

PLUSMEDIC GRUPO

SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

CONDICIONES GENERALES
(MOD. PMG03)

CONTENIDO

ARTÍCULO PRELIMINAR. REGULACIÓN DEL CONTRATO.....	2
ARTÍCULO 1º DEFINICIONES	2
ARTÍCULO 2º OBJETO DEL SEGURO	3
A) Forma de prestar los servicios.....	3
B) Descripción de los servicios cubiertos	4
ARTÍCULO 3º RIESGOS EXCLUIDOS	8
ARTÍCULO 4º PLAZOS DE CARENCIA.....	10
ARTÍCULO 5º FORMALIZACIÓN Y VALIDEZ DEL SEGURO.....	10
ARTÍCULO 6º PERSONAS ASEGURADAS.	11
ARTÍCULO 7º PERÍODO DE VIGENCIA DEL SEGURO	11
ARTÍCULO 8º PAGO DE PRIMAS	11
ARTÍCULO 9º ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS Y FRANQUICIAS	12
ARTÍCULO 10º MODIFICACIONES EN EL RIESGO.....	12
ARTÍCULO 11º SUBROGACIÓN.....	13
ARTÍCULO 12º INDICACIÓN INEXACTA DE LA EDAD.	13
ARTÍCULO 13º COMUNICACIONES.....	13
ARTÍCULO 14º PRESCRIPCIÓN	13
ARTÍCULO 15º COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN	13
ARTÍCULO 16º INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN.....	13
ARTÍCULO 17º PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES.....	14
 COBERTURA COMPLEMENTARIA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS.....	15
 COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE	17

ARTÍCULO PRELIMINAR.- REGULACIÓN DEL CONTRATO

Esta póliza de seguro se rige por lo que dispone la Ley 50/80, de 8 de octubre, del Contrato de seguro (BOE 17/10/1980) y demás disposiciones que pudieran serle de aplicación y por lo convenido en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares.

ARTÍCULO 1º.- DEFINICIONES

Accidente. Lesión corporal debida a una causa externa, violenta, súbita y ajena a la voluntad del asegurado. No se considerarán accidentes las enfermedades o secuelas de cualquier tipo que no sean consecuencia directa de una lesión orgánica derivada de un accidente y en particular las enfermedades cardiovasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.

Acto médico. A los efectos previstos en la presente póliza y en especial a la franquicia a aplicar por acto médico, tendrá esta consideración cualquier visita médica, prueba de diagnóstico, acto terapéutico, visita de urgencia, traslado en ambulancia, sesión de rehabilitación, intervención quirúrgica, acto anestésico y cualquier otro acto asimilable. Asimismo, en caso de hospitalización, se computará como acto médico cada día de estancia.

Asegurado. Persona o personas físicas sobre las que se establece el seguro y beneficiario de la prestación de la asistencia sanitaria.

Carencia. Período de tiempo durante el cual no están en vigor algunas de las garantías de la póliza, contado a partir de la fecha de efecto de alta del asegurado en la póliza.

Cuadro médico. Conjunto de médicos, facultativos, centros de diagnóstico y establecimientos hospitalarios determinados por la entidad aseguradora a los efectos de la cobertura de esta póliza.

Enfermedad o lesión. Toda alteración del estado de salud, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.

Enfermedad congénita. Aquélla que existe desde el nacimiento y es consecuencia de factores hereditarios o adquiridos durante la gestación, haya dado o no sintomatología.

Enfermedad preexistente. Aquélla que existía y se manifestó con anterioridad al momento de entrada en vigor de la póliza.

Entidad aseguradora. AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., en adelante la entidad, quien asume la cobertura de los riesgos establecidos en la presente póliza. La actividad aseguradora de la entidad queda sometida a la normativa vigente del Estado Español, ejerciendo el control de su actividad el Ministerio de Economía y Hacienda a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo competente en materia de seguros.

Franquicia. Importe prefijado por cada uno de los actos médicos cubiertos por la póliza que en las pólizas de contratación individual asumirá el tomador y en las pólizas de contratación colectiva el asegurado.

Grupo asegurado. Conjunto de personas físicas aseguradas en una misma póliza contratada con la entidad por un mismo tomador.

Grupo asegurable. Deberá estar delimitado por alguna característica común diferente al propósito de asegurarse. El grupo familiar constituye un caso particular del grupo asegurable.

Grupo familiar. El formado por todas aquellas personas que convivan en el domicilio designado como residencia habitual en las Condiciones Particulares del contrato.

Hospital. Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día. A los efectos de la póliza **no se considerarán hospitales, los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, residencias y todo tipo de instalaciones o secciones dedicadas, principalmente, al cuidado y tratamiento de personas que padezcan enfermedades crónicas, terminales o de tipo degenerativo, aunque se hallen integradas**

en un hospital.

Hospital de día. Supone el registro de entrada del paciente y su permanencia en hospital sin pernoctación.

Hospitalización. Supone el registro de entrada del paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas.

Intervención quirúrgica. Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico que, normalmente, requiere la utilización de un quirófano en un centro sanitario autorizado.

Médico. Doctor o licenciado en medicina legalmente calificado y autorizado en el lugar donde practica para tratar médica o quirúrgicamente las enfermedades o lesiones sufridas por el asegurado.

Prima. Es el precio del seguro. En la prima de recibo quedan incluidos los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

Primera visita. Aquella en que el profesional sanitario atiende por primera vez a un paciente e incluye, además de los actos propios de una visita, la recogida de los datos de filiación y todos aquellos antecedentes de interés que conforman la base esencial de la historia clínica.

Prestación. Asistencia sanitaria proporcionada dentro de los límites de la póliza que se deriva de la ocurrencia de un siniestro. Se entiende por asistencia el acto de atender o cuidar la salud de una persona.

Póliza. El presente documento contractual juntamente con las Condiciones Particulares y, si existiesen, las Condiciones Especiales, así como sus posibles cláusulas, suplementos o certificados individuales de seguro que sean emitidos para completarla o modificarla.

Siniestro. Todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por algunas de las garantías de la póliza.

Tarjeta sanitaria. Es el documento de identificación propiedad de la entidad aseguradora que se expide y entrega a cada asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para acceder a los servicios cubiertos por la póliza, siendo cada asegurado o, en su caso, el tomador si es menor, el responsable del buen uso de la misma.

Tomador. Persona que suscribe esta póliza con la entidad y a quien corresponden las obligaciones que de ella se derivan, salvo aquéllas que correspondan expresamente al asegurado y beneficiario.

Urgencia. Situación que requiere atención médica inmediata y de carácter necesario a fin de evitar un daño irreparable en la integridad física del paciente.

ARTÍCULO 2º.- OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato, la entidad aseguradora asume, en los términos y con los límites que se expresan en las presentes Condiciones Generales y en las Particulares, la asistencia médica y quirúrgica por los facultativos y centros sanitarios concertados por la entidad que figuran en el cuadro médico, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario, de las enfermedades o lesiones comprendidas en la descripción de los servicios cubiertos por la póliza.

Según dispone la Ley de Contrato de Seguro, la entidad aseguradora asume la necesaria asistencia de carácter urgente de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la póliza.

En el presente seguro de asistencia sanitaria no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, ni reembolsarse cantidad alguna por servicios médicos y quirúrgicos no prestados, en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria cubierta.

A. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

La asistencia se prestará en todas las poblaciones donde la entidad aseguradora tenga o cuente con cuadros médicos concertados.

Cuando en el cuadro médico concertado de cualquiera de las poblaciones no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, éstos se prestarán en la población donde los mismos puedan realizarse, dentro de los cuadros médicos concertados por la entidad aseguradora. **Quedarán cubiertos los gastos de desplazamiento cuando el asegurado se encuentre ingresado en un centro hospitalario y deba ser trasladado a otro centro hospitalario.**

Los asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas que forman parte del cuadro médico concertado.

Al recibir los servicios que procedan, el asegurado deberá exhibir la tarjeta sanitaria identificativa. Igualmente el asegurado estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad, si le fuese requerido.

El tomador, o en su caso el asegurado, abonará por cada acto médico recibido el importe que, en su caso, se establece en las Condiciones Particulares en concepto de franquicia o participación en el coste de los servicios.

Con carácter general, será necesaria la autorización expresa de la entidad aseguradora para la realización de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones y determinados métodos terapéuticos y pruebas diagnósticas, previa prescripción escrita de los facultativos de la entidad aseguradora.

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, no podrán excluirse las necesarias asistencias sanitarias de carácter urgente de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro. En los expresados casos, el asegurado o persona autorizada por éste deberá notificar de forma inmediata el ingreso a la entidad aseguradora, la cual autorizará la asistencia necesaria hasta que el asegurado pueda ser trasladado a uno de los centros concertados por la entidad, siempre que su situación clínica lo permita. La cobertura de la aseguradora cesará cuando los servicios médicos de la misma determinen dicha situación, aunque el asegurado permanezca ingresado.

La entidad aseguradora se obliga a prestar los servicios a domicilio únicamente en la dirección que figura en la póliza, y cualquier cambio de la misma habrá de ser notificado fehacientemente con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio. **Estos servicios serán prestados siempre que hubiera disponibilidad en la población en que se encuentre el asegurado.**

La entidad aseguradora no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico concertado, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos facultativos ajenos pudieran ordenar. Asimismo, la entidad aseguradora no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con la entidad aseguradora, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

B. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS CUBIERTOS

La cobertura de la presente póliza se extiende a los siguientes conceptos:

1. MEDICINA PRIMARIA

- 1.1. **Medicina general** en consulta.
- 1.2. **Pediatría y puericultura** en consulta para niños hasta 14 años. Incluye una revisión otológica preventiva (otoemisiones acústicas) en recién nacidos.
- 1.3. **Servicio de enfermería** en consulta.
- 1.4. **Servicio de atención a domicilio.** Se realizará siempre que el estado del enfermo lo requiera y existan facultativos disponibles en la localidad geográfica de que se trate.

2. URGENCIAS

- 2.1. Comprende la asistencia sanitaria en casos de urgencia que se prestará en los **Centros de Urgencia** que indique el cuadro médico concertado.

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS.

Serán realizadas a criterio de un facultativo y previa autorización por la entidad.

- 3.1. **Alergología-Inmunología.** En los tests de provocación queda cubierto el ingreso en hospital de día.
- 3.2. **Anestesiología.** Incluida la anestesia epidural.
- 3.3. **Angiología y Cirugía Vascular.** Quedan cubiertas las intervenciones de varices con la técnica chiva.
- 3.4. **Aparato digestivo.**
- 3.5. **Aparato respiratorio. Neumología.**
- 3.6. **Cardiología.**
- 3.7. **Cirugía cardíaca y Hemodinámica.** Se incluyen los stents, previa prescripción facultativa.
- 3.8. **Cirugía general-digestiva y coloproctología.** Incluye la vía laparoscópica. Queda cubierta la colocación del port-a-cath.
- 3.9. **Cirugía máxilo-facial. No comprende las intervenciones quirúrgicas en los casos de prognatismo, retrognatia, micrognatia y luxación recidivante de la articulación temporomaxilar.**
- 3.10. **Cirugía pediátrica.**
- 3.11. **Cirugía plástica reparadora.** Comprende las intervenciones quirúrgicas para restablecer lesiones, esencialmente mediante plastias e injertos. **Queda excluida la cirugía con fines estéticos**, salvo la reconstrucción de mama tras mastectomía radical, que incluye la prótesis mamaria.
- 3.12. **Cirugía torácica.** Incluida la simpatectomía por hiperhidrosis, previa valoración médica de la entidad aseguradora.
- 3.13. **Dermatología.** Queda cubierta la epiluminiscencia, previa prescripción facultativa.
- 3.14. **Endocrinología y Nutrición.**
- 3.15. **Ginecología y Obstetricia.** Comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer. Incluye:
 - a) **Revisión ginecológica anual.** Consta de visita médica del ginecólogo, colposcopia, ecografía ginecológica abdominal o vaginal, exploración de mamas y mamografía de control en los casos que, a criterio del facultativo, se considere necesario. Incluye control citológico (el estudio del virus del papiloma humano (HPV) sólo se autorizará en caso de citología con atipia celular demostrada).
 - b) **Vigilancia del embarazo por médico tocólogo, asistencia por éste en los partos y auxiliado por comadrona.** El diagnóstico prenatal (biopsia corial, amniocentesis y funiculocentesis) con estudio del cariotipo quedará cubierto a partir de los 35 años y también en mujeres menores de 35 años cuando existan criterios médicos reconocidos que lo aconsejen. Las ecografías de control del embarazo quedan limitadas a cuatro (una primera o de confirmación de embarazo y las del 1º, 2º y 3º trimestre del mismo, siendo la del 2º trimestre de alta resolución) excepto en aquellos casos de embarazo de riesgo elevado en los que no existirá limitación. Se incluye el triple screening.
- 3.16. **Hematología y Hemoterapia.**
- 3.17. **Medicina interna.**
- 3.18. **Medicina Nuclear.**
- 3.19. **Nefrología.**
- 3.20. **Neonatología.**
- 3.21. **Neurocirugía.** Se incluyen los coils previa prescripción facultativa.
- 3.22. **Neurología.**
- 3.23. **Odontoestomatología.** Limitado exclusivamente a visitas, extracciones de piezas dentarias, una tartrectomía anual y pruebas diagnósticas de radiología simple (radiografías intraorales y radiografía panorámica).
- 3.24. **Oftalmología.** Se incluyen los trasplantes de córnea. **No queda cubierta la corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos.**
- 3.25. **Oncología Médica.**
- 3.26. **Otorrinolaringología.** Queda cubierta la técnica de radiofrecuencia y laserterapia exclusivamente en cirugía de amígdalas y/o adenoides.
- 3.27. **Psiquiatría.** Incluido el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia) **con un límite de 40 días por año natural en hospital de día.**
- 3.28. **Rehabilitación y Fisioterapia, con un máximo de 45 sesiones por año y asegurado y de 10 sesiones por año y asegurado en casos de rehabilitación del suelo pélvico en incontinencias.** Incluye electroterapia: onda corta, rayos infrarrojos y magnetoterapia. **Quedan excluidos los medios de transporte de ida o vuelta, así como las terapias de mantenimiento.**
- 3.29. **Reumatología.**
- 3.30. **Traumatología y Ortopedia.** Incluye cirugía artroscópica, cirugía de la mano, nucleotomía

percutánea, quimionucleosis, así como los injertos óseos de materiales biológicos.

- 3.31. **Urología y Andrología.** Incluye la vasectomía, así como el diagnóstico de la esterilidad masculina limitado al seminograma y el doppler testicular. **Quedan excluidos los estudios genéticos y la biopsia testicular.** También queda incluida la prótesis testicular en casos de cirugía reparadora posterior a una neoplasia.

4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO.

Las pruebas de diagnóstico en todos los casos han de ser prescritas por un facultativo autorizado por la entidad. Los medios de contraste serán a cuenta de la entidad aseguradora.

- 4.1. **Análisis clínicos:** bioquímicos, hematológicos, microbiológicos y parasitológicos, con fines exclusivamente diagnósticos. **Quedarán excluidos los estudios genéticos de todo tipo.**
- 4.2. **Anatomía patológica.**
- 4.3. **Radiodiagnóstico.** Incluye radiología general, tomografía axial computerizada (TAC), resonancia nuclear magnética (RMN), mielografía, densitometría ósea, ecografías, ecografía doppler y mamografía. Los medios de contraste serán a cargo de la entidad aseguradora.
- 4.4. **Medios de diagnóstico cardiovascular.** Electrocardiograma, ergometría (prueba de esfuerzo), ecocardiograma, holter de tensión y holter electrocardiográfico.
- 4.5. **Medios de diagnóstico neurológico.** Electromiograma, electroencefalograma, electroneurofisiología clínica y polisomnografías.
- 4.6. **Endoscopia diagnóstica.** Fibrogastroscoopia, colonoscopia, broncoscopia, cápsula endoscópica previa valoración médica de la entidad aseguradora.
- 4.7. **Medios de diagnóstico de alta tecnología.** Radiología intervencionista cardiovascular y visceral, hemodinámica vascular, coronariografía, estudios electrofisiológicos, resonancia magnética cardíaca y medicina nuclear.
- 4.8. **Tomografía por Emisión de Positrones (PET) con el límite máximo de dos exploraciones al año.**
- 4.9. **Otros medios.** Urodinamia, test del aliento, epiluminiscencia, espirometrías y pruebas funcionales respiratorias.

5. HOSPITALIZACIÓN.

Prevía prescripción de un facultativo y autorizado por la entidad, su cobertura se realizará bajo las siguientes condiciones:

- 5.1. **Hospitalización quirúrgica y por parto,** en habitación individual con cama para un acompañante, incluyendo los gastos de manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación de quirófano y clínica, curas y material. La asistencia a partos incluye los gastos de permanencia en incubadora sin límite de días y la asistencia médica del neonato, únicamente hasta su alta hospitalaria.
- 5.2. **Hospitalización médica,** en habitación individual con cama para un acompañante, incluyendo gastos de hospitalización: estancias y manutención del enfermo, medicación y tratamientos necesarios.
- 5.3. **Hospitalización en Unidad de Cuidados o Vigilancia Intensiva.** Incluye gastos de hospitalización, medicación y tratamiento en clínica.
- 5.4. **Hospitalización psiquiátrica,** únicamente en casos agudos o crónicos agudizados y diagnosticados por un especialista autorizado por la entidad, **con un límite de 40 días por año natural** comprendiendo los gastos de hospitalización, medicación, manutención del enfermo y tratamiento en clínica.

6. MÉTODOS TERAPÉUTICOS

- 6.1. **Aerosolterapia-ventiloterapia.** La medicación correrá íntegramente a cargo del asegurado.
- 6.2. **Angioplastia coronaria y valvuloplastia mitral, aórtica y pulmonar.**
- 6.3. **Clínica del dolor.** Tratamiento integral del dolor, farmacoterapia (la medicación estará cubierta en caso de ser administrada en régimen hospitalario y hospitalización de día), mediante sistemas espinales de infusión continua, bloqueos analgésicos y técnicas de estimulación periférica o medular. Incluye los tratamientos por Rizólisis en los centros autorizados por la entidad aseguradora.
- 6.4. **Diálisis y riñón artificial.** Exclusivamente en casos agudos. **No es objeto de cobertura el transporte del asegurado al centro y viceversa.**
- 6.5. **Factores de crecimiento** (una sesión anual) siempre que hayan sido prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y solo se realizarán en los centros concertados y

expresamente autorizados por la entidad aseguradora.

- 6.6. **Laserterapia exclusivamente en oftalmología y en cirugía de amígdalas y/o adenoides.** Incluye el láser para aplicaciones oftalmológicas (láser argón y yag) y el láser diodo en otorrinolaringología (exclusivamente en intervenciones de adenoidectomía y amigdalitis).
- 6.7. **Litotricia renal.** En los centros determinados por la entidad, previa prescripción escrita de un especialista autorizado por la entidad.
- 6.8. **Logopedia. Exclusivamente como rehabilitación de cirugía mayor de laringe.**
- 6.9. **Nucleotomía percutánea.**
- 6.10. **Ortótica.**
- 6.11. **Oxigenoterapia** ambulatoria y a domicilio.
- 6.12. **Quimioterapia oncológica.** Incluye la orientación, seguimiento médico y el tratamiento a cargo de médicos especialistas en oncología. En el tratamiento médico se incluyen la medicación quimioterápica oncológica, los anticuerpos monoclonales, la medicación coadyuvante necesaria, siempre que se administren en régimen de hospitalización o bien en régimen de hospital de día por vía endovenosa y los tratamientos con instilaciones de BCG en neoplasias vesicales, **siempre que todos estos tratamientos hayan sido prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y en los centros expresamente autorizados.** La entidad asumirá los gastos de productos farmacéuticos que se expendan en el mercado nacional y autorizados por el Ministerio de Sanidad. **No será objeto de cobertura la medicación que se emplee en ensayos clínicos ni en tratamientos no reconocidos científicamente por las Guías Oncológicas acreditadas por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica.** En caso de presentarse diferentes alternativas para un mismo tratamiento, la entidad se reserva el derecho a autorizar el que considere más conveniente en función de las indicaciones que consten en las citadas Guías Oncológicas.
- 6.13. **Radioterapia oncológica. Limitada exclusivamente en los centros expresamente autorizados por la entidad aseguradora.** Incluye acelerador lineal de partículas, cobaltoterapia, isótopos radioactivos y radioneurocirugía, esterotáxica y braquiterapia.
- 6.14. **Transfusiones de sangre y/o plasma.**
- 6.15. **Tratamiento con hierro endovenoso** en hospital de día **en anemias ferropénicas.**
- 6.16. **Tratamientos locales con ácido hialurónico solo en intervenciones quirúrgicas.**
- 6.17. **Unidad de Hi-Fu** para el tratamiento de tumores mediante hipertermia por ultrasonidos, **exclusivamente en los tratamientos prescritos por los profesionales del cuadro médico concertado y en aquellos centros expresamente autorizados por la entidad.**

7. MEDICINA PREVENTIVA.

- 7.1. **Chequeo Médico Anual.** Consta de una visita médica efectuada por un facultativo de medicina general, que incluye exploración física, toma de tensión arterial, otoscopia, electrocardiograma, y analítica en sangre y orina con las determinaciones que estime adecuadas dicho facultativo. Asimismo, también comprenderá una segunda visita médica para el comentario de los resultados de la analítica en sangre practicada. **Esta cobertura queda limitada exclusivamente a los chequeos médicos realizados por los facultativos y centros médicos expresamente autorizados por la entidad aseguradora a tal efecto.**
- 7.2. **Revisión ginecológica anual.** Según lo descrito en el punto 3.15. de los servicios cubiertos (Artículo 2º, apartado B).
- 7.3. **Preparación al parto.** Sesiones teórico-prácticas destinadas a una óptima preparación para el momento del parto. Siempre que existan profesionales y/o centros disponibles en la localidad geográfica de que se trate y **limitada a un solo profesional o centro por embarazo, quedando expresamente excluido de cobertura el cambio de profesional o centro, una vez iniciadas las sesiones.**
- 7.4. **Otoemisiones acústicas.** Incluye una revisión otológica preventiva en recién nacidos.
- 7.5. **Planificación familiar.** Exclusivamente el control del tratamiento con anovulatorios, colocación del DIU y su vigilancia **(el coste del dispositivo será a cuenta de la asegurada)**, ligadura de trompas y vasectomía.
- 7.6. **Servicios Complementarios,** se incluye:
 - a) Odontostomatología: una tartrectomía anual.
 - b) Óptica: chequeo optométrico anual.
 - c) Audiología: dos chequeos auditivos al año.

8. OTROS SERVICIOS.

- 8.1. **Ambulancias.** Para el traslado de los enfermos dentro de la localidad desde su domicilio a la

clínica y viceversa, mediante prescripción de un médico, que no será necesaria en casos de urgencia.

- 8.2. **Comadronas.** En la asistencia hospitalaria al parto.
- 8.3. **Psicología. Limitado a una primera entrevista anual.**
- 8.4. **Podología. Limitado a un máximo de cinco actos anuales,** en los que se incluyen la primera visita, diagnóstico y tratamiento, quiropodia, reeducación ungueal con resinas, infiltraciones, fotodopograma, onicocriptosis, papilomas víricos, ulceraciones, mal perforantes y control terapéutico. Queda cubierta la cirugía ortopodológica digital y ungueal y el estudio dinámico de la marcha.
- 8.5. **Acupuntura, Homeopatía y Medicina Naturista.** En cada una de ellas, la cobertura **queda limitada a una primera visita anual** efectuada por médico especialista y **siempre que existan profesionales disponibles en la localidad geográfica de que se trate.**
- 8.6. **Prótesis.** Incluye el coste y colocación de las prótesis para el caso de válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis internas traumatológicas, by-pass vascular, stents y coils. También son objeto de cobertura la lente intraocular bifocal o monofocal por cirugía de cataratas y las prótesis mamarias y testiculares en casos de cirugía reparadora posterior a una neoplasia. **La cobertura queda limitada a los centros y por los facultativos autorizados expresamente por la entidad aseguradora, la cual se reserva la capacidad de gestionar la obtención de las prótesis.**
- 8.7. **Ayuda a la convalecencia. Limitado a asegurados que por motivo de intervención quirúrgica, hayan permanecido en régimen de ingreso hospitalario un mínimo de 7 días.** En estos casos la cobertura comprende indistintamente el servicio de teleasistencia y el de ayuda a domicilio según las especificaciones siguientes:
 - a) **Teleasistencia.** Por el período máximo de un mes y consistente en la instalación de un terminal fijo exclusivamente en el domicilio donde resida el asegurado (sin posibilidad de cambio de domicilio), la atención telefónica a la conexión que por este terminal se efectúe, facilitando la entidad aseguradora los profesionales necesarios para atender los servicios requeridos, **siendo por cuenta del asegurado cualquier gasto que se produjera en la intervención de estos profesionales, salvo en servicios derivados de un siniestro cubierto por la póliza.**
 - b) **Ayuda a domicilio.** Atención a la persona, con un máximo de 10 horas en total, prestadas exclusivamente en días laborables y en horario comprendido entre las 8 y las 22 horas. Consiste en una visita de coordinación del servicio que planificará el plan de trabajo para el asegurado y una vez elaborado el mismo, se iniciará el servicio de 10 horas especificado, consistente en acompañamiento en el domicilio, limpieza de hogar y/o cuidados de la persona.
- 8.8. **Segunda Opinión Médica.** La entidad aseguradora garantiza la posibilidad de obtener una segunda opinión facilitada por un comité médico internacional, sobre un diagnóstico o tratamiento medico-quirúrgico, en casos que por su complejidad o gravedad la requieran o aconsejen (cáncer, enfermedades cardiovasculares, trasplante de órganos, enfermedades neurológicas, insuficiencia renal crónica y SIDA). Asimismo, la entidad aseguradora garantiza el acceso a un servicio personalizado de asesoramiento y apoyo si el asegurado decide viajar fuera de su país de residencia para recibir tratamiento médico. **Los costes de desplazamiento y alojamiento correrán a cargo del asegurado.**
- 8.9. **Servicio de Orientación Médica 24 horas.** Es un servicio de atención telefónica 24 horas al día y todos los días del año.
- 8.10. **Servicio de Orientación Social.** Consultas relativas a todo tipo de problemáticas sociales derivadas de enfermedades o situaciones relacionadas con: la infancia, adolescencia, adultos, vejez, temas de dependencia, etc.
- 8.11. **Telefarmacia.** Se proporcionarán los medios para hacer llegar al domicilio habitual del asegurado medicamentos o productos de venta en farmacia. **El coste del servicio y de los medicamentos o productos van a cargo del solicitante.**

En cualquier circunstancia en que se presenten diferentes alternativas para un mismo tratamiento, con idénticos resultados, la entidad se reserva el derecho a autorizar el que considere más conveniente.

ARTÍCULO 3º.- RIESGOS EXCLUIDOS

No son objeto de cobertura del seguro de asistencia sanitaria:

- a) **Daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados**

por epidemias declaradas oficialmente; los que guardan relación directa o indirecta con la radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

- b) Asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o adicción a drogas de cualquier tipo.
- c) Lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.
- d) La práctica profesional de cualquier deporte, de la participación como aficionado en todo tipo de competiciones deportivas, y de la práctica tanto como profesional como aficionado de las actividades siguientes: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, espeleología, submarinismo, entrenamientos o carreras de vehículos a motor, rugby, hípica, equitación, toreo y encierro de reses bravas, así como cualquier otra actividad asimilable a las enunciadas o cualquier otra que por su especial peligrosidad suponga un riesgo para la integridad física del asegurado.
- e) Las enfermedades o lesiones y sus secuelas manifestadas con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.
- f) Las anomalías congénitas, invalideces físicas o mentales e imperfecciones físicas existentes antes de la entrada en vigor de la póliza. Esta exclusión no afectará a los asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento conforme se establece en el artículo 6º. En el caso de enfermedades congénitas no conocidas ni sospechadas por el asegurado por no haber dado síntomas anteriores a la formalización del contrato, quedarán excluidas de cobertura durante los dos primeros años desde la formalización o inclusión del asegurado en la póliza.
- g) Cualquier prueba o tratamiento para el diagnóstico y/o curación de la esterilidad o la infertilidad a excepción de los descritos en el punto 3.31 de la descripción de los servicios cubiertos (Artículo 2º, apartado B), así como también quedan excluidas las técnicas y tratamientos de reproducción asistida. Tampoco es objeto de cobertura la interrupción no espontánea del embarazo en cualquiera de los supuestos legales y las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción.
- h) Asistencia sanitaria del SIDA y/o enfermedades que comprendan el síndrome producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- i) Las técnicas invasivas para el diagnóstico prenatal con estudio de cariotipo (biopsia corial, amniocentesis y funiculocentesis) en mujeres menores de 35 años, salvo que existan criterios médicos reconocidos que lo aconsejen.
- j) Tratamientos, medios de diagnóstico, intervenciones quirúrgicas y/o cualquier otro acto médico con finalidad estética o cosmética.
- k) Los tratamientos experimentales o no reconocidos por organismos científicos competentes como la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte (incluida la natación), los tratamientos en balnearios y las curas de reposo.
- l) Los trasplantes de cualquier tipo, exceptuando el de córnea.
- m) Productos farmacéuticos en pacientes ambulatorios a excepción de lo que se indica en los puntos 6.3., 6.12. y 6.15. de la descripción de los servicios cubiertos (Artículo 2º, apartado B). En ningún caso queda cubierto el coste de la medicación quimioterápica, ni ninguna otra, fuera del ámbito de hospitalización y/o hospital de día. Tampoco quedará cubierto el coste de la medicación quimioterápica destinada a procesos y tratamientos no oncológicos.
- n) La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o para tratamientos principalmente de carácter paliativo.
- o) La asistencia en odontología salvo lo expresamente indicado en el punto 3.23. de la descripción de los servicios cubiertos (Artículo 2º, apartado B).
- p) El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia y los tests psicológicos.
- q) La corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos tales como miopía, hipermetropía o astigmatismo y cualquier otra patología refractiva ocular.
- r) Todas las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que empleen el láser, salvo lo expresamente indicado en el punto 6.6. de la descripción de los servicios cubiertos (Artículo 2º, apartado B).
- s) Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico.
- t) Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en el punto 8.1. de la descripción de los servicios cubiertos (Artículo 2º, apartado B).
- u) La cirugía de cambio de sexo.
- v) Quedan excluidos los estudios genéticos de todo tipo.
- w) La asistencia médica y honorarios médicos prestados al asegurado por personas que se encuentren ligadas con el tomador del seguro o con el asegurado por relación conyugal o de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad o de afinidad, inclusive.

No obstante, en los supuestos que citan los apartados c), d) y e) anteriores, queda incluida en la cobertura del seguro la primera asistencia necesaria si es de carácter urgente de conformidad con lo

establecido en la Ley de Contrato de Seguro. Si dicha asistencia requiere hospitalización, la cobertura del seguro finalizará a las veinticuatro horas del ingreso del paciente en el centro asistencial.

ARTÍCULO 4º.- PLAZOS DE CARENCIA

La cobertura que la entidad garantiza a los asegurados entrará en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, una vez haya sido satisfecha por el tomador la prima correspondiente a excepción de los siguientes actos médico-quirúrgicos que tendrán los siguientes plazos de carencia:

1. Seis meses.

- 1.1. **Intervenciones quirúrgicas y hospitalización** por cualquier motivo y naturaleza. En los casos de intervenciones quirúrgicas que deban practicarse con carácter urgente inmediato no regirá plazo de carencia alguno. En el caso de que la intervención quirúrgica u hospitalización sea a consecuencia de un proceso sujeto a una carencia superior, se aplicará la carencia establecida para este proceso.
- 1.2. **Medios de diagnóstico:** arteriografía digital, densitometría ósea, diagnóstico por la imagen con contraste, ergometría, holter, hemodinámica vascular, medicina nuclear, resonancia magnética nuclear, tomografía computerizada (Scanner) y PET (tomografía por emisión de positrones) en los términos expresados en el punto 4.8 de la descripción de los servicios cubiertos [Artículo 2º, apartado B].
- 1.3. **Métodos terapéuticos.** Los descritos en el punto 6 de la descripción de los servicios cubiertos [Artículo 2º, apartado B].
- 1.4. **Ligadura de trompas y vasectomía.**
- 1.5. **Otros:** ayuda a la convalecencia.

2. Ocho meses para la asistencia a partos.

3. Doce meses.

- 3.1. Cobertura del **coste de las prótesis**, no de su colocación.
- 3.2. **Tratamiento quimioterápico ambulatorio** y en los términos expresados en el punto 6.12. de la descripción de los servicios cubiertos [Artículo 2º, apartado B].

ARTÍCULO 5º.- FORMALIZACIÓN Y VALIDEZ DEL SEGURO

La entidad otorgará las coberturas de la presente póliza basándose en las declaraciones realizadas por el tomador del seguro y/o asegurados, de acuerdo con los cuestionarios que aquella le presente, sobre el estado de salud, profesión habitual, práctica de deportes y en general cualquier otra circunstancia que, acerca del asegurado, permita a la entidad la evaluación del riesgo. En el caso de menores de edad, el cuestionario de salud será cumplimentado y firmado por quien tenga la patria potestad o tutela de los mismos. Asimismo, la entidad tendrá en consideración los reconocimientos médicos que hubiera requerido, todo lo cual constituirá parte integrante de esta póliza.

El tomador del seguro y/o asegurado/s tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la entidad, de acuerdo con los cuestionarios que ésta les someta, todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedarán exonerados de tal deber si la entidad no les somete a cuestionario o cuando, aun sometiéndolos, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

Las declaraciones del tomador y de los asegurados en la solicitud de seguro, en el cuestionario de salud y en cualquier otra declaración escrita, deberán ser verídicas y exactas, puesto que de ello depende la validez del contrato.

El seguro y sus modificaciones entrarán en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares, una vez firmada la póliza o suplemento y haya sido satisfecha por el tomador la prima correspondiente. En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de estos requisitos, las obligaciones de la entidad comenzarán a las 24 horas del día en que hubieren sido cumplidos.

Cuando se constate un error en la póliza, el tomador y/o asegurado disponen del plazo de un mes (a contar desde la entrega de la misma), para reclamar a la entidad que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, el contenido de la póliza se considerará totalmente

válido.

ARTÍCULO 6º.- PERSONAS ASEGURADAS

Podrán obtener las coberturas de este seguro todas las personas físicas en cuyo favor se establezcan, siempre que concurren las condiciones de asegurabilidad que la entidad tenga establecidas.

Los hijos recién nacidos podrán ser incluidos en la póliza, siempre y cuando, la madre sea asegurada de alguna póliza de salud de la entidad aseguradora y el hijo haya nacido en un Centro del Cuadro Médico de la entidad aseguradora, pudiendo sólo entonces ser incluido con las mismas garantías que tuviera cubierta aquella, desde el nacimiento y sin la aplicación de ningún período de carencia, ni de las normas de contratación, siempre que el tomador o el asegurado lo comuniquen antes de que transcurra un mes desde su nacimiento. Dicha comunicación se llevará a cabo mediante la cumplimentación de una solicitud de seguro y el correspondiente cuestionario de salud. La inclusión, transcurrido el plazo de un mes citado anteriormente, estará sujeta a las normas de contratación y períodos de carencia previstos en este contrato.

A pesar de que con carácter general está excluida la cobertura de enfermedades congénitas, la entidad aseguradora asumirá la cobertura de toda enfermedad congénita, siempre que el asegurado no la conociera ni sospechara por no haber dado síntomas, y no la omitiera intencionadamente en el cuestionario de salud, a partir del tercer año de la formalización o inclusión del asegurado en la póliza.

Cuando un asegurado deje de formar parte del grupo familiar por no convivencia en el mismo domicilio, cesarán para él las garantías de la póliza. Siempre que comunique este hecho a la entidad con antelación a la fecha del cambio de domicilio, será admitido en otra póliza, sin carencias ni sometimiento a nuevo cuestionario de salud, adecuando ésta a la nueva situación.

ARTÍCULO 7º.- PERÍODO DE VIGENCIA DEL SEGURO

La presente póliza se contrata por el período de tiempo indicado en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, se prorrogará tácitamente año por año, siempre que la póliza se mantenga en vigor mediante el pago de la prima correspondiente.

Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso.

ARTÍCULO 8º.- PAGO DE PRIMAS

Los recibos de prima deberán hacerse efectivos por el tomador del seguro en los correspondientes vencimientos pactados, por anticipado.

La prima se determina por períodos anuales. No obstante, la forma de pago de las primas será la establecida en las Condiciones Particulares.

El pago de la prima se hará en el domicilio de la entidad, si no se especifica nada en contra en las Condiciones Particulares.

Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las normas siguientes:

- a) El obligado al pago de la prima entregará a la entidad carta dirigida al establecimiento bancario dando orden oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro en el mismo, y de nuevo, dentro del plazo de un mes a partir de dicha fecha (plazo de gracia), el recibo de prima, resultase incobrado por cualquier motivo.
- c) Durante la vigencia de la póliza, el tomador podrá cambiar libremente la cuenta bancaria donde desea domiciliar los recibos de prima, siendo necesario que lo comunique a la entidad a la vez que le facilite la orden de domiciliación, dirigida al establecimiento bancario, de los recibos de prima en la nueva cuenta.

Las consecuencias del impago de la prima son:

- a) Si por culpa del tomador del seguro o del asegurado, la primera prima no ha sido pagada a su vencimiento, la entidad aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la entidad aseguradora quedará liberada de su obligación.
- b) En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la entidad aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. En cualquier caso, la entidad aseguradora, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.
- c) Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador del seguro pagó su prima.

ARTÍCULO 9º.-ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS Y FRANQUICIAS

En cada renovación anual, la prima se determinará de acuerdo con la edad alcanzada y la zona geográfica correspondiente al domicilio de los asegurados, así como por las nuevas condiciones de riesgo eventualmente adquiridas, aplicando las tarifas que la entidad haya establecido. A tales efectos, la entidad tendrá en consideración la siniestralidad causada por cada asegurado a título individual.

Asimismo, la prima correspondiente a cada asegurado quedará determinada por la composición del grupo asegurado según el número de asegurados y sus edades. Cualquier modificación en la composición del grupo asegurado dará lugar a la consiguiente e inmediata adecuación de la prima a la nueva entidad del riesgo respecto al nuevo grupo asegurado.

La entidad podrá modificar las primas, así como las franquicias previstas, tomando en consideración los cálculos técnico-actuariales sobre siniestralidad, la modificación de los costes asistenciales y las innovaciones tecnológicas que sea necesario incorporar.

ARTÍCULO 10º.- MODIFICACIONES EN EL RIESGO

El tomador del seguro o el asegurado deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la entidad, tan pronto como les sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiesen sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Se considerarán agravaciones del riesgo:

- a) El cambio de actividad, ocupación o trabajo habitual del asegurado que signifiquen un mayor riesgo respecto al anteriormente declarado.
- b) La práctica de deportes o de actividades lúdico-deportivas de mayor riesgo que los declarados.
- c) Viajes o cambios de residencia temporales o definitivos a países en estado de guerra o situación conflictiva.

Asimismo, se considerarán modificaciones en el riesgo los cambios de domicilio del asegurado, debiendo ser notificados a la entidad aseguradora de forma inmediata.

La entidad puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del tomador, la entidad puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

La entidad igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al tomador dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En caso de que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, la entidad quedará liberada de su prestación si el tomador o el asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la entidad se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

ARTÍCULO 11º.- SUBROGACIÓN

El asegurado debe facilitar la subrogación a la entidad aseguradora, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al asegurado frente a las personas responsables del mismo. La entidad aseguradora no podrá ejercitar en perjuicio del asegurado los derechos en que se haya subrogado. El asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar a la entidad en su derecho a subrogarse.

La entidad no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del asegurado, de acuerdo con la ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el asegurado. Esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un contrato de seguro. En este caso, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

Si la entidad y el asegurado concurren frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

ARTÍCULO 12º.-INDICACIÓN INEXACTA DE LA EDAD

En el supuesto de indicación inexacta de la edad del asegurado, la entidad sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del asegurado en el momento de entrada en vigor del contrato excede de los límites de admisión establecidos por la entidad.

ARTÍCULO 13º.- COMUNICACIONES

Las comunicaciones de la entidad al tomador del seguro y, si procede, al asegurado y beneficiario/s se realizarán en el domicilio de éstos que conste en la póliza o en el que hubiese sido notificado fehacientemente con posterioridad a la entidad.

Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro al agente de seguros que medie o haya mediado en el contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a la entidad aseguradora.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros en nombre del tomador tendrán los mismos efectos que si los hubiera realizado el propio tomador siempre que sean corroboradas por éste último. **El pago del importe de la prima efectuado por el tomador del seguro al agente o corredor de seguros no se entenderá realizado a la entidad aseguradora, salvo que, a cambio, el agente o corredor entregue al tomador del seguro el recibo de prima de dicha entidad aseguradora.**

ARTÍCULO 14º.- PRESCRIPCIÓN

El plazo de prescripción de las acciones derivadas de la presente póliza es de cinco años contados desde el día en el cual pudiesen ejercitarse.

ARTÍCULO 15º.- COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado.

ARTÍCULO 16º.- INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

Las acciones derivadas del contrato de seguro se resolverán a través de las siguientes instancias de reclamación internas y externas:

- a) Reclamación por escrito ante los órganos de la propia entidad aseguradora.

- b) Reclamación ante el Servicio de Atención al Cliente y ante el defensor del cliente, en su caso, instancias cuya función es tutelar y salvaguardar los derechos y los intereses de los asegurados y cuyo funcionamiento se rige por su reglamento específico.
- c) Procedimiento administrativo de reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones, de conformidad con lo que se establece en el artículo 62 y concordantes de la Ley de ordenación y supervisión de los seguros privados. Para la admisión y tramitación de reclamaciones ante este organismo, será imprescindible acreditar haberlas formulado previamente al Servicio de Atención al Cliente o, en su caso, al defensor del cliente y que haya sido desestimada, no admitida o que haya transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación sin que se haya resuelto.
- d) Finalmente, de conformidad con lo que se establece en el artículo 24 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro, las acciones derivadas del mismo siempre podrán plantearse ante los juzgados de primera instancia de la jurisdicción civil correspondientes al domicilio del asegurado.

En el supuesto que el asegurado tenga el domicilio en el extranjero deberá designar, a estos efectos, un domicilio en España.

ARTÍCULO 17º.- PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

Los datos personales facilitados por el tomador y el asegurado se incluirán en ficheros privados que se conservan, de forma confidencial y de acuerdo con lo que dispone la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, por la entidad aseguradora. Ambos podrán dirigirse a ésta para ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

El tomador y el asegurado reconocen expresamente que los datos personales han sido facilitados de forma voluntaria, con la finalidad de poder gestionar las relaciones y poder dar cumplimiento al contrato de seguro, otorgando su consentimiento expreso para que dichos datos puedan ser cedidos a:

- a) Otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines estadísticos y de lucha contra el fraude, así como por razones de coaseguro y reaseguro.
- b) Las entidades que forman parte del grupo de la entidad aseguradora para ofrecer al tomador y al asegurado servicios y productos que puedan ser de su interés.

CONDICIONES ESPECIALES DE LA COBERTURA COMPLEMENTARIA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS

1. DEFINICIONES

Baremo. Catálogo del conjunto de las Sumas Aseguradas clasificado según la naturaleza médica del siniestro cubierto.

Suma Asegurada. Es el límite máximo de la indemnización que la entidad pagará como reembolso de gastos del asegurado por cada acto médico especificado. Las diferentes sumas aseguradas quedan contenidas y reflejadas en el correspondiente Baremo.

2. OBJETO DE COBERTURA COMPLEMENTARIA DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS

En el caso que el asegurado acuda para recibir la asistencia sanitaria de médicos y/o en los establecimientos hospitalarios ajenos al cuadro médico concertado por la entidad, ésta asume el reembolso de los gastos abonados por los tratamientos o actos médico-quirúrgicos a consecuencia de enfermedad o accidente que por prescripción facultativa sea necesario aplicar o practicar a cualquier asegurado durante la vigencia del aseguramiento por los actos **y con los límites de importes máximos previstos en el Baremo anexo de estas Condiciones Especiales.**

3. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

El tomador del seguro, el asegurado y los beneficiarios en el momento de ocurrencia de un siniestro están obligados a:

- a) Emplear todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber dará derecho a la entidad a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y del grado de culpa del asegurado. Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la entidad, ésta quedará liberada del pago de toda prestación derivada del siniestro.
- b) Comunicar el acaecimiento del siniestro a la entidad dentro del plazo máximo de quince días de haberlo conocido, salvo que se fije uno más amplio en las Condiciones Particulares de la póliza. En caso de incumplimiento, la entidad podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración del siniestro, salvo si se probase que aquélla tuvo conocimiento del siniestro por otro medio.
- c) Recibido el aviso de siniestro que se indica en el apartado anterior, la entidad podrá disponer que sus médicos o empleados visiten al asegurado tantas veces como lo estime oportuno. El tomador del seguro, el asegurado o sus familiares deberán permitir las visitas de inspección indicadas así como las averiguaciones o comprobaciones que la entidad considere necesarias. El incumplimiento de estos deberes se entenderá como renuncia al cobro de toda indemnización.

Una vez producido un siniestro indemnizable por esta cobertura complementaria, deberá presentarse factura original acreditativa del acto médico cubierto juntamente con el formulario/ticket de solicitud de reembolso perfectamente cumplimentado y el desglose adecuado de los diversos conceptos asistenciales y su naturaleza (clase de acto/s médico/s y su/s fecha/s) .

Es requisito imprescindible para el reembolso de los gastos cubiertos por la presente cobertura complementaria la entrega a la entidad de las facturas originales acreditativas de los mismos.

4. PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES

Si el asegurado sufre un siniestro indemnizable, la entidad pagará en su domicilio social o en sus

delegaciones al beneficiario designado la indemnización que corresponda, una vez recibida la documentación requerida y efectuadas las comprobaciones oportunas, en el plazo máximo de cuarenta días y en cualquier caso dentro de los cuarenta días siguientes a la recepción de la declaración de siniestro.

El asegurado o el tomador del seguro deberán facilitar traducción oficial de los antedichos documentos y justificantes cuando no estuvieran redactados en alguna de las lenguas oficiales del Estado español, en inglés o francés.

Si la entidad incurriere en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización se incrementará de acuerdo con lo que establezca la legislación vigente (art. 20 LCS).

Se entenderá que la entidad incurre en mora cuando no hubiere cumplido su prestación en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro o no hubiere procedido al pago del importe mínimo de lo que pueda deber dentro de los cuarenta días a partir de la declaración de siniestro.

5. SUBROGACIÓN

La entidad, una vez pagado el reembolso de los gastos, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización; sin embargo, no podrá ejercitar en perjuicio del asegurado los derechos en los que se haya subrogado.

COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE

La presente garantía será aplicable a los asegurados de esta póliza de salud y como complemento a las garantías específicas reflejadas en las Condiciones Particulares. Esta garantía tendrá validez mientras se halle vigente la póliza antes mencionada.

Las coberturas que garantiza el presente suplemento son las que a continuación se detallan:

1. ÁMBITO DEL SEGURO Y DURACIÓN:

- a) **Para los residentes en España:** el seguro tiene validez en el mundo entero, a partir de 30 kilómetros del domicilio habitual del asegurado, excepto para las garantías 3.10 y 3.11 que lo serán a partir del límite provincial de su residencia habitual y las garantías 3.5 (segundo párrafo) 3.6, 3.7, 3.8, 3.9, 3.13 y 3.14, cuyas coberturas sólo serán válidas en el extranjero.
- b) **Para los residentes en el mundo, excepto España y Andorra:** el seguro tiene validez en cualquier país del mundo excepto el país de residencia habitual del asegurado.
- c) **Para los residentes en Andorra:** el seguro tiene validez en el mundo entero a más de 100 Km. de la residencia habitual del asegurado en Andorra, excepto las garantías 3.5 (segundo párrafo), 3.6, 3.7, 3.8 y 3.9, cuyas coberturas no son válidas en España, pero sí en los restantes países.

2. VALIDEZ

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el tiempo de permanencia del asegurado fuera de su residencia habitual no podrá exceder de los 90 días por viaje o desplazamiento.

3. GARANTÍAS CUBIERTAS

3.1. TRANSPORTE O REPATRIACIÓN SANITARIA DE HERIDOS Y ENFERMOS

En caso de sufrir el asegurado una enfermedad o un accidente, la entidad aseguradora se hará cargo:

- a) De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b) Del control por parte de su Equipo Médico, en contacto con el médico que atienda al asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- c) De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, la entidad aseguradora se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

El medio de transporte utilizado en Europa y países de la ribera del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial.

En otro caso o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

3.2. TRANSPORTE O REPATRIACIÓN DE LOS ASEGURADOS

Cuando a uno o más de los asegurados se les haya repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la garantía 3.1. anterior y esta circunstancia impida al resto de los familiares también asegurados que le acompañen en el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de dichos asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el asegurado trasladado o repatriado.

Si los asegurados de los que se trata en el párrafo anterior fueran hijos menores de 15 años del asegurado repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, la entidad aseguradora pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de su domicilio o hasta donde se encuentre hospitalizado el asegurado.

3.3. REGRESO ANTICIPADO DEL ASEGURADO A CAUSA DE FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR

Si en el transcurso de un viaje falleciera en España o Andorra el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana del asegurado y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera anticipar el mismo, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar de inhumación del familiar en España o Andorra y, eventualmente, de los gastos de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

3.4. REGRESO ANTICIPADO DEL ASEGURADO A CAUSA DE INCENDIO O SINIESTRO EN SU DOMICILIO

Si durante el transcurso de un viaje, estando el asegurado fuera de su domicilio habitual se produjera en éste un siniestro de tal gravedad que lo convirtiera en inhabitable, la entidad aseguradora pondrá a disposición del asegurado, un billete de tren o de avión para regresar a su domicilio. También y en el caso de que el asegurado precisara regresar al punto de partida, la entidad aseguradora pondrá a su disposición un billete de las mismas características (avión o tren) para tal efecto.

3.5. BILLETE DE IDA Y VUELTA PARA UN FAMILIAR Y GASTOS DE HOTEL

Cuando el asegurado se encuentre hospitalizado y su internamiento se prevea de duración superior a los 5 días, la entidad aseguradora pondrá a disposición de un familiar del mismo un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado. Si dicha hospitalización es en el extranjero, la entidad aseguradora se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, hasta 50 Euros por día y con un máximo de 500 Euros.

3.6. GASTOS MÉDICOS, QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y DE HOSPITALIZACIÓN EN EL EXTRANJERO

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente, el asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, la entidad aseguradora se hará cargo de:

- a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- b) Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- c) Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por asegurado, por el conjunto de los citados gastos es de 12.000 Euros.

3.7. GASTOS ODONTOLÓGICOS DE URGENCIA EN EL EXTRANJERO

Si el asegurado necesita asistencia a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas que requieran un tratamiento de urgencia, el Asegurador se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento, hasta un máximo de 150 Euros.

3.8. ENVÍO DE MEDICAMENTOS EN EL EXTRANJERO

Si el asegurado desplazado hubiera hecho uso de la garantía 3.6 (gastos médicos), la entidad aseguradora se encargará del envío de los medicamentos necesarios para la curación del asegurado, prescritos por un facultativo y que no puedan encontrarse en el lugar donde éste se encuentre.

3.9. GASTOS DE PROLONGACIÓN DE ESTANCIA EN UN HOTEL EN EL EXTRANJERO

Cuando sea de aplicación la garantía anterior 3.6 de pago de gastos médicos, el Asegurador se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, hasta un importe de 50 Euros por día y con un máximo de 500 Euros.

3.10. TRANSPORTE O REPATRIACIÓN DE FALLECIDOS Y DE LOS ASEGURADOS ACOMPAÑANTES

La entidad aseguradora se hará cargo de todos los gastos y todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del asegurado, así como de su transporte o repatriación hasta el lugar de su inhumación en España o en Andorra o en cualquier otro país de residencia habitual del asegurado.

En el caso de que los familiares asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, la entidad aseguradora se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España o en Andorra o su residencia habitual.

Si los familiares fueran los hijos menores de 15 años del asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, la entidad aseguradora pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España o en Andorra o su residencia habitual.

3.11. ACOMPAÑANTE EN CASO DE TRASLADO POR FALLECIMIENTO

Los familiares del asegurado fallecido tendrán derecho a un billete de avión (ida y vuelta) o del medio de transporte idóneo, para que la persona que ellos designen pueda viajar hasta el lugar donde haya ocurrido el fallecimiento y regresar acompañando el cadáver.

3.12. BÚSQUEDA Y TRANSPORTE DE EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES

En caso de robo de equipajes y efectos personales, la entidad aseguradora prestará asesoramiento al asegurado para la denuncia de los hechos. Tanto en este caso como en el de pérdida o extravío de dichas pertenencias, si éstas fueran recuperadas, la entidad aseguradora se encargará de su expedición hasta el lugar donde se encuentre el asegurado de viaje o hasta su domicilio.

3.13. DEFENSA JURÍDICA AUTOMOVILÍSTICA EN EL EXTRANJERO

Defensa del asegurado conductor del vehículo, ante las jurisdicciones civiles o penales, de las acciones que contra él se dirijan a consecuencia de un accidente de circulación y hasta una cantidad máxima de 1.500 Euros.

3.14. PRESTACIÓN Y/O ADELANTO DE FIANZAS PENALES EN EL EXTRANJERO

Exigidas al asegurado, conductor del vehículo, para garantizar las costas procesales en un procedimiento criminal a consecuencia de un accidente de circulación. La suma máxima para este concepto es la señalada para la anterior garantía, o sea, 1.500 Euros.

Se incluye, en concepto de adelanto por cuenta del asegurado, la fianza penal para garantizar la libertad provisional del asegurado, o su asistencia personal al juicio. En este caso, el asegurado deberá firmar un escrito de reconocimiento de deuda, comprometiéndose a la devolución de su importe dentro de los dos meses siguientes a su regreso al domicilio o, en todo caso, en los tres meses de efectuada su petición. La suma máxima adelantada por este concepto es la de 5.000 Euros.

La entidad aseguradora se reserva el derecho a solicitar del asegurado algún tipo de aval, garantía o depósito que le asegure el cobro del anticipo.

3.15. INFORMACIÓN DE VIAJE

La entidad aseguradora, facilitará a petición del asegurado, información referente a:

a) Vacunación y petición de visados para países extranjeros así como aquellos requisitos que están especificados en la publicación más reciente del T.I.M. (Travel Information Manual), manual de información sobre viajes, publicación conjunta de catorce miembros de líneas aéreas de I.A.T.A.

La entidad aseguradora no se responsabiliza de la exactitud de la información contenida en el T.I.M. ni de las variaciones que puedan realizarse en la citada publicación.

b) Direcciones y números de teléfono de las Embajadas españolas y Consulados de todo el mundo, donde los hubiere.

3.16. TRANSMISIÓN DE MENSAJES

La entidad aseguradora se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

4. RIESGOS NO CUBIERTOS

No son objeto de la cobertura del presente contrato:

- Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al asegurador o que no hayan sido efectuadas con o por su acuerdo, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostrada.
- Los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización en España o en Andorra, o en cualquier otro país de residencia habitual del asegurado.
- Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.
- La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento o causadas intencionadamente por el asegurado a sí mismo, así como las derivadas de acciones criminales del asegurado directa o indirectamente.
- El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- Los gastos de prótesis, gafas y lentillas, los partos y embarazos excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses, y cualquier tipo de enfermedad mental.
- Los eventos ocasionados en la práctica de deportes en competición y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.
- Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.
- Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9 Euros.
- En el traslado o repatriación de fallecidos: los gastos de inhumación y ceremonia.

5. DISPOSICIONES ADICIONALES

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las garantías señaladas, deben indicar: nombre del asegurado, **número de PÓLIZA**, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causa de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el asegurado será reembolsado a su regreso a España o, en caso de necesidad, en

cuanto se encuentre en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubiera incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes. Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al asegurado con el Equipo Médico de la entidad aseguradora.

Si el asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de la garantía de transporte o repatriación, dicho reembolso revertirá al asegurador.

Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la seguridad social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva.

La entidad aseguradora queda subrogada en los derechos y acciones que puedan corresponder al asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquél y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.

ANEXO: ASISTENCIA SANITARIA DE URGENCIA EN ESPAÑA A DESPLAZADOS

PERSONAS ASEGURADAS. La persona física residente en España y beneficiaria de un seguro de "Plusmedic".

ÁMBITO DEL SEGURO Y DURACIÓN. El seguro tiene validez exclusivamente en España, fuera de la provincia de residencia habitual del asegurado y su duración va ligada a la condición de asegurado tal como se define en el apartado anterior.

VALIDEZ DEL SEGURO. Para poderse beneficiar de las prestaciones garantizadas, el tiempo de permanencia del asegurado fuera de su residencia habitual, no podrá exceder de los 30 días consecutivos.

PRESTACIONES GARANTIZADAS. La asistencia de urgencia a desplazados, tanto médica como quirúrgica, se prestará a causa de accidente o enfermedad aguda, o crónica agudizada, que requiera tratamiento inmediato. Una vez superada la fase aguda y de precisar una continuidad en el tratamiento, éste deberá efectuarse en la localidad o provincia de residencia del asegurado.

En ningún caso servirá para efectuar consultas o tratamiento de procesos patológicos en evolución, vigilancia de gestación y atención al parto (normal, distócico o prematuro) o sus posibles consecuencias (la asistencia del embarazo debe efectuarse donde la asegurada tenga contratada la póliza).

La cantidad máxima cubierta por asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en España, es de 1.500 Euros.

PRESTACIÓN DE LAS GARANTÍAS. Para la obtención del servicio, el asegurado debe telefonar (puede hacerlo a cobro revertido), al teléfono de permanencia médica las 24 horas todos los días del año, que figura en el reverso de su "Tarjeta del asegurado", indicando:

- Nombre
- N° de póliza
- Lugar donde se encuentra
- N° de teléfono
- Tipo de dolencia que le afecta

El servicio será prestado por los facultativos que para cada localidad o conjunto de localidades dentro de cada provincia, y para cada caso concreto señale el antes citado servicio de permanencia médica y en los locales, sanatorios o clínicas y horas designados.

En caso de dolencia grave que haga necesario al asegurado el guardar cama, el servicio de medicina general podrá solicitarse en el domicilio accidental del asegurado.

Para la prestación de los anteriores servicios es indispensable que el asegurado solicite telefónicamente y desde el primer momento la intervención del servicio de permanencia médica. La entidad aseguradora declina toda responsabilidad por la intervención de servicios ajenos no concertados.

El asegurado no tendrá derecho a reclamación alguna ni a la obtención de indemnizaciones sustitutivas, por la no utilización de los servicios garantizados por la entidad aseguradora. Tampoco tendrá derecho a percibir reembolso alguno por los servicios otorgados por profesionales, clínicas, centros sanitarios o asistenciales, ajenos al asegurador y que les hayan sido prestados sin expresa autorización de éste.

TELÉFONO ASISTENCIA EN VIAJE
Desde España: 902 23 40 40 / 93 482 66 00
Desde el extranjero: + 34 93 482 66 00
24 HORAS / 365 DÍAS