

Nota informativa sobre el seguro



En cumplimiento de lo que dispone el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y los artículos 122 y 124 de su Reglamento aprobado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, le informamos, en relación con el seguro de accidentes que nos solicita, de los aspectos siguientes:

1. Entidad Aseguradora (Denominación social, forma jurídica y domicilio):

ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS, de ahora en adelante el "ASEGURADOR"

Domicilio social: Av. Josep Tarradellas, 123-127, bajos, 08029 BARCELONA.

Teléfono: 93 495 44 44.

2. Estado miembro del Espacio Económico Europeo de Origen y Prestación de Servicios:

ESPAÑA.

3. Autoridad de control:

Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda. Número de Registro de la Entidad C-416.

4. Legislación aplicable:

El contrato de seguro queda sometido a la siguiente normativa aplicable:

- 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.
- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016, sobre la distribución de seguros y su normativa de transposición.
- Real Decreto Ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores: de seguros privados, de planes y fondos de pensiones, del ámbito tributario y de litigios fiscales.
- 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 se refiere al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

5. Instancias de reclamación en caso de discrepancias o litigio:

El TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO podrá presentar quejas o reclamaciones a las instancias siguientes:

5.1 Internas:

El TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO pueden formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Atención al Cliente del ASEGURADOR. Para facilitar la participación y colaboración de los clientes, todas las delegaciones comarcales y oficinas disponen de impresos para la formalización presencial de sus quejas o reclamaciones. También lo pueden hacer por correo en la Av. Josep Tarradellas, 123-127, bajos, Barcelona 08029, o por correo electrónico: atencionalclient@asc.cat.

Una vez iniciado el procedimiento, de conformidad con la legislación aplicable, el asegurador procederá a acusar recibo y resolverá la reclamación en el plazo legalmente establecido, de acuerdo con el procedimiento detallado en el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente. Se puede consultar un ejemplar en las oficinas del ASEGURADOR y en su página web:

www.asc.es/es/servicio-cliente.

5.2 Externas:

Una vez agotada la vía del Servicio de Atención al Cliente del ASEGURADOR, el TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO puede acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, situado en el Paseo de la Castellana, 44, Madrid 28046, o puede presentar su queja o reclamación a través de la oficina virtual:

www.dgsfp.mineco.es.

En concreto, la normativa de transparencia y protección del asegurado se encuentra recogida en:

- Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero.
- Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la cual 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.
- Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del cliente de entidades financieras.

5.3 En todo caso, el TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO siempre podrá acudir a la vía judicial para dirimir cualquier conflicto que tenga con el ASEGURADOR.

De acuerdo con el artículo **24 de la Ley de Contrato de Seguro**, "Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de seguro el del domicilio del asegurado y será nulo cualquier pacto en contra"

6. Información básica sobre Protección de Datos:

Responsable	ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SA DE SEGUROS.
Finalidad	Gestionar su solicitud de información con relación a los seguros que ofrecemos, así como la tramitación de la simulación de seguro y realizar el cálculo del importe de la prima correspondiente. Incorporación al fichero de ASCSA. Así, con el fin de poder ofrecerle productos y servicios de acuerdo con sus intereses podríamos elaborar un "perfil comercial", en base a la información facilitada.
Legitimación	Ejecución de un contrato (relación precontractual a solicitud del interesado) y consentimiento del interesado.
Destinatarios	Las Entidades del Grupo ASC y/o vinculadas que constan en el apartado de información adicional, siempre con la misma finalidad. No se prevén transferencias internacionales.
Derechos	El interesado tiene derecho al acceso, rectificación, supresión, oposición, revocar el consentimiento, limitación, portabilidad, y a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente página web: www.asc.es/es/proteccion-de-datos .

7. Información sobre la situación financiera y de solvencia de la Aseguradora:

El TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO puede acceder al Informe sobre la situación financiera y de solvencia del ASEGURADOR a través de su web: www.asc.es/es/inf_solvencia.

8. Otras informaciones específicas del seguro de accidentes:

8.1. Garantías Aseguradas

Las prestaciones aseguradas en Asistencia Sanitaria, con el alcance establecido en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza, son las siguientes:

- **Muerte por accidente:** Se pagará al BENEFICIARIO designado en la Póliza, o en su defecto, a los derechohabientes, el capital asegurado en caso de fallecimiento del ASEGURADO por un accidente cubierto, de conformidad con el contenido de la póliza.
- **Invalidez Permanente por accidente:** Se pagará al ASEGURADO en caso de pérdida anatómica o funcional, total o parcial, de carácter permanente e irreversible sufrida por el ASEGURADO como consecuencia directa de un accidente, de conformidad con el contenido de la póliza.
- **Incapacidad Temporal por accidente:** Se pagará al ASEGURADO en caso de padecer condición física, consecuencia de un accidente, que le imposibilite el ejercicio de sus actividades privadas o profesionales durante un período de tiempo al término del cual el ASEGURADO recupera la capacidad para su ejercicio, de conformidad con el contenido de la póliza.
- **Asistencia Sanitaria y Hospitalización por accidente:** Se prestará al ASEGURADO la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalización necesaria para la rehabilitación de las consecuencias del accidente, incluyendo el servicio de ambulancia, de conformidad con el contenido de la póliza.

Son garantías básicas la Muerte y la Invalidez Permanente por accidente, las cuales deberán contratarse conjuntamente. Son garantías opcionales la Incapacidad Temporal, la Asistencia Sanitaria y la Hospitalización por accidente.

Mediante el pago de sobreprima y su especificación en las Condiciones Particulares podrá contratarse la cobertura de los riesgos derivados de la práctica de determinados deportes, así como los riesgos complementarios de:

- Doble capital por accidente de circulación.
- Doble capital en caso de ocurrencia en el extranjero.
- Subvención de estudios repartida durante cinco años para hijos menores de 21 años.

Quedan excluidas de la cobertura del seguro las personas menores de 14 años.

8.2. Sobre la Póliza

La duración de la póliza es anual, salvo mención expresa en las condiciones particulares, el contrato vence el 31 de diciembre de cada año.

Una vez firmada la Póliza y pagado el primer o único recibo, comenzará y finalizará en la fecha y hora indicadas en las Condiciones Particulares.

En cuanto expire el periodo indicado en las Condiciones Particulares de la póliza, el contrato se entenderá prorrogado tácitamente, por el plazo de un año, y así sucesivamente cada anualidad.

En todo caso, la Póliza se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el ASEGURADO cumpla 70 años.

La prima de la póliza es única y corresponde al período total de duración de la Póliza. El pago mensual corresponde a una fracción de la obligación anual si así se establece expresamente en las Condiciones Particulares.

Si por culpa del TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO, la primera prima no hubiera sido pagada a su vencimiento, el ASEGURADOR tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago del importe pactado por vía ejecutiva. En todo caso, si el importe de la póliza no ha sido satisfecho antes de que se produzca alguna prestación, el asegurador quedará liberado de su obligación.

El pago de la prima se realizará a través de domiciliación bancaria a la cuenta corriente facilitada por el TOMADOR DEL SEGURO.

En la prima del seguro quedan comprendidos el Impuesto sobre Primas de Seguros (IPS) y los recargos a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.

La causa más frecuente para la determinación de la prima en años sucesivos es el comportamiento siniestral y la evolución del IPC.

Para confeccionar la prima del seguro siempre se tendrán en cuenta las garantías suscritas. Pueden influir otros criterios a su determinación, como la categoría profesional, el estado de salud previo, y la edad, que determinará el ASEGURADOR en cada caso.

El TOMADOR DEL SEGURO podrá rescindir el contrato por los siguientes motivos:

El TOMADOR DEL SEGURO puede oponerse a la prórroga tácita de la póliza mediante la notificación por escrito al ASEGURADOR en un plazo mínimo de un mes a la fecha de finalización de la vigencia de la póliza.

El TOMADOR DEL SEGURO podrá resolver unilateralmente el contrato dentro de los treinta días siguientes a la recepción de la póliza, mediante comunicación al asegurador, por escrito o en cualquier otro soporte, sin necesidad de indicar los motivos y sin penalización alguna.

8.3. Régimen fiscal aplicable

El régimen fiscal aplicable al contrato de seguro será el que corresponda en la legislación aplicable vigente en cada momento en relación con el Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, el Impuesto sobre Sucesiones y Donaciones y, en su caso, el Impuesto de Sociedades.

El TOMADOR DEL SEGURO manifiesta que, teniendo en consideración la información que ha proporcionado con carácter previo a la celebración del contrato de seguro, el ASEGURADOR ha determinado que este producto de seguro de accidentes se ajusta a sus exigencias y necesidades al estar dirigido a personas que desean proteger su salud a raíz de los accidentes que puedan sufrir, a través del ámbito privado, mediante la cobertura del producto específico contratado por el TOMADOR DEL SEGURO para los Asegurados.