

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.

2. Nombre del producto

Flex

3. 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.

4. Cuestionario de Salud

El cuestionario de salud, 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.

5. Descripción de las garantías y opciones ofrecidas**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.
- Otras coberturas complementarias: Asistencia en viaje, Segunda Opinión Médica Internacional, Cobertura Dental, Servicio Médico Telefónico y Plan Saludable: Vida Sana.

6. 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 prescritos.**
- **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 de tener VIH/SIDA, siempre que existan causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente.**
- **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.**

NOTA INFORMATIVA (2/3)

Periodos de Carencia

Servicios	Periodo de Carencia contratación familiar	Periodo de Carencia contratación individual
Hospitalización e intervenciones quirúrgicas con ingreso	8 meses	12 meses
Intervenciones quirúrgicas ambulatorias	4 meses	4 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	6 meses
Planificación familiar	6 meses	6 meses
Tratamientos especiales: Aerosolterapia, diálisis, Fisioterapia, Radioterapia, Quimioterapia, Tratamiento del dolor, Trasfusiones y Litotricia renal	6 meses	6 meses
Cirugía Bariátrica	24 meses	24 meses
Gastos derivados del parto	8 meses	8 meses

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

7. 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€
Gastos incurridos en la conservación del cordón umbilical	hasta 450€ por parto
Otros límites	
Consultas psicoterapia	un máximo de 15 al año
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 quiropodias al año
Diálisis aguda 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:

Se trata de un producto con Copagos diferenciados por tipo de acto.

Actos o Servicios médicos

Los 7 primeros
A partir del 8º

Copago por cada acto

0 €
8 €

Se establece un límite de 200 euros por Asegurado al año.

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 naradigital.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 completa correspondiente a todas las edades (sin aplicación de bonificaciones, descuentos o recargos especiales) a través de naradigital.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 913 349 224, 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:

- a. 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

NOTA INFORMATIVA (3/3)

tratamiento en curso dentro del contrato 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.
- b. 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 ó más años.
- c. 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 la Prima o negativa a aceptar su actualización por parte del Tomador.
- d. La renuncia por parte de la Entidad Aseguradora 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 pueda 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

El Asegurado podrá acceder a un amplio Cuadro Médico de la Entidad Aseguradora concertado a nivel nacional, formado por unos 40.000 profesionales y 1.300 centros médicos, mediante su tarjeta sanitaria personalizada.

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 (car@naradigital.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 y Particulares de este contrato.

12. Régimen fiscal

Las Primas del 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 de servicios sanitarios obtenidas no se consideran renta en el IRPF del Asegurado.

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