

1. DENOMINACIÓN Y DOMICILIO SOCIAL DE LA ASEGURADORA

La Unión Madrileña de Seguros, S.A., en adelante Unión Madrileña, con domicilio social en C/ Viriato, 2 28010 de Madrid, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid Tomo 1.204, General 688, Sección 3ª, Folio 199, Hoja 4.212 Inscripción 6ª.

2. NOMBRE DEL PRODUCTO

Seguro de asistencia sanitaria sin copagos: UNIÓN PREMIUM (excepciones recogidas en el punto 7 del presente documento)

3. TIPO DE SEGURO

Seguro de asistencia sanitaria, que permite el acceso a atención primaria, urgencias, especialidades médicas, medicina preventiva, medios de diagnóstico y hospitalización. Las garantías de este seguro se prestan a nivel nacional.

4. CUESTIONARIO DE SALUD

El Cuestionario de Salud, incluido en la solicitud del seguro, es una declaración firmada por el Tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la Póliza y que sirve a la Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro. El tomador del seguro tiene obligación de contestar con veracidad a dicho cuestionario con el fin de que la aseguradora pueda realizar una correcta valoración del riesgo. En caso de no ser veraz la información facilitada, la compañía podría rescindir el contrato de seguro

5. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS OFRECIDAS Y OPCIONALES

5.1. GARANTIAS

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza son los siguientes:

a) Medicina primaria

- Medicina General. Asistencia en consulta y a domicilio.
- Pediatría y puericultura. Para niños menores de catorce años.
- Enfermería. Servicio en consulta y a domicilio. Previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.

b) Urgencias

c) Especialidades

Asistencia sanitaria en consultas médicas, en las especialidades que a continuación se citan:

- Alergología.
- Anestesia y reanimación.
- Angiología y cirugía vascular.
- Aparato digestivo.
- Cardiología.
- Cirugía cardiovascular.
- Cirugía general y del aparato digestivo.
- Cirugía maxilo-facial.
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía plástica reparadora.
- Cirugía torácica.
- Dermatología medico-quirúrgica.
- Endocrinología y nutrición.
- Geriatria.
- Hematología y hemoterapia.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear.
- Nefrología.
- Neonatología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología clínica.
- Neurología.
- Obstetricia y ginecología.
- Odonto-estomatología.
- Oftalmología.
- Oncología médica y radioterápica.
- Otorrinolaringología
- Psiquiatría.
- Rehabilitación y fisioterapia.
- Reumatología.
- Traumatología y cirugía ortopédica.
- Unidad del dolor.
- Urología.

d) Medicina preventiva

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la Póliza.

- Pediatría: incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- Obstetricia y Ginecología: revisión ginecológica anual, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- Cardiología: incluye la prevención del riesgo coronario.
- Urología: revisión urológica anual para la prevención del cáncer de próstata.
- Dermatoscopia digital
- Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, siendo por cuenta de la Asegurada el coste del dispositivo. Ligadura de trompas y vasectomía.

Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad salvo en aquellas coberturas parciales que se contemplen en condicionados particulares.

e) Medios de diagnóstico

1. Análisis Clínicos, anatomía patológica y citopatología.
2. Radiología general: Incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
3. Otros medios de diagnóstico: doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías. Queda específicamente excluida la biopsia por aspiración al vacío (B.A.V.), salvo en aquellos casos en los que se contemple la cobertura por condicionado particular.
4. Medios de diagnóstico de alta tecnología:
 - Inmunohistoquímica (se incluye el FISH), ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos (excepto cariotipo fetal), polisomnografía.
 - Inmunohistoquímica, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía.
 - Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner).
 - Colonografía realizada mediante TAC (exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).
 - Cápsula endoscópica: Indicada en el estudio de la hemorragia intestinal de origen desconocido tras el fracaso de las exploraciones digestivas convencionales.
 - Coronariografía por TAC (exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis tras cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario, no incluyendo bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación de stent, la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening).
 - PET/TAC (Quedan incluidos exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios).
 - Pruebas genéticas: Quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos.

Incluye también las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos.

Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.

5. Medios de diagnóstico intervencionista: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

f) Hospitalización

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital concertado por la Entidad Aseguradora. La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas, y serán por cuenta de la Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, de los tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos), de la medicación en planta (quedando **excluidos** los fármacos definidos como inmunoterapia y terapia biológica) y de las estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza.

La hospitalización no contará con límite de duración, a excepción de la hospitalización psiquiátrica, que contarán con un límite de 30 días por asegurado y año. Si en el transcurso de uno o varios internamientos se superara este límite establecido de 30 días, los costes del internamiento y de la medicación que precisara correrán automáticamente y a partir de dicho momento a cargo del Asegurado. Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social. Tipos de hospitalización cubiertas

- Hospitalización obstétrica (partos).
- Hospitalización quirúrgica
- Hospitalización médica sin intervención quirúrgica.
- Hospitalización pediátrica.
- Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).
- Hospitalización psiquiátrica.
- Hospitalización de día.

g) Implantes y prótesis quirúrgicas

El coste y colocación de la prótesis en sí, previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro Médico de la Entidad, y en los límites fijados en las Condiciones Generales, será por cuenta de la Aseguradora.

h) Tratamientos especiales

- Terapias respiratorias a domicilio.
- Trasfusiones de sangre y/o plasma.
- Logopedia y foniatria.
- Laserterapia. Exclusivamente la de rehabilitación músculo-esquelética, la oftálmica con excepción de la corrección por alteraciones de la refracción ocular, y la empleada en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata (láser verde) y en el tratamiento endoluminal de las varices, según se recoge en el apartado 2.3. Los avances técnicos que se produzcan en el futuro se incluirán, en su caso, mediante el oportuno suplemento y pago de la sobre-prima, si procede.
- Electrotermoterapia en rehabilitación.
- Hemodiálisis.
- Quimioterapia.
- Oncología radioterápica.
- Litotricia renal. No se incluye la litotricia mediante láser.

i) Trasplantes de órganos

Se incluye el trasplante autólogo de médula ósea por tumores malignos de estirpe hematológica y el de córnea, no siendo obligación de la Aseguradora, en ningún caso, la gestión para la obtención del órgano a trasplantar ni la asunción del coste de dicho órgano.

Quedan excluidos otros trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior. Asimismo quedan excluidas en todos los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado, para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

j) Otros servicios

- Ambulancias. Siempre y cuando esté ocasionado con motivo de una asistencia sanitaria cubierta por el presente contrato, se proveerá una ambulancia para el traslado del enfermo con patología grave desde su localización hasta el centro hospitalario concertado más próximo, ya sea porque lo prescriba un Médico del Asegurador porque sea médicamente necesario, o bien porque la situación del paciente imposibilite la utilización de los servicios ordinarios de transporte.

Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación ni para la realización de consultas, pruebas diagnósticas o tratamientos en régimen ambulatorio, ni los traslados desde el hospital hasta el domicilio del asegurado, salvo que la situación clínica del paciente imposibilite la utilización de los servicios ordinarios de transporte.

El asegurado deberá obtener de la Entidad la autorización correspondiente para este servicio; para la prestación de urgencia deberá ser solicitado en un plazo no superior a 24 horas realizado el mismo.

En aquellos casos en los que la gravedad de la situación lo requiera, la Entidad podrá aconsejar y gestionar la derivación de la asistencia a los Servicios Públicos de Emergencia.

- Preparación al parto. Asistencia impartida en

cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión en el parto.

- Podología. Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta, y con copago de alta frecuencia a partir de la 7ª sesión.

LAS EXCLUSIONES EXISTENTES Y LA FORMA DE PRESTAR EL SERVICIO DE CADA GARANTÍA VIENE REFLEJADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL PRODUCTO.

En todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado.

6. EXCLUSIONES DE COBERTURA

UNIÓN PREMIUM no cubre lo que a continuación se señala:

A) La asistencia sanitaria derivada de las enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades, ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza, así como los que puedan derivarse de aquéllos, salvo que los mismos hayan sido declarados por el Asegurado o por el Tomador del Seguro en el cuestionario de salud y hayan sido aceptadas por el Asegurador.

B) La asistencia sanitaria precisa para el abordaje de las manifestaciones derivadas de enfermedades infecciosas que estuvieran presentes en el momento de realizar la solicitud de seguro.

C) La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de la desintoxicación producida por el alcoholismo crónico, drogadicción y/o toxicomanías.

D) La asistencia sanitaria derivada de guerras, motines, revoluciones, terrorismo, sabotaje, huelga, manifestaciones y movimientos populares, riñas y detenciones por parte de cualquier autoridad; la causada por epidemias declaradas oficialmente; la que guarde relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y la que provenga de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

E) La asistencia sanitaria derivada de accidentes de trabajo y/o enfermedad profesional, la derivada de accidentes de tráfico y circulación, así como la cubierta por cualquier seguro obligatorio, incluido entre otros el Seguro de Responsabilidad Civil por posesión de animales considerados peligrosos.

F) La asistencia sanitaria prestada en Hospitales o por Facultativos distintos a los que se relacionan en el Cuadro Médico puesto a disposición del

Asegurado, salvo que sea considerada de urgencia vital, siendo por cuenta del Asegurado todos los gastos que se reclamen a la Aseguradora por los Servicios Públicos de Salud en caso de haber acudido a ellos.

G) Los productos farmacéuticos y otros medicamentos administrados fuera del régimen de hospitalización (incluida medicación oncológica), así como vacunas, contrastes de alta tecnología, y demás productos sanitarios, excepto los expresamente aceptados en estas Condiciones Generales. De igual manera, quedan excluidos los gastos por viaje y desplazamiento, salvo las ambulancias en los términos aceptados en las Condiciones Generales del seguro.

H) Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos derivados de naturopatía, acupuntura, masajes, drenajes linfáticos, quiropraxis, mesoterapia, magnetoterapia, presoterapia, y otras medicinas alternativas, así como las que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. De igual forma, los tratamientos en balnearios y curas de reposo o sueño.

I) Todo lo relativo al psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia de grupo, test psicológicos, narcolepsia. Asimismo, la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psíquica.

J) La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de las lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general, en actividades de riesgo, y en particular la práctica entre otros de los siguientes deportes: esquí, actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor o a tracción animal, rugby, hípica, toreo y encierro de reses bravas.

K) La asistencia derivada de enfermedades o lesiones ocasionadas por intento de suicidio o causadas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo, y la derivada de la participación directa o indirecta del Asegurado en acciones criminales.

L) La asistencia sanitaria con motivo o relacionada con cuestiones meramente estéticas, los tratamientos capilares, los cosméticos, los relacionados con o para la transformación de sexo y las curas de adelgazamiento, salvo el tratamiento médico de la obesidad cuando exista una patología orgánica subyacente.

M) Los trasplantes de órganos, excepto el trasplante autólogo de médula ósea por tumores malignos de estirpe hematológica y el trasplante de córnea: en estos dos supuestos no será obligación

de la Aseguradora, en ningún caso, la gestión para la obtención del órgano a trasplantar ni la asunción del coste de dicho órgano

N) Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo los expresamente contemplados en las Condiciones Generales del seguro.

Ñ) La asistencia sanitaria u hospitalización por problemas de tipo social.

O) El coste de cualquier tipo de prótesis, piezas anatómicas, ortopédicas y de osteosíntesis, salvo los expresamente contemplados en las Condiciones Generales del seguro.

P) Las enfermedades congénitas del recién nacido si la madre no se dio de alta en la póliza, al menos, con DOCE meses de antelación al nacimiento.

Q) La asistencia relacionada con la medicina legal y forense.

R) La asistencia sanitaria ambulatoria u hospitalaria prestada al asegurado por personas que se encuentran ligadas al tomador del seguro o al asegurado, por lazos de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad.

S) Las consultas, medios de diagnóstico o de tratamiento así como técnicas quirúrgicas consideradas como experimentales o en proceso de investigación, o no aceptadas por el común de los médicos en España.

T) La asistencia sanitaria ambulatoria, domiciliaria u hospitalaria meramente paliativa, siempre que existan procedimientos médicos o quirúrgicos resolutivos alternativos y la situación clínica del asegurado permita la aplicación de estos últimos.

U) La quimioterapia oncológica sólo cubrirá los gastos de los medicamentos específicamente citostáticos definidos y detallados en las Condiciones Generales del seguro. Se excluye expresamente de este concepto la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, la terapia génica, la terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos y/o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación. Quedan igualmente excluidos los tratamientos no considerados eficientes por las principales agencias de evaluación a nivel internacional (NICE, IQWiG, Vardanalysis).

V) La asistencia sanitaria de las lesiones producidas bajo influencia de bebidas alcohólicas o de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o medicamentos sin prescripción médica, así como de las producidas a causa de embriaguez o riñas (salvo en caso de legítima defensa).

Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos

de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.

W) La cirugía robótica asistida en todas las especialidades y la cirugía profiláctica.

X) Toda asistencia clínica necesaria para el abordaje de las complicaciones de intervenciones médicas o quirúrgicas que hayan sido efectuadas fuera de la cobertura de la compañía.

7. FORMA DE PERCIBIR LA PRESTACIÓN

A) COPAGOS

Excepcionalmente, en la modalidad de sin copago, existirán copagos en rehabilitación y fisioterapia (3 euros de la sesión 21ª a la 40ª, y 8 euros a partir de la 41ª sesión), psicología (9 Euros de la sesión 11ª a la 20ª, y 18 euros a partir de las 21ª sesión) y podología (8 Euros a partir de la 7ª sesión)

B) CARENCIAS

A continuación se detallan los periodos de tiempo que deben transcurrir para poder recibir cobertura de los servicios detallados:

Periodos de carencia	
MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	
Medios de diagnóstico de alta tecnología	3 meses
Medios de diagnóstico intervencionista	6 meses
HOSPITALIZACIÓN	
Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio	6 meses
Ligadura de trompas y vasectomía	6 meses
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en Parto	10 meses
Coste de implantes quirúrgicos y prótesis	10 meses
TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Electrotermoterapia en rehabilitación	3 meses
Laserterapia en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética	3 meses
Laserterapia para tratamiento endoluminal de las varices	10 meses
Diálisis	10 meses
Litotricia renal	10 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica	10 meses

En intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.

C) COBERTURA ODONTOLÓGICA

Unión Premium incluye en su cobertura la asistencia bucodental completa. Los servicios cubiertos sin coste añadido para el asegurado son las curas estomatológicas, extracciones, ortopantomografías, y una limpieza de boca anual, así como los programas de salud dental. El resto de los servicios odontológicos cubiertos poseen un coste máximo delimitado denominado franquicia que el asegurado abonará directamente al odontólogo que le haya tratado.

8. CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTOS DE LAS PRIMAS

8.1. CUESTIONES GENERALES

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 indicado en la solicitud del seguro.

8.2. COMUNICACIÓN ANUAL DEL VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS Y ACTUALIZACIONES

En cada renovación anual de la póliza, Unión Madrileña podrá modificar la prima aplicable y, si correspondiera, el importe de los copagos en virtud de los cálculos técnico-actuariales realizados. En el mismo sentido se advertirá de que la posibilidad de los incrementos de prima pueden verse afectados por el IPC Sanitario. Se indicará el sistema y plazos de comunicación de la nueva prima, comprometiéndose a dar información suficiente y a explicar los motivos de la subida.

8.3. FACTORES DE RIESGO CONSIDERADOS EN EL CÁLCULO DE LA PRIMA

La prima podrá variar anualmente en función de factores de riesgo. Unión Madrileña explicitará cuáles utiliza en la actualidad y si en el futuro pudiera incorporar otros diferentes. En relación con el factor de riesgo "edad", Unión Madrileña comunicará cuáles son las tarifas que se aplican a cada edad o tramo de edad.

En todo caso, se informará de los procedimientos y sistemas para el cálculo de la prima.

8.4. RENOVACIÓN DE PÓLIZA

En las condiciones particulares del seguro vendrá reflejado el periodo por el cuál se realiza su contratación, siendo las renovaciones del mismo por periodos anuales y que, salvo comunicación en contrario, se renuevan de manera tácita. En caso de que una de las partes se oponga a la prórroga deberá comunicárselo a la otra parte, con dos meses de antelación si es la aseguradora quien realiza la comunicación y un mes si es el tomador.

En cualquier caso, la entidad aseguradora se compromete a:

a. No resolver la póliza cuando el asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta del mismo, salvo renuncia del asegurado a continuar con dicho tratamiento.

b. 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 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.

8.5. DERECHO DE REHABILITACIÓN

El asegurado tendrá derecho a la rehabilitación de la póliza conforme establece la Ley de Contrato de Seguro. Si tratándose de la segunda y siguientes anualidades del seguro se produjera el impago al vencimiento de la prima anual, 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 anual.

8.6. LIBERTAD DE ELECCIÓN DEL PRESTADOR Dentro del cuadro médico de este producto el asegurado podrá elegir libremente el prestador de la asistencia sanitaria entre los concertados para cada especialidad, prueba o acto médico, y acceder a sus servicios con los límites y condiciones establecidos en la póliza y con la autorización previa de la aseguradora en los casos en los que ésta sea requerida.

- Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardíaca.
- Degeneración macular.

9. TRIBUTOS REPERCUTIBLES

Las primas están sujetas a la aplicación del recargo legalmente repercutible en el primer recibo (0,15% L.E.A.). Las primas de seguro de salud están exentas del Impuesto Sobre Primas de Seguro (IPS), excepto, si fuera preceptivo, aquella parte de la prima destinada a cubrir garantías de Asistencia en Viaje.

10. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

10.1. El Tomador del Seguro, el Asegurado, o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas de la Aseguradora que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de Seguro.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección de correo electrónico contactecentral@unionmadrilena.es

10.2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

10.3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

11. LEGISLACIÓN APLICABLE

- Ley 50/1980 de 8 de octubre de contrato de seguro y su normativa de Desarrollo.
- Ley 20/2015 de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su Reglamento de desarrollo.
- Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- El Contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del asegurado en España.

12. RÉGIMEN FISCAL

Las primas de seguro de salud están exentas del Impuesto Sobre Primas de Seguro (IPS), excepto aquella parte de la prima destinada a cubrir garantías de Asistencia en Viaje.

Con carácter general en los Seguros para Particulares, las primas abonadas por el presente seguro no otorgan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el IRPF, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna. No obstante, pueden existir casos especiales en algunas comunidades Autónomas.

En el caso de que el tomador fuese empresario o profesional en régimen de estimación directa por el IRPF, el límite máximo de deducción es de 500 euros por persona y año natural, computando a estos efectos exclusivamente su propia cobertura, la de su cónyuge y sus hijos/as menores de 25 años que convivan con el tomador.

El importe abonado por la empresa en concepto de seguro médico para sus empleados se podrá deducir el 100% como gasto social en la declaración del impuesto de sociedades.

La prima no constituirá retribución en especie del trabajador/a 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.