las consecuencias directas e indirectas de reacción o radiación nuclear y cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico.
- r. Epidemias declaradas oficialmente.
- s. Las pruebas de laboratorio de determinaciones inmunológicas y/o genéticas con finalidad predictiva, preventiva o que no tengan repercusión terapéutica y las pruebas diagnósticas con fines cosméticos. El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, así como las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de resultados.
- t. La asistencia en centros privados no concertados, y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las Comunidades Autónomas que no estén expresamente incluidos en nuestra cartera de servicios. En todo caso AXA Seguros Generales se reserva el derecho de reclamar al asegurado el recobro de los gastos de asistencia que haya tenido que abonar al sistema sanitario público, por la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria prestada.



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Óptima

(Pólizas individuales y/o familiares)

- u. Análisis y otras exploraciones que sean necesarias para la expedición de certificados, emisión de informes y la entrega de cualquier tipo de certificado médico que no tenga una clara función asistencial.
- v. La atención médica prestada en el contexto de disciplinas que no estén incluidas en la lista de especialidades oficial, vigente y publicada por los Ministerios de Sanidad y Educación.
- w. Las pruebas de detección precoz de enfermedades congénitas, excepto las específicamente incluidas en estas garantías.
- x. Los Accidentes sufridos en estado de embriaguez o bajo los efectos de drogas o estupefacientes, o a consecuencia de acciones delictivas propias, imprudencia o negligencia grave establecidas judicialmente.
- y. Intervenciones realizadas sobre no nacidos.

2. Carencias:

Todas las prestaciones garantizadas serán facilitadas al entrar la póliza en vigor (salvo aquellas que tienen un periodo de carencia previo que son las siguientes):

Si usted viene de otro seguro de Salud se eliminarían las carencias de 6 meses siempre y cuando usted facilite copia del último recibo abonado y sea del mes anterior a la fecha de contratación de este seguro.

- **Periodo de seis meses (no aplicable a casos de urgencia vital, infarto de miocardio o accidentes):**
 1. Intervenciones quirúrgicas de cualquier clase y Hospitalización por causas quirúrgicas o no quirúrgicas y cualquier otro gasto médico relacionado con las mismas.
 2. Pruebas diagnósticas como: Amniocentesis, Anatomía patológica (excepto intervención quirúrgica urgente), Arteriografía digital, Densitometría ósea, Endoscopia/Fibroendoscopia, TAC, PET, TAC y Colina, Ergometría, estudios Genéticos, Gammagrafía, Holter, Polisomnografía, Resonancia magnética nuclear y Scanner, Ecobroncoscopia (EBUS) , Fibroscan, la cápsula endoscópica.
 3. Tratamientos: Acelerador lineal de partículas, cobaltoterapia, diálisis, fisioterapia, foniatría, laserterapia, litotricia por ondas de choque y a partir de Enero 2018 también por láser, logopedia, magnetoterapia, nucleotomía percutánea, poliquimioterapia, quimionucleosis, radioterapia, rehabilitación y tratamientos con isótopos radiactivos, factores de crecimiento óseo, Terapia Presión Negativa (TPN).
 4. Otros servicios: Cursos de preparación al parto.
 5. Sesiones de logopedia en casos patologías del habla, del lenguaje y de la voz a consecuencia de patologías orgánicas de las cuerdas vocales (oncológica, infecciosa o traumática).
 6. Ingresos por trastornos alimentarios en centro ITA.
 7. Monitorización neurofisiológica intraoperatoria (en cirugías que afectan a más de 2 vértebras).
- **Periodo de siete meses**
 1. El reembolso de las obturaciones simples o complejas, en el caso de tener contratada la cobertura opcional dental.
- **Periodo de ocho meses** (no aplicable a partos con peligro de la vida del feto o la madre, o prematuros, siempre que el inicio de la gestación sea posterior a la fecha de alta de la Asegurada):
 1. Intervenciones quirúrgicas de ligadura de trompas y/o vasectomía, así como su hospitalización.
 2. La asistencia del parto o cesárea en clínica y su hospitalización.
 3. Conservación del Cordón Umbilical (según requisitos de contratación específicos de esta cobertura).
 4. La asistencia postparto al domicilio.
- **Periodo de doce meses**
 1. Rehabilitación de la incontinencia urinaria.
 2. Telerehabilitación infanto-juvenil.

Forma de cobro de la prestación (aplicable a reembolsos)

El asegurado tendrá derecho al reembolso de los gastos de urgencias a domicilio de Medicina General y Pediatría, si ha contratado la garantía y dentro de los límites fijados:

- Urgencias a domicilio de Medicina General, pediatría y enfermería: 228,66€



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Óptima

(Pólizas individuales y/o familiares)

- Cobertura dental: reembolso de 33,77 € por empaste (opcional): 135,08 €

Para ello debe presentar a la Entidad Aseguradora la solicitud de reembolso de gastos y factura original. Al recibir los documentos y justificantes y aceptar el siniestro, en el plazo de 15 días laborables se abona por transferencia bancaria a la cuenta en la que se hacen efectivos los recibos de la prima, o la que diga el asegurado en la solicitud.

Condiciones, plazos y vencimientos de las primas

1. Cuestiones generales

El pago de la prima del seguro contratado se puede realizar de forma mensual, trimestral, semestral o anual. Las formas de pago no mensuales tienen los siguientes descuentos: Trimestral: 2%, semestral 4%, Anual: 6%. La domiciliación bancaria es obligatoria en todos los casos.

2. Comunicación anual del vencimiento de las primas y actualizaciones

Antes del vencimiento de la póliza el asegurado recibirá una comunicación donde se le informará de la nueva tarifa para la siguiente anualidad y las nuevas coberturas incorporadas en su modalidad de póliza.

Las tarifas de Salud se actualizan, teniendo en cuenta la variación de los costes de los servicios incluidos en la modalidad de póliza, las innovaciones tecnológicas que sea necesario incorporar, la revalorización de los capitales de reembolso de gastos, las nuevas prestaciones incorporadas y la suficiencia de primas para satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de Salud. Siempre se tendrá en cuenta el tramo de edad actuarial del asegurado.

3. Tarifa de las primas

Las primas de Salud de AXA contienen como factor de riesgo la edad, por lo que se clasifica en los siguientes tramos:

0-1	19-20	41-43	58-58	67-67	76-76	85-85	94-94
2-2	21-23	44-45	59-59	68-68	77-77	86-86	95-95
3-3	24-25	46-48	60-60	69-69	78-78	87-87	96-96
4-4	26-27	49-50	61-61	70-70	79-79	88-88	97-97
5-5	28-29	51-53	62-62	71-71	80-80	89-89	98-98
6-6	30-31	54-54	63-63	72-72	81-81	90-90	99-99
7-9	32-34	55-55	64-64	73-73	82-82	91-91	
10-14	35-39	56-56	65-65	74-74	83-83	92-92	
15-18	40-40	57-57	66-66	75-75	84-84	93-93	

4. Condiciones de resolución y oposición a la prórroga

La duración de los seguros de salud individuales será anual, renovable y salvo pacto expreso sin posibilidad de anulación por parte de AXA, excepto en caso de dolo, mala fe del asegurado o falta del pago de la prima.

El Tomador podrá, no obstante, oponerse a la prórroga del contrato mediante notificación escrita, efectuada con un plazo de un mes de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

En los casos de pacto expreso, si es AXA quien se opone a la prórroga del contrato, será mediante notificación escrita, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del período de seguro en curso.

5. Derecho de rehabilitación

En caso de impago, la cobertura del Contrato quedará suspendida un mes después del día de vencimiento del recibo y el Contrato extinguido si AXA Seguros generales no reclama su importe dentro de los seis meses siguientes. Durante este plazo, AXA Seguros generales no se hará cargo de ninguna cobertura.

En cualquier caso, AXA Seguros generales, cuando el Contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el Contrato no hubiera sido resuelto conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima. Cuando el contrato haya sido resuelto por falta de pago de la prima, el Tomador deberá devolver a AXA Seguros generales las Tarjetas Individuales de las personas aseguradas.

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

El asegurado dispone de libertad de elección del prestador del servicio médico entre los profesionales y centros que figuran en el cuadro médico ofertado, que estará siempre actualizado en la página web www.axa.es para su consulta.



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Óptima

(Pólizas individuales y/o familiares)

Existen una serie de actos médicos que requieren autorización previa por parte de la Compañía. Estos actos pueden ser consultados en nuestra página web <https://www.axa-salud.es/canal-salud/Servicios/Autorizaciones-medicas.html>

Tributos repercutibles

Las prestaciones sanitarias de reembolso de gastos médicos o del coste de la atención no son generadoras de una alteración patrimonial en el IRPF.

Instancias de reclamación

De conformidad con lo establecido en Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, los conflictos que puedan surgir entre las partes podrán resolverse, como sigue:

- a. El Tomador podrá formular sus reclamaciones por escrito, ante el Servicio de Atención de Quejas y Reclamaciones de la Entidad Aseguradora con dirección: Emilio Vargas, 6, 28043, Madrid, por correo electrónico: centro.reclamaciones@axa.es, directamente a través de la página [www.axa.es] www.axa.es o la web Clientes. Dicho departamento acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y las resolverá siempre por escrito motivado.

Para seguros contratados en Cataluña y en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 22/2010, de 20 de julio, del Código de consumo de Cataluña, podrá dirigirse, además, a la siguiente dirección: World Trade Center Almeda Park, edificio 6, Plaza de la Pau s/n, 08940 - Cornellá del Llobregat o contactar en el teléfono 900 132 098.

Una vez transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el Servicio de Atención de Quejas y Reclamaciones haya resuelto, o bien una vez que haya sido denegada expresamente la admisión de reclamación o desestimada la petición, podrá acudir ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores o la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, mediante presentación de la queja o reclamación, en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos. La reclamación o queja será tramitada de conformidad con el procedimiento previsto en la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los Servicios de Reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Podrá presentar su reclamación en el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones en la dirección Paseo de la Castellana, 44 - 28046 - Madrid o en <http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/>

- b. Por decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y leyes complementarias; o en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje, en materia de libre disposición conforme a derecho y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida (siempre que hubiera acuerdo por ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos), siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Tomador y Asegurador.
- c. Por mediación en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación de asuntos civiles y mercantiles.
- d. Por los Jueces y Tribunales competentes (siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguros el del domicilio del Asegurado).

Legislación aplicable

La Entidad Aseguradora está sometida al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, que depende del Ministerio de Economía.

- 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.
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos).
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Óptima

(Pólizas individuales y/o familiares)

- Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma electrónica.
- Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico.
- Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- R.D.L. 7/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros.
- Y cualquier otra norma que durante la vigencia esta póliza pueda ser aplicable.

Régimen Fiscal

Las primas están exentas del impuesto sobre primas de seguro por aplicación del art. 12 apartado 5 de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. (BOE de 31 de diciembre), por la que se regula el impuesto de primas de seguro, con excepción de aquella parte de la prima, en su caso, destinada a cubrir garantías de Asistencia en Viaje.

Las primas están sujetas a la aplicación del recargo del 1,5 por mil, a favor del Consorcio de Compensación de Seguros, por aplicación del Art. 23.4 de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social. (BOE de 31 de diciembre) para financiamiento de las funciones liquidadoras de este organismo.

Los seguros de enfermedad gozan de un tratamiento fiscal interesante, tanto para empresas como para particulares:

Para la empresa: Las primas o cuotas satisfechas tienen la consideración de gasto deducible al 100% en el Impuesto sobre sociedades.

Para el trabajador: Para trabajadores por cuenta ajena: No tendrán la consideración de retribución del trabajo en especie cuando la cobertura de enfermedad alcance al propio trabajador, pudiendo también alcanzar a su cónyuge y descendientes y que las primas o cuotas satisfechas no excedan de 500 euros anuales por cada una de las personas señaladas anteriormente (el exceso sobre dicha cuantía constituirá retribución en especie). El máximo será de 1500 € cuando en la unidad familiar haya alguna persona con discapacidad.⁽¹⁾

Para empresarios individuales, autónomos o profesionales liberales sujetos al régimen de estimación directa de los rendimientos de actividades económicas: Tienen la consideración de gasto deducible, las primas de seguro de enfermedad satisfechas por el contribuyente en la parte correspondiente a su propia cobertura y a la de su cónyuge e hijos menores de 25 años que convivan con él. El límite máximo de deducción es de 500 euros por cada una de las personas señaladas.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Esta normativa sólo está vigente para el Estado y para el Territorio Foral de Navarra que sigue el mismo criterio que en Territorio Común. Sin embargo las Diputaciones Forales de Álava, Guipúzcoa y Vizcaya han introducido modificaciones en esta materia y en estos territorios las primas por seguros de enfermedad han pasado a considerarse renta del trabajo en especie sujeta, o gasto no deducible para los supuestos de empresarios individuales titulares de una actividad económica.

Informe sobre la situación financiera y solvencia del asegurador

Se puede consultar en www.axa.es/axa-espana/informes-sfcr