



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Complet Copago Colectivos

(Pólizas colectivas)

Datos de la Entidad Aseguradora

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

Inscrita en el Registro Mercantil de Palma de Mallorca, HOJA PM-61041, CIF A-60917978, y domicilio social en C/ Monseñor Palmer 1, 07014, Palma de Mallorca (España).

Nombre del producto.

Complet Copago Colectivos

Tipo de Seguro

Asistencia Sanitaria hospitalaria y extrahospitalaria a través de Cuadro Médico concertado. Todos los servicios se prestan exclusivamente a través de los profesionales y centros médicos incluidos en el mismo.

Cuestionario de Salud

El cuestionario de salud podrá ser digital o realizarse a través de 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. El asegurado quedará exonerado de este requisito si AXA así lo informa de forma expresa en el proyecto de seguro de Salud Colectivo presentado.

La omisión o falta de veracidad en el cuestionario de salud pueden dar lugar a la pérdida de prestación o rescisión del contrato.

Descripción de las garantías y opciones ofrecidas

Coberturas y Garantías	Límite por Reembolso	Límite por Cuadro Médico
Capital total Asegurado por persona y año	30.480,50 €	Sin Límite
Consultas urgentes a domicilio de Medicina General, Pediatría y ATS	287,87 €	Sin Límite
Consultas de Medicina General, Pediatría y ATS	--	Sin Límite
Sesión Psicología	20,00 €	--
Consultas de otras especialidades	--	Sin Límite
Rehabilitación por sesión	--	Sin Límite
Total unitario para ambulancia	--	Sin Límite
Total anual para ambulancia	--	Sin Límite
Estancias en hospital por día	--	Sin Límite
Estancias en UVI por día	--	Sin Límite
Intervenciones Quirúrgicas (según baremo) sólo se limitan los importes de honorarios médicos:		
Límite Intervenciones Quirúrgicas Grupo 0	--	Sin Límite
Límite Intervenciones Quirúrgicas Grupo 1	--	Sin Límite
Límite Intervenciones Quirúrgicas Grupo 2	--	Sin Límite
Límite Intervenciones Quirúrgicas Grupo 3	--	Sin Límite
Límite Intervenciones Quirúrgicas Grupo 4	--	Sin Límite
Límite Intervenciones Quirúrgicas Grupo 5	--	Sin Límite
Límite Intervenciones Quirúrgicas Grupo 6	--	Sin Límite
Límite Intervenciones Quirúrgicas Grupo 7	--	Sin Límite
Límite Intervenciones Quirúrgicas Grupo 8	--	Sin Límite



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Complet Copago Colectivos

(Pólizas colectivas)

Otros Capitales y Límites	Límite por Reembolso	Límite por Cuadro Médico
Conservación sangre Cordón Umbilical	650,00 €	--
Factores Crecimiento Óseo	350,00 €	--
Mallas TOT y TVT Incontinencia Urinaria	500,00 €	--
Monitorización neurofisiológica	600,00 €	--
Oncotype-Prosigna	2.000,00 €	--
Coberturas y Garantías	Límite por Reembolso	Límite por Cuadro Médico
Medicina Extrahospitalaria España	80 %	--
Otros Reembolsos	Límite por Reembolso	Límite por Cuadro Médico
Conservación Sangre Cordón Umbilical	50 %	--
Factores Crecimiento Óseo	80 %	--
Monitorización Neurofisiológica	90 %	--
Oncotype®-Prosigna®	80%	--

Exclusiones de coberturas con carácter general

Quedan expresamente excluidos de la cobertura de este seguro todos 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 artículo "Condiciones Especiales de la Modalidad Complet Colectivos", y que no se haya comunicado su incorporación a las coberturas por escrito al Tomador, tal como establece el Real Decreto 1060/2015 de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras en su art 126.2 así como los gastos derivados de su utilización.

Además, se excluyen todas de todas las coberturas de este seguro los siguientes supuestos:

1. Todas las enfermedades, lesiones, estados o condiciones de salud y sus secuelas preexistentes a la inclusión del Asegurado en la Póliza, salvo que estas 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 figuren excluidas en las Condiciones Particulares del contrato.
2. 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 en aguas bravas o en circunstancias de riesgo, puenting, escalada, barranquismo, espeleología, carreras de vehículos a motor, no consistiendo la enumeración anterior en una lista cerrada) Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica de los siguientes deportes: actividades aéreas, escalada, barranquismo.
3. Los accidentes sufridos como consecuencia de acciones delictivas propias, imprudencia o negligencia grave establecidas judicialmente.
4. Enfermedades y accidentes que sean a 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.
5. Epidemias declaradas oficialmente.
6. La asistencia 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 el Cuadro Médico o Centros Concertados. 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 Complet Copago Colectivos

(Pólizas colectivas)

7. 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, tales como la medicina integrativa o la medicina tradicional China. También quedarán excluidos cualquier prueba complementaria o procedimiento terapéutico solicitados por estos profesionales.
8. 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, así como la medicina deportiva.
9. 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.
10. Los tratamientos dietéticos y médicos en régimen ambulatorio u hospitalario, para adelgazar o engordar, salvo en los centros expresamente autorizados por AXA Seguros Generales con esta finalidad.
11. Excepto los que expresamente consten incluidos en el artículo ""Prestaciones, riesgos y garantías aseguradas"" no tendrán cobertura:
 - a. Las intervenciones de cirugía o procedimientos terapéuticos por láser
 - b. La cirugía robótica, guiada por imagen o asistida por ordenador o navegadores virtuales.
 - c. Las terapias celulares
 - d. La medicina Regenerativa y genómica
12. 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 o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Las técnicas se incorporarán en el artículo ""Prestaciones, riesgos y garantías aseguradas"" cuando se considere contrastada su utilidad y eficacia clínica por la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. 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 "
13. Diálisis y hemodiálisis en afecciones crónicas. Utilización y tratamientos en cámara hiperbárica.
14. Toda la asistencia relacionada con la estimulación precoz, psicoanálisis, hipnosis, 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 "Prestaciones, riesgos y garantías aseguradas mediante reembolso de gastos" y "Prestaciones, riesgos y garantías aseguradas mediante cuadro médico".
15. Las prótesis de cualquier tipo, salvo las incluidas en el artículo "Prestaciones, riesgos y garantías aseguradas". También quedan excluidas las piezas anatómicas ortopédicas de cualquier tipo, los fijadores externos, el coste de las gafas, lentillas y/o prótesis auditivas, electrodos y estimuladores cerebrales y medulares, las medias de compresión elástica, suspensorios, tobilleras, fajas, corsés, cabestrillos y otros métodos de inmovilización. También queda excluida la Lente tórica, lente monofocal plus, la lente de foco extendido y cualquier otro modelo de lente monofocal avanzada
16. Los trasplantes de órganos, tejidos y células, el coste del órgano, tejido o célula a trasplantar y la gestión para su obtención, así como los huesos, tendones y ligamentos provenientes de banco de huesos y tejidos y los implantes constituidos por hueso natural salvo los trasplantes expresamente incluidos y en las condiciones detalladas en el apartado de la especialidad correspondiente.
17. Las pruebas de laboratorio de determinaciones inmunológicas y/o genéticas con finalidad predictiva, preventiva, pronóstica o que no tengan repercusión terapéutica y las pruebas diagnósticas con fines cosméticos. La secuenciación del exoma, del genoma y del ADN.
18. El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, así como las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de resultados. La secuenciación del exoma, del genoma y del ADN. Los estudios del mapa genético, así como el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la disfunción eréctil, el tratamiento de la esterilidad y la reproducción asistida



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Complet Copago Colectivos

(Pólizas colectivas)

19. Los tratamientos cosméticos y 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 y con defecto funcional de la parte del cuerpo afectada. 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 BRCA, por cáncer en la mama afectada y la simetrización contralateral) y la cirugía para el cambio de sexo, así como todos los gastos relacionados.
20. La interrupción voluntaria del embarazo, incluso en los supuestos legales, así como todos los gastos relacionados.
21. Intervenciones realizadas sobre los no nacidos.
22. Las pruebas de detección precoz de enfermedades congénitas, excepto las específicamente incluidas en estas garantías.
23. Conservación de embriones, óvulos y espermatozoides, o cualquier otro tipo de células o tejidos. Gastos derivados de la donación de ovocitos.
24. 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 alimentaria del acompañante en clínica, en los casos de internamiento médico no quirúrgico, así como en todos aquellos supuestos en los que el Hospital o Clínica no disponga de este servicio en la habitación del paciente.
25. La hospitalización fundada en problemas de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
26. Las estancias en asilos, residencias, centros de cuidados médicos, paliativos y de larga estancia, balnearios y similares, así como los tratamientos balneoterápicos o hidroterápicos, aunque sean prescritos por facultativos. Los ingresos y actividades asistenciales en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso, rejuvenecimiento y los tratamientos dietéticos.
27. La eutanasia, incluso en los supuestos legales, así como los gastos relacionados
28. El suministro o importe de los productos farmacéuticos (salvo los administrados durante la hospitalización del Asegurado en centros hospitalarios o los citostáticos endovenosos 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.

Carencia

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

Período de carencia de Seis Meses

- Intervenciones quirúrgicas ambulatorias, cirugías que no precisen ingreso hospitalario (Intervenciones quirúrgicas incluidas en los grupos 0-1-2 de la Organización Médica Colegial de España: <https://www.cgcom.es/publicaciones/nomenclator> que no requieran ingreso hospitalario).
- Cursos de preparación al parto.
- Los siguientes servicios:
 - Pruebas diagnósticas:

Amniocentesis, pruebas especiales del embarazo de riesgo y test prenatal no invasivo, anatomía patológica (excepto la correspondiente a intervenciones quirúrgicas urgentes) y dianas terapéuticas; endoscopia, ecoendoscopia digestiva y bronquial (EBUS) y cápsula endoscópica; estudios de esterilidad, genéticos y plataformas genómicas; elastografía hepática, gammagrafía, polisomnografía, arteriografía digital, radiografía 3D de cuerpo entero EOS®, resonancia magnética nuclear



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Complet Copago Colectivos

(Pólizas colectivas)

RMN, scanner-TAC, SPECT-TAC, PET, PET-TAC 18FDG, PET Colina, TAC DMG; Microscopía de epiluminiscencia digitalizada. Programas de medicina preventiva.

- Tratamientos:

Diálisis, cualquier tratamiento de fisioterapia (incluyendo ondas de choque), logopedia y foniatría; poliquimioterapia oncológica, radioterapia y tratamientos con isótopos radiactivos.

- Asistencia especial a domicilio

Periodo de carencia de Ocho meses:

- Las intervenciones quirúrgicas que precisen ingreso hospitalario (Intervenciones quirúrgicas incluidas en los grupos 3 o superior de la Organización Médica Colegial de España: <https://www.cgcom.es/publicaciones/nomenclator>), cualquier tipo de hospitalización por causas quirúrgicas o no quirúrgicas (incluida la psiquiátrica y por trastornos alimentarios), la utilización de salas especiales hospitalarias para diagnóstico y tratamiento y cualquier otro gasto médico relacionado con las mismas.
- La asistencia del parto y/o cesárea en clínica.

Este período de carencia no será de aplicación en los partos en los que peligre la vida del feto o de la madre, o en partos diagnosticados como prematuros (teniendo esta consideración cuando acontezcan antes de los 259 días o de las 37 semanas completas, desde la fecha de la última menstruación), siempre que la gestación se haya iniciado con posterioridad a la fecha del alta de la Asegurada.

- Las intervenciones de ligadura de trompas y vasectomía, así como la hospitalización como consecuencia de las mismas.
- Conservación de sangre de cordón umbilical.
- Asistencia postparto a domicilio.

Período de carencia de Doce meses:

- Rehabilitación de la incontinencia urinaria.
- Telerrehabilitación cognitiva infanto-juvenil

Período de carencia de Veinticuatro meses:

- Determinación BRCA Plus.
- Mastectomía/ooforectomía preventivas.

El período de carencia no será de aplicación en casos de urgencia vital, ya sea por accidente o enfermedad sobrevenida y diagnosticada después de la fecha de entrada en vigor de la póliza o de la fecha de alta del asegurado en la misma y siempre que se trate de una asistencia objeto de la cobertura asegurada.

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 trimestrales, semestrales o anuales incorporarán un descuento que serán del 1,89 % 3,77 % y 5,66 % respectivamente. Adicionalmente, el Tomador del Seguro o Asegurado (quién esté obligado al pago de este concepto) deberá abonar unos determinados copagos por el acceso de los asegurados a las prestaciones y en función de las categorías siguientes: Visitas de Asistencia Primaria (Medicina General y Pediatría), Visitas de Especialidades Médicas, Urgencias, ATS/DUE, Sesiones de Fisioterapia, Pruebas de diagnóstico Complejas, Resto Pruebas Diagnósticas, Tratamientos Especiales y Resto de Actos médicos. Las cuantías de los copagos estarán fijadas en las Condiciones Particulares.

2. Comunicación anual del vencimiento de las primas:

Antes del vencimiento de la póliza el Tomador del Seguro y/o el Asegurado (quién esté obligado al pago de la prima) recibirá una comunicación en el plazo legalmente establecido donde se le informará del incremento para la siguiente anualidad y las nuevas coberturas incorporadas en su modalidad de póliza a partir de la fecha del vencimiento.

3. Tarifa de la prima:

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 y coberturas incorporadas y la suficiencia de primas para satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas del contrato de Salud. En los colectivos cuya estructura tarifaria incorpore escalados por tramos de edad se tendrá en cuenta para el cálculo de la prima el tramo de edad alcanzado según la edad actuarial de cada asegurado. Este escalado se actualizará anualmente en función del incremento comunicado y se pondrá a disposición del Tomador.



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Complet Copago Colectivos

(Pólizas colectivas)

4. Renovaciones:

La duración de los seguros de salud colectivos será anual renovable. Tanto el Tomador como AXA podrán, 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 el caso del Tomador, y si es AXA, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del período en curso. En los casos de dolo o mala fe del asegurado, AXA podrá comunicar la baja mediante notificación escrita conforme establece la Ley de Contrato de Seguro.

5. Derecho de rehabilitación:

En esta modalidad de seguro, el asegurado tendrá derecho a la rehabilitación de la póliza conforme establece la Ley de Contrato de Seguro. Si se produjera el impago de cualquiera de las cuotas de la anualidad y la póliza entrase en suspensión de garantías, la rehabilitación se produciría a las 24 horas del día en que se produjera el pago de la prima.

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.

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.es/seguros-empresas/seguros-salud>

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 o a través de la página [\[www.axa.es\]](http://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: Torre Ponent; Passeig de la zona Franca 107; 08038 Sants- Montjuïc, Barcelona, España 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.



Nota informativa previa a la contratación del Seguro de Salud Complet Copago Colectivos

(Pólizas colectivas)

- 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.
- 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 <https://www.axa.es/axa-espana/informes-sfcr>