Seguro de ILT

Documento de información sobre producto de seguro

Montepío de conductores MPS (Junta de Andalucía MP-SAN 007)

MONTEPÍO DE CONDUCTORES, M.P.S.

Producto: **Incapacidad Laboral Temporal Baremada**

El presente documento tiene carácter exclusivamente informativo acerca de las principales características del producto, de tal modo que no implica cobertura alguna por parte de la Mutualidad ni aceptación del riesgo por la misma. La información precontractual y contractual completa relativa al seguro se facilita en otros documentos tales como solicitud, condiciones generales y particulares del contrato. Para estar completamente informado, lea atentamente todos los documentos que se le faciliten.

¿En qué consiste este tipo de seguro?

Se trata de una modalidad de subsidio en la que una vez diagnosticada la patología ocasionada por accidente o enfermedad, y basándose en una escala de valoración y baremación de dicha patología, llegamos a establecer una graduación del tiempo de incapacidad laboral según la lesión o enfermedad sufrida. Se establece un BAREMO de tiempos de incapacidad laboral en función de la patología sufrida, basado en criterios medios de duración. La prestación de Incapacidad Temporal baremada precisará la confirmación de un médico con ejercicio en España.

¿Qué se asegura?

- ✓ Indemnización mediante un pago único, según baremo en caso de incapacidad laboral por enfermedad y/o accidente, tras la confirmación de un médico con ejercicio en España.
- ✓ Indemnización única, resultante de multiplicar el capital diario asegurado, por el número de días que se indica en baremo, una vez descontados los días de franquicia en caso de que figure así establecido en condiciones particulares.

¿Qué no está asegurado?

Las principales enfermedades o lesiones no aseguradas son:

- × Se excluyen gestaciones anteriores al inicio de la contratación y las derivadas de cirugía estética. Los tratamientos de esterilidad e inferilidad.
- × Las algiopatías o procesos de algias (dolor)
- × Procesos de origen psiquiátrico o psicológico así como las neurológicas, incluyendo el estrés, sin que exista una causa demostrable con pruebas de diagnóstico médico.
- × Las derivadas de alcoholismo, drogas, tabaquismo.
- × Las derivadas de ingresos hospitalarios para adelgazar o engordar
- × Hechos causados voluntariamente por el socio asegurado o aquellos en que concurra dolo o culpa grave, según sentencia firme.
- × Las derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte.
- × Procesos que originen una situación de invalidez permanente.
- × El Sida y las enfermedades por el virus de inmunodeficiencia humana.
- × Daños provocados por guerra, invasiones, guerra civil, terrorismo, motines, alborotos, revoluciones o insurrecciones; los causados por epidemias declaradas oficialmente y los que provengan de cataclismos.

El detalle completo de las exclusiones del seguro, queda especificado en el Reglamento de Prestaciones.

¿Existen restricciones en lo que respecta a la cobertura?

Las siguientes prestaciones precisan del cumplimiento previo de un período para disfrutar de la cobertura.

Carencias:

- ! En caso de enfermedad que requiera intervención quirúrgica, transcurridos seis meses desde la fecha efecto de alta.
- ! Para los procesos de hernia discal, lumbalgias, dorsalgias y cervicalgias, el plazo de carencia será de doce meses, con un período de cobertura por siniestro de 120 días.
- ! Para el resto de enfermedades deberán transcurrir dos meses.
- ! Para el riesgo derivado del embarazo deben transcurrir ocho meses desde la contratación.

El derecho al devengo de la prestación se extinguirá si en el momento del siniestro el asegurado se encontrase en situación de incapacidad temporal o éste estuviese en situación de desempleo.

Los siniestros sucesivos relacionados o debidos a la misma patología, con idéntico o equivalente diagnóstico, no devengarán derecho a prestación si no ha transcurrido un período de noventa días desde el inicio del proceso que devengó el primer pago.

En caso de coincidencia de varias patologías, el importe diario será el mismo cuando concurran procesos diferentes en el mismo período de tiempo. Si existiese concurrencia de dos o más enfermedades declaradas simultáneamente, se eligirá para el cálculo de la prestación aquella enfermedad de mayor gravedad según el baremo de indemnización.

El período máximo de indemnización será de 365 días.

¿Dónde estoy cubierto?

✓ El ámbito territorial para las coberturas es el territorio nacional, siendo imprescindible que el asegurado cotice en la Seguridad Social de España y en caso de incapacidad, presente el impreso de baja emitido por la Seguridad Social u organismo oficial competente.

¿Cuáles son mis obligaciones?

Las obligaciones del asegurado son las siguientes:

> Devolver firmado el contrato del seguro.

> Para la aceptación del riesgo y la emisión del contrato de seguro está obligado a declarar con exactitud la información solicitada por la Mutualidad.

> Facilitar la documentación requerida por la Mutualidad.

> Pagar la prima en las condiciones estipuladas

> Comunicar a la Mutualidad, en un plazo máximo de 7 días el inicio de la incapacidad.

¿Cuándo y cómo tengo que hacer mis pagos?

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima en el momento de la formalización del contrato. Las sucesivas primas deberán hacerse según lo indicado en las condiciones particulares en los correspondientes vencimientos. En función del acuerdo con la Mutualidad, el pago de la prima podrá ser anual o fraccionado y podrá realizarse mediante domiciliación bancaria, por transferencia o por tarjeta.

¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

- Fecha de inicio y finalización, se determinará en función de lo pactado en el contrato y Reglamento de Prestaciones.
- La cobertura finalizará cuando el socio asegurado deje de cotizar en el Régimen General de la Seguridad Social o a uno de los Regímenes especiales de Autónomos.
- Renovación automática por anualidades, salvo oposición de alguna de las partes.

¿Cómo puedo rescindir el contrato?

El Socio podrá oponerse a la prórroga del seguro mediante notificación escrita y firmada a la Mutualidad, con una antelación no inferior a un mes a la fecha de finalización del seguro.