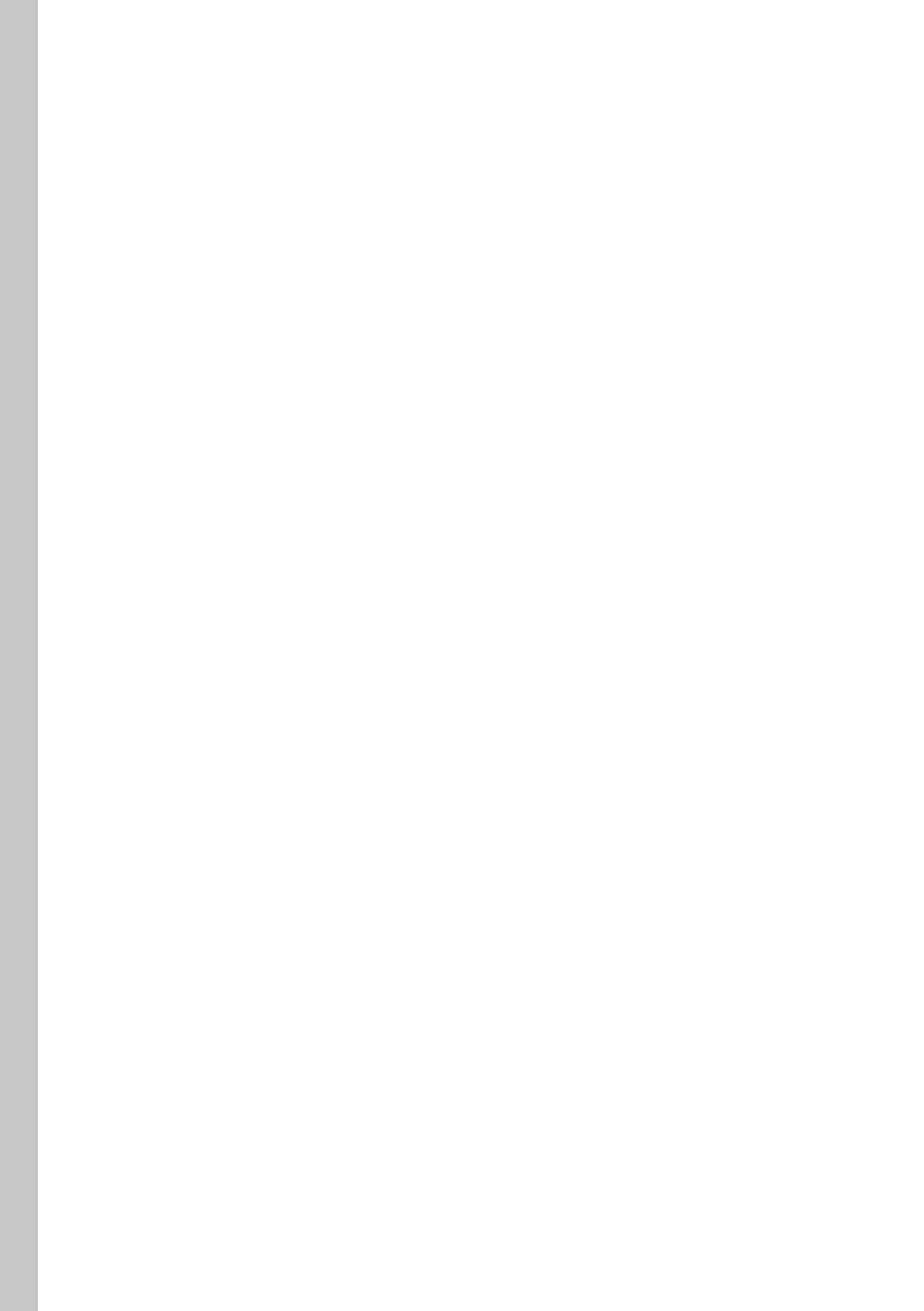




Adeslas
SegurCaixa

Condiciones Generales Selección Plus





*Condiciones Generales
Selección Plus*

Este Contrato de Seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales, que quedan formadas por las Cláusulas Jurídicas y Cláusulas Descriptivas de Cobertura, las Condiciones Particulares, las Especiales si las hubiere y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

CONDICIONES GENERALES

	<i>Página 6</i>
1. Cláusula Preliminar	<i>Página 6</i>
2. Definiciones	<i>Página 6</i>
3. Objeto del Seguro	<i>Página 9</i>
4. Coberturas de la Póliza	<i>Página 9</i>
5. Exclusiones	<i>Página 18</i>
6. Periodos de Carencia	<i>Página 21</i>
7. Acceso a las Coberturas de la Póliza	<i>Página 22</i>
8. Pago de la Prima	<i>Página 23</i>
9. Aspectos Legales del Contrato	<i>Página 24</i>
10. Información sobre el tratamiento de datos personales	<i>Página 30</i>
11. Comunicación y jurisdicción	<i>Página 33</i>
12. Prescripción	<i>Página 34</i>
13. Base de Cálculo y Actualización Anual de Primas, Garantías y Prestaciones	<i>Página 34</i>
14. Estado y autoridad de control de la Aseguradora	<i>Página 35</i>
15. Instancias de reclamación y contratación a distancia	<i>Página 35</i>
16. Garantía complementaria de Hospitalización	<i>Página 36</i>
17. Garantía complementaria de Accidentes	<i>Página 38</i>
18. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las Pérdidas Derivadas de Acontecimientos Extraordinarios en seguros de Personas	<i>Página 40</i>

Condiciones Generales

1. CLÁUSULA PRELIMINAR

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre de 1980), Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Boletín Oficial del Estado de 5 de noviembre) y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto 2486/98, de 20 de noviembre) y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados, y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares, Especiales y Suplementos o Apéndices de este contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares.

No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias de preceptos legales imperativos, ni las normas sobre delimitación del riesgo.

Integran el contrato las siguientes partes: la Solicitud de Seguro, la Declaración o Cuestionario de Salud, las Condiciones Generales incluyendo Anexo de Servicios, las Condiciones Particulares, las Especiales y demás suplementos que se emitan.

2. DEFINICIONES

A los efectos del presente contrato se entenderá por:

Accidente: Se entiende por accidente toda lesión corporal objetivamente comprobable producida por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del Asegurado.

Asegurado: La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el seguro.

Aseguradora: SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante la Aseguradora) entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

Cirugía robótica: Técnica en la cual un cirujano lleva a cabo una intervención usando una computadora que controla de manera remota instrumental quirúrgico fijado a un robot.

Condición médica preexistente: Aquel estado o condición de la salud, no necesariamente patológica, que se inicia con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza.

Copago: Importe por acto médico a abonar por el Tomador/Asegurado a la Aseguradora en concepto de participación en el coste de algunos servicios recibidos por cada uno de los Asegurados, relacionados en el apartado de Coberturas de la póliza, que podrán ser actualizados anualmente tal y como recoge el presente contrato.

Cuadro Médico: Relación de profesionales y centros sanitarios concertados con la Aseguradora de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médica y quirúrgica en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de la Póliza.

Cuestionario o Declaración de Salud: Formulario de preguntas, que forma parte del contrato de seguro, facilitado por la Aseguradora al Tomador y/o Asegurado, cumplimentado y firmado por el Asegurado antes de la formalización de la Póliza y que tiene por objeto determinar su estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro.

Enfermedad: Toda alteración del estado de salud del Asegurado, cuyo diagnóstico y confirmación sean efectuados por un médico legalmente reconocido.

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénita: Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento.

Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del individuo.

Enfermedad preexistente: Toda alteración del estado de salud que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta del Asegurado en el seguro y que es percibida por el Asegurado a través de signos o síntomas antes de la fecha de su incorporación en la póliza, independientemente de que exista un diagnóstico médico que la determine, o que es conocida por éste por cualquier causa.

Fármaco: Sustancia química ajena al cuerpo que, una vez introducida en el organismo, produce una acción determinada.

Farmacogenómica: Disciplina que estudia el efecto de la variabilidad genética de un individuo en su respuesta a determinados fármacos.

FISH: La FISH es una tecnología reciente que utiliza sondas de DNA marcadas con un fluoróforo para detectar o confirmar anomalías génicas o cromosómicas que generalmente están más allá de la capacidad de resolución de la citogenética de rutina.

Franquicia: Cuantía económica determinada que corresponde abonar por el Tomador/Asegurado al prestador del servicio en concepto de Participación en el Coste de los Servicios Sanitarios relacionados en el apartado de Coberturas de la póliza. En estos supuestos la cobertura de la Aseguradora desplegará sus efectos una vez se haya cubierto el importe de la franquicia por el Tomador/Asegurado.

Guía de Servicios: Relación de profesionales, establecimientos sanitarios y servicios concertados por la Aseguradora a los que el Asegurado puede acudir.

Hospitalización: Ingreso y estancia en centro hospitalario durante más de 24 horas seguidas.

Hospital de día: El registro como paciente en aquellas unidades de hospital así denominadas específicamente, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas para recibir tratamiento concreto sin que ello suponga pernoctar en el hospital.

Modalidad de Cuadro Médico: Modalidad de contratación que permite acudir libremente a cualquiera de los profesionales pertenecientes al Cuadro Médico para recibir asistencia sanitaria, siempre que se trate de las especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de la Póliza.

Parto normal o a término: es el producido entre la semana 37 y 42 de gestación.

Parto pretérmino o prematuro: es el producido entre la semana 28 y 36 de gestación.

Plazo de carencia: Período de tiempo computado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro para cada uno de los asegurados, durante el cual no entran en vigor todas o algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza.

Plazo de disputabilidad: Intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella, durante el cual la Aseguradora puede rechazar la cobertura de prestaciones o dejar sin efecto el contrato teniendo como causa la existencia de enfermedades anteriores o preexistentes del Asegurado que éste no declaró en el Cuestionario de Salud. Transcurrido dicho plazo, la Aseguradora sólo tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o Asegurado hayan actuado dolosamente omitiendo intencionadamente en el Cuestionario de Salud dichas enfermedades anteriores o preexistentes.

Póliza: Es el contrato de seguro. Documento escrito que contiene la Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales, Solicitud de Seguro y Cuestionario de Salud y los Suplementos o Apéndices que se emitan para completarla o modificarla. La Solicitud de Seguro y la Declaración de Salud forman también parte de la póliza.

Prima: Es el precio del seguro. El recibo de prima contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

Prótesis: Todo elemento de cualquier naturaleza que reemplaza, temporal o permanentemente, la ausencia de un órgano o tejido.

Proveedores de Servicios Sanitarios: Profesionales y centros sanitarios de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médica y quirúrgica en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de la póliza.

Reembolso: Importe o cantidad determinada de las relacionadas en el apartado de Coberturas de la póliza que corresponde reintegrar por la Aseguradora al Tomador/Asegurado, previa presentación por éste de la factura abonada al prestador del servicio sanitario.

Robótica: Técnica que aplica la informática al diseño y empleo de aparatos que, en sustitución de personas, realizan operaciones o trabajos.

Siniestro: Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios cuyo coste se encuentra total o parcialmente cubierto por la póliza.

Tomador del seguro: La persona física o jurídica que suscribe el contrato y al que le corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo que por su naturaleza, deban ser cumplidas por el Asegurado.

Urgencia: Es aquella situación del Asegurado que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar en un daño irreparable en su salud.

Urgencia Vital: Aquella situación que se produce por la aparición súbita de un cuadro clínico que entrañe un inminente y grave riesgo para la vida del Asegurado o pérdida funcional de un órgano o miembro, y que requiera de una inmediata e inaplazable (en pocas horas) atención médico sanitaria.

3. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato, dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza y mediante la aplicación de la Prima que corresponda, la Aseguradora pone a disposición del Asegurado una serie de Proveedores de Servicios Sanitarios concertados, de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médica de toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las coberturas del producto contratado.

La Aseguradora asume la totalidad de los gastos derivados de la asistencia sanitaria que presten los mencionados Proveedores de Servicios Sanitarios debidamente autorizados siempre que se trate de un siniestro objeto de cobertura del presente contrato.

En ningún caso la Aseguradora hará frente al pago de factura abonada por el Asegurado a cualquier Proveedor de Servicios Sanitarios, incluso en el caso en que dicho Proveedor de Servicios Sanitarios esté concertado con la Aseguradora y la prestación sanitaria garantizada por la Póliza.

4. COBERTURAS DE LA PÓLIZA

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, en el periodo de cobertura de este seguro, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre que los estudios de validación de su efectividad sean ratificados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CC.AA. o del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, mediante un informe positivo.

En cada renovación de esta póliza, se detallarán las técnicas o tratamientos que pasan a formar parte de las coberturas de la póliza para el siguiente periodo.

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza son los que se indican a continuación junto con sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado exclusiones:

4.1. ATENCIÓN PRIMARIA

- **Medicina General.** Asistencia médica sanitaria en consulta con indicación y prescripción de pruebas diagnósticas básicas (radiología general y analítica). Queda cubierta la asistencia domiciliar programada cuando no sea posible el desplazamiento del paciente debido a la patología.

- **Pediatría y Puericultura.** Asistencia de niños menores de 16 años con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico. Incluye programas de niño sano y vacunación según calendario de vacunación oficial (**Excluidas vacunas**).

- **Servicio de Enfermería.** Asistencia en consultorio y a domicilio. Para la asistencia a domicilio, sólo previa prescripción de un médico concertado con la entidad que justifique la imposibilidad del desplazamiento.

4.2. URGENCIA

- **Ambulancia.** Se prestará por vía terrestre en caso de necesidad urgente y justificada para el traslado e ingreso del enfermo a las clínicas de urgencias concertadas con la Entidad así como para traslados al domicilio del asegurado o a una clínica u hospital concertado de su provincia. Para todos estos casos sólo bajo prescripción de un médico concertado con la Entidad. Este servicio se solicitará en el teléfono **902 200 200. No queda cubierta para la realización de pruebas diagnósticas, rehabilitación o consultas.**

- **Servicio de Urgencia.** Se prestará únicamente en el centro o centros concertados por la Entidad para su producto.

- **Asistencia permanente de Urgencia en el Extranjero** (ver apartado Garantía de Asistencia Sanitaria en el Extranjero).

- **Urgencia Hospitalaria.** Asistencia sanitaria urgente médicamente justificada en los Servicios de Urgencia Hospitalarios, a elección del Asegurado, dentro de los que la Entidad pone a su disposición para cada producto contratado y según el Condicionado de su póliza, en la fecha que tiene lugar la prestación.

- **Asistencia a Domicilio Urgente.** En caso médicamente justificado e indicado, se facilitará el servicio a domicilio de Medicina General, servicio de enfermería o ambulancia, de conformidad con lo establecido en las **Condiciones Generales de la Póliza.** Este servicio se solicitará en el teléfono **902 200 200.**

4.3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

- **Alergología.** Excluidas las autovacunas.

- **Análisis Clínicos**

- **Anatomía Patológica:** Citopatología.

- **Anestesiología y Reanimación.**

- **Angiología y Cirugía Vascolar.**

- **Aparato Digestivo.**

- **Cardiología.**

- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.** Quedan incluidas las técnicas vía laparoscópica que han demostrado su eficacia, siempre que el profesional esté acreditado para realizarla.

Queda incluida la Cirugía Robótica **exclusivamente para cirugía en pacientes oncológicos con metástasis abdominal de cáncer de ovario y con un reembolso de 2.500 €.**

- **Cirugía Máxilo-Facial:** Quedan cubiertos los cordales. **Quedan expresamente excluidos todos los actos odontológicos, aun cuando esté realizada por máxilofacial así como la cirugía ortognática y cirugía previa a implantes.**

- **Cirugía Pediátrica.**

- **Cirugía Plástica y Reparadora.** Incluida la reconstrucción mamaria tras mastectomía radical. **Excluida la cirugía con fines estéticos.**

- Cirugía Torácica.
- Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología. Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos.
- Endocrinología. Queda expresamente excluida la cirugía de la obesidad, la unidad de trastornos de la alimentación ya sea ambulatoria como en régimen de hospitalización.
- Geriatría.
- Ginecología y Obstetricia. Incluye la cirugía laparoscópica, implantación de DIU (**siendo por cuenta del asegurado el coste del dispositivo**) y la ligadura de trompas. Incluye el diagnóstico de la Esterilidad e Infertilidad.
- Hematología.
- Medicina Interna.
- Medicina Nuclear.
- Nefrología. No cubierto hemodiálisis en insuficiencia renal crónica.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurología.
- Odontología-Estomatología. Incluye únicamente extracciones, curas simples estomatológicas derivadas de éstas, radiografías simples, ortopantomografía y limpiezas de boca. **Quedan expresamente excluidos todos los demás actos odontológicos, aun cuando estén realizados por máxilofacial así como la cirugía ortognática y cirugía previa a implantes.**
- Oftalmología. Incluye la fotocoagulación con láser y el trasplante de córnea. **La córnea a trasplantar será por cuenta del asegurado.** Se incluyen los procedimientos de optometría siempre y cuando vayan acompañados de la prescripción de un Oftalmólogo concertado con la Entidad.
- **Oncología Médica:** incluye trasplantes autólogos de médula ósea o de células progenitoras de sangre periférica **exclusivamente para tratamientos de tumores de la estirpe hematológica.**

- **Quimioterapia:**

Los tratamientos quimioterápicos serán por cuenta de la Entidad, cuando el internamiento se hiciera necesario; siendo en todos los casos el médico especialista concertado con la Entidad encargado de la asistencia quien dispondrá la forma y tratamientos a realizar. En estos tratamientos, la Entidad por lo que se refiere a los medicamentos, correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos para las indicaciones de la ficha técnica del producto que se expanden en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad.

Quedan incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa.

Excluidos citostáticos orales y coadyuvantes fuera del régimen de hospitalización. No quedan cubiertos los ingresos cuyo único objeto sea la administración de medicación citostática oral. La medicina de uso compasivo no queda cubierta.

- **Otorrinolaringología.** Queda incluida la técnica de cirugía con Láser CO2 y Radiofrecuencia para las indicaciones autorizadas por la Entidad y previa autorización de la misma.

- **Psiquiatría.** Excluida la deshabitación por consumo de tóxicos y psicoterapia de pareja o de grupo.

- **Reumatología.**

- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.** Incluye la cirugía artroscópica, cirugía de la mano, nucleotomía percutánea, quimionucleosis y las prótesis señaladas en el presente Condicionado.

Queda incluido el cultivo de células autólogas de condrocitos bajo reembolso de 2.500 €.

- **Urología.** Incluye la vasectomía, así como el estudio y diagnóstico de la esterilidad e infertilidad. Incluida la Litotricia extracorpórea.

Queda incluido el Láser verde KTP o HPS exclusivamente para hiperplasia benigna de próstata previa autorización por la entidad con un reembolso de 2.500 €.

4.4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Las Pruebas de Diagnóstico se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita de un médico de la Entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma. Los medios de contraste y los radiofármacos utilizados se encuentran incluidos en la cobertura de los Medios de Diagnóstico.

- **Análisis Clínicos**

- **Anatomía Patológica:** Citopatología.

- **Triple Screening, Amniocentesis y Estudio del Cariotipo Fetal en el embarazo de Riesgo (Excluido el FISH).**

- **Diagnóstico por la Imagen:** Quedan cubiertas, previa prescripción de un médico concertado con la Entidad, las técnicas habituales de diagnóstico por imagen como radiología general, ecografía, TAC, RMN, angiografía, arteriografía digital y gammagrafía, densitometría ósea, mamografía y radiología intervencionista.

- **Endoscopias.**

- **Medicina Nuclear. PET.** Queda cubierto el PET y PET/TAC **exclusivamente para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el fármaco Fludesoxiglucosa, esto es:**

- **Oncología:**

- Diagnóstico:

- Caracterización de nódulo pulmonar solitario.

- Detección del tumor de origen desconocido evidenciado, por ejemplo, por adenopatía cervical, metástasis hepáticas u óseas.

- Caracterización de una masa pancreática.

- Estadificación:

- Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida.
- Cáncer de pulmón primario.
- Cáncer de mama localmente avanzado.
- Cáncer de esófago.
- Carcinoma de páncreas.
- Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.
- Linfoma maligno.
- Melanoma maligno, con Breslow mayor de 1.5 mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.

- Monitorización de la respuesta del tratamiento:

- Linfoma maligno.
- Tumores de cabeza y cuello.

- Detección en caso de sospecha razonable recibida:

- Gliomas con alto grado de malignidad (III o IV).
- Tumores de cabeza y cuello.
- Cáncer de tiroides (no medular): pacientes con incremento de los niveles séricos de tiroglobulina y rastreo corporal con yodo radiactivo negativo.
- Cáncer de pulmón primario.
- Cáncer de mama.
- Carcinoma de páncreas.
- Cáncer colorrectal.
- Cáncer de ovario.
- Linfoma maligno.
- Melanoma maligno.

• **Neurología:**

Localización de focos epileptógenos en la valoración prequirúrgica de la epilepsia temporal.

- **Coronariografía por TAC** en pacientes con síntomas de enfermedad coronaria con pruebas de isquemia no concluyente, cirugía de recambio válvular, valoración de estenosis coronaria tras intervención de By-Pass y malformaciones del árbol coronario.

Se excluye la valoración de estenosis tras implantación de Stent Coronario y el Score Cálculo.

- **Diagnóstico cardiológico.** Electrocardiograma, Prueba de Esfuerzo, Ecocardiograma, Holter, Doppler y Hemodinámica.
- **Neurofisiología Clínica.** Polisomnografía únicamente en proveedores concertados con la Entidad y para estudio de SAOS. Electromiografía y electroencefalografía.

4.5. MÉTODOS TERAPÉUTICOS

- **Aerosolterapia y ventiloterapia:** la medicación será por cuenta del asegurado.
- **Hemodiálisis.** Exclusivamente para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas y con función renal normal previa, durante un período máximo de 10 sesiones por proceso. Quedan excluidos de dicho tratamiento los procesos crónicos.
- **Litotricia renal extracorpórea.**
- **Logofoniatría.** Se prestará para tratamientos consecuencia de intervenciones quirúrgicas de laringe; y para los menores de 16 años en los trastornos en la adquisición de la lectura, escritura, dislexia y en el desarrollo de lenguaje. **Se prestará un máximo de 20 sesiones/año.**
- **Oxigenoterapia a domicilio.** Exclusivamente oxigenoterapia en pacientes crónicos que requieran tratamiento con oxígeno al menos 16 horas al día.
- **Psicología.** Psicoterapia en consulta previa prescripción de un Psiquiatra y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica.

Límite de 1 sesión de psicoterapia semanal hasta un límite de 20 sesiones al año. Queda excluida psicoterapia en pareja, de grupo y para deshabituación por consumo de tóxicos.

- **Oncología Radioterápica:** Acelerador lineal, Braquiterapia y Radioterapia de Intensidad Modulada. Radioneurológica con Gammaknife exclusivamente para el tratamiento de tumores cerebrales.
- **Rehabilitación Cardiológica.** Para la recuperación postquirúrgica del aparato circulatorio con circulación extracorpórea e infarto agudo de miocardio.
- **Rehabilitación del suelo pélvico.** Exclusivamente como consecuencia directa del parto.
- **Rehabilitación y Fisioterapia.** Se prestará con carácter ambulatorio **exclusivamente para las afecciones del aparato locomotor, en los centros concertados por la entidad.** En régimen de ingreso hospitalario, queda cubierta la rehabilitación postquirúrgica para la recuperación funcional del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica. **Queda excluida la rehabilitación neurológica y ozonoterapia.**
- **Transfusión de sangre y/o plasma en régimen de hospitalización.** Quedan excluidos los trasplantes de órganos, tejidos, células, material biológico o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula ósea y células progenitoras de sangre periférica en procesos tumorales de estirpe hematológica.

- **Tratamiento del Dolor.** Se prestará en régimen ambulatorio para casos oncológicos con dolor que no pueda ser controlado por la unidad oncológica y con dolor crónico derivado de intervenciones quirúrgicas. Asimismo se cubre el internamiento producido por una complicación aguda del tratamiento y por la implantación de aparatos médicos, **durante un periodo máximo de 7 días.** Quedan incluidos **exclusivamente** los reservorios implantables (tipo porta-cat) y **expresamente excluidas las bombas implantables para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.**

Quedan excluidos los gastos de cualquier tipo de medicación, material, aparatos médicos específicos y prótesis.

- **Unidad de Daño Cerebral.** Queda excluida la hospitalización en estas unidades especializadas.

4.6. OTROS SERVICIOS

- **Láser Excímer para la corrección del Astigmatismo, Hipermetropía y Miopía.** Se prestará en el centro concertado con la Entidad con carácter ambulatorio. **Franquicia a cargo del asegurado de 600 € por cada ojo.**

- **Podología en consultorio. Limitado a 12 sesiones anuales por asegurado.**

- **Preparación para el Parto.** Sesiones de preparación antes del parto en un centro concertado con la Entidad previa autorización por escrito de la misma.

- **Prótesis.** Las prótesis garantizados por la Entidad serán **exclusivamente** los siguientes:

- **Prótesis Oftalmológicas.** La lente intraocular monofocal en intervenciones de cataratas practicadas por médicos concertados con la Entidad.
- **Prótesis Cardíacas y Cardiovasculares.** Las válvulas cardíacas, marcapasos temporales y definitivos, Stent y las prótesis de by-pass vascular.
- **Prótesis Traumatológicas.** Las prótesis articulares, tornillos y placas de fijación interna. Material necesario para la fijación de columna. Disco intervertebral, Material de interposición intervertebral. Material necesario para vertebroplastia-cifoplastia.
- **Prótesis Mamarias, exclusivamente tras mastectomía radical por patología neoplásica.**
- **Material de Osteosíntesis.**
- **Quimioterapia o Tratamiento del Dolor: Reservorios**
- **Otros materiales: Mallas abdominales;** sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia).

- **Osteopatía.** Las sesiones se prestarán por un profesional acreditado del Cuadro Médico asociado al producto acreditado bajo prescripción médica. **Se limita su cobertura a un total de 12 sesiones anuales por asegurado.**

- **Homeopatía.** Se prestará por un profesional acreditado de Cuadro Médico asociado al producto. **Se limita su cobertura a un total de 12 sesiones anuales por asegurado.**

- **Acupuntura.** Se prestará por un profesional acreditado de Cuadro Médico asociado al producto. **Se limita su cobertura a un total de 12 sesiones anuales por asegurado.**

- **Trasplantes.** Quedan cubiertos todos los gastos derivados de la implantación del órgano así como las pruebas de histocompatibilidad. Los trasplantes cubiertos son los relativos a los siguientes órganos:

- Corazón.
- Pulmón.
- Riñón.
- Hígado.
- Médula ósea.
- Córnea.

Se excluye la extracción, transporte y conservación del órgano a trasplantar.

4.7. HOSPITALIZACIÓN

Deberán ser solicitados por médicos concertados con la Entidad y los ingresos se efectuarán en los centros concertados con la misma para el producto contratado, en habitación individual con cama de acompañante, **excepto en casos de Hospitalización Psiquiátrica, UVI e Incubadora.** Serán por cuenta de la entidad el tratamiento, material y medicación, estancias, curas y la manutención del enfermo mientras se encuentre ingresado así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos utilizados tanto en el acto quirúrgico como en la hospitalización. **Quedan excluidos los ingresos o asistencia derivada de un problema social o familiar.**

- **Hospitalización Quirúrgica.** Queda incluida la hospitalización de día. La manutención del acompañante será a cargo de la Entidad los tres primeros días de ingreso. **En caso de que la hospitalización sea consecuencia de un parto o una cesárea se incluye, en caso de necesidad, la estancia en incubadora del recién nacido, siempre que haya sido dado de alta como asegurado.**

- **Hospitalización Médica.** Para el tratamiento de enfermedades. **La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico concertado con la entidad responsable de la asistencia.**

- **Hospitalización pediátrica.** Para el tratamiento de enfermedades. **La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico concertado con la entidad responsable de la asistencia.**

Se incluye en caso de necesidad la estancia en incubadora del recién nacido. **En este caso no quedará cubierta la estancia del acompañante.**

- **Hospitalización psiquiátrica.** **No queda cubierta la cama del acompañante.** Para el tratamiento trastornos mentales en fase aguda que no pueda tratarse en el domicilio del paciente y precisen internamiento. El periodo de cobertura se limita a 60 días al año.

- **Hospitalización en UVI/UCI.** Se realizará en centros concertados para el producto por la entidad. **No queda cubierta la estancia del acompañante.**

- **Hospitalización Domiciliaria.** Se llevará a cabo por los servicios médicos concertados para ello por la Entidad, previa prescripción escrita de un médico concertado con la Entidad, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario.

4.8. ASESORAMIENTO TELEFÓNICO 24 H. (902 200 200)

Información telefónica de apoyo, todos los días del año, referente a enfermedades, tratamientos y prevención de su salud, así como en la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, interpretación de informes.

4.9. MEDICINA PREVENTIVA

Deberán ser solicitados por médicos concertados con la Entidad y se realizarán en los centros sanitarios concertados con la misma.

- **Ginecología: Chequeo Ginecológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, citología, ecografía y mamografía, si procede.

- **Urología: Chequeo Urológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, ecografía renal y vesicoprostática, P.S.A. (antígeno prostático específico) y ecografía transrectal si procede.

- **Pediatría: Programa de salud infantil.** Comprende los exámenes de salud al recién nacido, incluyendo pruebas de metabopatías, potenciales evocados, test de agudeza visual y ecografía neonatal; el programa de vacunación infantil obligatorio en España (**excluidas las vacunas**), en centros de referencia concertados, y los controles de salud durante los cuatro primeros años.

- **Aparato Digestivo: Programa de prevención del cáncer colorrectal para personas mayores de 40 años,** que comprende consulta médica, exploración física, test específico y colonoscopia en caso necesario.

En personas menores de 40 años, será necesaria prescripción escrita de un médico concertado con la Entidad Aseguradora.

- **Cardiología: Chequeo Cardiológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, exploración cardiovascular, electrocardiograma, analítica y si procede, prueba de esfuerzo y ecocardiograma.

- **Planificación Familiar:**

- Implantación del DIU. **El coste del dispositivo será a cargo del asegurado.**
- Vasectomía y Ligadura de Trompas.
- Pruebas Diagnósticas de la Esterilidad.
- **Crío-conservación de las células madre del cordón umbilical.** Incluye la extracción y el mantenimiento de las mismas. **Franquicia a cargo del asegurado de 900 €.**

4.10. FRANQUICIAS Y REEMBOLSOS

FRANQUICIAS: Los servicios citados a continuación tienen una franquicia asociada (cuantía económica determinada que corresponde abonar por el Tomador/Asegurado al prestador del servicio):

CONCEPTO	FRANQUICIA
Láser excímer (por ojo)	600 €

REEMBOLSOS: Para los conceptos citados en la siguiente tabla, el Asegurado acudirá al centro concertado con la Entidad y tras abonar en éste las facturas correspondientes, solicitará el reembolso de las cantidades a la Entidad según los límites indicados a continuación.

CONCEPTO	REEMBOLSO
Cultivo de células autólogas de condrocitos	2.500 €
Láser verde KTP o HPS	2.500 €
Cirugía Robótica	2.500 €
Crioconservación del cordón umbilical	550 €

5. EXCLUSIONES

Quedan expresamente excluidas de la cobertura de este seguro:

a. La Asistencia Sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones y condiciones médicas preexistentes y sus consecuencias, las congénitas y las que sean consecuencia de accidentes o enfermedades y sus secuelas, siempre que sean anteriores a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza y conocidas por el Tomador del seguro y/o Asegurado, aun cuando no se hubiera establecido un diagnóstico médico concreto, y no se hubieran declarado en el Cuestionario de Salud.

Quedan a salvo de esta exclusión dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones y condiciones médicas cuando hayan sido declaradas por el Tomador y/o Asegurado en el Cuestionario de Salud y expresamente aceptada su cobertura por la Aseguradora en las Condiciones Particulares. Asimismo, esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la Póliza desde su nacimiento.

b. La Asistencia Sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras, motines, revoluciones, represiones y maniobras militares, aun en tiempos de paz y terrorismo en cualquiera de sus formas; las causadas por epidemias declaradas oficialmente; las que guarden relación directa o indirecta con contaminaciones químicas, biológicas, con radiación nuclear o contaminación nuclear o radiactiva, así como las que provengan de catástrofes (terremotos, inundaciones y fenómenos sísmicos o meteorológicos).

c. La Asistencia Sanitaria que se precise como consecuencia de las enfermedades o lesiones producidas durante o por la práctica como aficionado o profesional de actividades de riesgo como: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, hípica, parapente, puenting, barranquismo, toreo y encierro de reses bravas, deportes de aventura u otra práctica de riesgo. La asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte.

d. La Asistencia Sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción o intoxicaciones debidas al abuso de alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la Asistencia Sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por el dolo, negligencia o imprudencia del Asegurado.

e. Análisis u otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificados, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.

f. La Medicina y chequeos de carácter preventivo salvo los detallados en las coberturas de la Póliza. Todo tipo de vacunas y autovacunas, salvo los detallados en las coberturas de la Póliza.

g. La interrupción voluntaria del embarazo en cualquier supuesto, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. También está excluido el tratamiento de la esterilidad e infertilidad y las técnicas de fecundación asistida. Está excluido el tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil.

h. La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética y/o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte afectada (no siendo válidas las razones puramente psicológicas). Quedan asimismo excluidos los tratamientos con fines estéticos, las curas de adelgazamiento y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los tratamientos capilares. Queda excluida la cirugía de cambio de sexo.

i. El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos, la psicoterapia en grupo y cualquier método de asistencia psicológica salvo los detallados en las coberturas de la Póliza.

Asimismo, queda excluido el tratamiento de los trastornos de la alimentación como anorexia-bulimia, cirugía de la obesidad y balón intragástrico. El ingreso psiquiátrico exclusivamente para procesos agudos y limitado a 60 días por año.

j. La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar, será por tanto necesaria una clara indicación médica de ingreso que justifique la necesidad de asistencia hospitalaria. Excluidos asimismo los ingresos hospitalarios derivados de procesos terminales y la hospitalización en Unidades de Daño Cerebral.

k. Los trasplantes de órganos, salvo los relacionados en el apartado 4.6 del presente Condicionamiento General, tejidos, células, material biológico o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula ósea y células progenitoras de sangre periférica en procesos tumorales de estirpe hematológica. La Aseguradora no se hace cargo de la conservación, traslado y órgano a trasplantar.

l. Queda excluido cualquier tipo prótesis y material ortopédico, los fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, válvulas para glaucoma, bombas de infusión internas y externas, electrodos y estimuladores medulares y transcutáneos, válvulas de hidrocefalia, tubos protésicos valvulados, injertos, desfibrilador automático implantable, el corazón artificial, material y sustancias embolizantes (Colis, Onix, embosferas) e implantes cocleares.

Asimismo, están expresamente excluidas las bombas implantables para infusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular en tratamiento del dolor.

m. Excluidos todos los estudios de carácter genético, terapia génica, estudio genético familiar, salvo las pruebas genéticas en oncología en los casos que esté descrito en las coberturas de la póliza y para las indicaciones aprobadas.

n. La Asistencia Sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, salvo que se especifique lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.

o. Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud ni y en los centros privados que no estén concertados con la Aseguradora.

p. La rehabilitación neurológica, la rehabilitación durante ingreso hospitalario que no sea postquirúrgica del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica. No está cubierta la Ozonoterapia ni las ondas de choque en Traumatología.

q. Tratamientos de diálisis y hemodiálisis.

r. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

s. Los actos médicos relacionados con cualquier servicio de odontología, enunciándose a modo indicativo y no limitativo las siguientes: endodoncias, empastes, obturaciones, implantología, periodoncia, ortodoncia, cirugía ortognática, extracciones de restos radiculares, dentascan, etc. En caso de contratación del producto dental se estará a lo allí establecido.

t. Los gastos de viaje y desplazamientos salvo los detallados en el apartado de “Garantía de Asistencia Sanitaria en el Extranjero”, las condiciones particulares y las presentes Condiciones Generales.

u. Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo aunque sean prescritos por un facultativo.

Quedan expresamente excluidas las técnicas diagnósticas, quirúrgicas y terapéuticas de nueva aparición no incluidas en la presente Póliza, salvo que las mismas estén expresamente indicadas y su eficacia comparativa con procedimientos alternativos esté plenamente justificada.

v. Coronariografía por TAC. Se excluye la valoración de estenosis tras implantación de stent coronario y el score cálcico. Queda excluida esta prueba excepto en las siguientes indicaciones: pacientes con síntomas de enfermedad coronaria con pruebas de isquemia no concluyente, cirugía de recambio válvular, valoración de estenosis coronaria tras intervención de By-Pass y malformaciones del árbol coronario.

w. Se excluye el PET y PET/TAC salvo en las indicaciones relacionadas a continuación:

- 1- Tumores de cabeza y cuello: cáncer de tiroides y esófago.
- 2- Cáncer de pulmón microcítico y no microcítico.
- 3- Tumores de abdomen y pelvis: carcinoma colorrectal recurrente o primario, cáncer de páncreas, ovario, útero y vejiga.
- 4- Linfomas.
- 5- Melanomas.
- 6- Tumores cerebrales.
- 7- Nódulo pulmonar solitario.
- 8- Estadificación precisa de linfomas y cáncer de pulmón.
- 9- Cáncer de mama recurrente.
- 10- Tumores primarios y desconocidos con presencia de metástasis y pruebas de diagnóstico funcionales negativas.
- 11- Epilepsia rebelde a tratamiento farmacológica.

6. PERIODOS DE CARENANCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma el Asegurador serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato para cada uno de los Asegurados que se vayan incorporando a ella.

Se exceptúan del principio general anterior los siguientes servicios:

- a. **Hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas no ambulatorias** en centros sanitarios tendrán un periodo de carencia de OCHO MESES.
- b. **Psicología:** Periodo de carencia de SEIS MESES.
- c. **Crioconservación de las células madre del cordón umbilical:** DIEZ MESES.
- d. **Trasplantes:** Periodo de carencia de DOCE MESES.

Podrán establecerse periodos de carencia distintos para servicios complementarios o modificarse los expresados en los números indicados siempre que se determine su duración en las Condiciones Particulares.

En aquellas Pólizas en las que se detalle en las Condiciones Particulares la eliminación o reducción de los períodos de carencia (Derechos Inmediatos) aplicables, no significará en ningún caso la cobertura de los procesos en curso o preexistentes.

7. ACCESO A LAS COBERTURAS DE LA PÓLIZA

El Asegurado podrá acudir a los profesionales y centros sanitarios que formen parte del Cuadro Médico Concertado para el producto en el momento de la prestación.

Para identificarse como Asegurado deberá presentar la Tarjeta Sanitaria Personal de Asegurado, NIF o NIE cuando sea solicitado por el Proveedor del Servicio Sanitario.

Debe firmar asimismo, el recibo justificativo del servicio sanitario recibido, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante.

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se pondrá a disposición del Asegurado en la localidad indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza y en caso de no estar disponible, en los medios concertados con la Aseguradora en la provincia o región a la que pertenezca, respetando la libertad de elección del Asegurado. Los gastos de desplazamiento serán siempre a cargo del Asegurado.

Los hijos recién nacidos tendrán derecho de ser incluidos en la Póliza desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador deberá comunicar a la Aseguradora esa circunstancia dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud. Las altas notificadas dentro de este plazo retrotraerán sus efectos a la fecha de nacimiento, no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre.

Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y la Aseguradora podrá denegar su admisión.

La Aseguradora no se hace responsable de honorarios de facultativos no concertados con la Aseguradora, ni de los gastos hospitalarios o servicios que los mismos pudieran prescribir.

Asimismo, la Aseguradora no se hace responsable de los gastos de hospitalización ni de los servicios originados en centros públicos o privados no concertados con la Aseguradora, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

Los servicios cubiertos por la Póliza deberán ser ordenados por escrito por un médico perteneciente al Cuadro Médico. Podrán ser de libre acceso o requerir autorización previa de la Aseguradora. Para la valoración correcta de la prestación, deberá adjuntar a la prescripción escrita, un informe médico detallado que justifique la prescripción, cuando sea solicitado.

El acto médico prescrito deberá realizarse obligatoriamente en un centro sanitario concertado con la Aseguradora y la prestación estar incluida entre los servicios sanitarios cubiertos por la Póliza.

La permanencia en régimen de hospitalización de un enfermo estará determinada por el criterio exclusivo del médico que lo asista, quien podrá indicar que continúe el tratamiento en el domicilio del Asegurado, si su internamiento en este régimen de hospitalización ya no es indispensable.

URGENCIA

La urgencia vital será atendida en el centro más cercano al lugar del siniestro. En caso de tratarse de un centro público o privado ajeno al Cuadro Médico, será comunicada por el Asegurado, o en su caso, por sus familiares, de forma fehaciente, en un plazo máximo de 72 horas desde el momento en que tuvo lugar el siniestro y la Aseguradora quedará vinculado con los gastos exclusivos de la urgencia vital.

Siempre que sea trasladable desde el punto de vista médico, el Asegurado será trasladado a un centro concertado con la Aseguradora.

En caso de requerir asistencia urgente no recogida en el supuesto anterior y siempre que estén cubiertas las urgencias en el producto contratado, el Asegurado podrá acudir al Servicio de Urgencias Hospitalario perteneciente al Cuadro Médico de la Provincia en que se encuentre. Esta prestación únicamente podrá recibirla en aquellas poblaciones en las que la Aseguradora tenga concertada la prestación de dicho servicio urgente.

Cuando la situación médica originada por la urgencia impida el desplazamiento al Servicio de Urgencia Hospitalario desde el domicilio, se podrá solicitar la asistencia a domicilio concertada en dicha localidad, poniéndose en contacto telefónico con el Centro de Coordinación de Urgencias Nacional indicado por la Aseguradora.

Dicha asistencia domiciliaria será facilitada únicamente en el domicilio que consta en las Condiciones Particulares y cualquier cambio del mismo habrá de ser notificado a la Aseguradora por cualquier medio fehaciente, con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio.

8. PAGO DE LA PRIMA

8.1. El Tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, lo cual se realizará por domiciliación bancaria, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca otro procedimiento.

Para el pago mediante domiciliación bancaria, el Tomador del seguro facilitará los datos del establecimiento bancario o Caja de Ahorros a la Aseguradora dando, a su vez, la orden oportuna al efecto a la entidad financiera. La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del mes siguiente al vencimiento, no existiesen fondos suficientes del obligado al pago. En este caso, se notificará el impago al Tomador del seguro por carta certificada.

Si la Aseguradora dejase transcurrir el mes siguiente al vencimiento sin haber presentado el recibo al cobro o, al hacerlo, no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquél deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima por carta certificada o medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que pueda satisfacer el importe. Este plazo se computará desde la recepción de la indicada carta o notificación en el último domicilio de pago del Tomador del seguro.

8.2. La primera prima o fracción de ella será exigible, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del seguro, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

8.3. En caso de falta de pago de la segunda y/o sucesivas primas o cualquiera de las fracciones de ésta, la cobertura de la Aseguradora quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido, sin perjuicio del derecho de la Aseguradora a resolver el contrato en cualquier momento una vez transcurrido el mes de gracia y no haya sido pagado el recibo de prima. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador del seguro pague la prima. Si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

8.4. La Aseguradora sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del seguro al Corredor no se entenderá realizado a la Aseguradora, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del seguro el recibo de prima emitido por la Aseguradora.

En caso de extinción anticipada del contrato imputable al Tomador del seguro, la parte de prima anual no consumida corresponderá a la Aseguradora.

9. ASPECTOS LEGALES DEL CONTRATO

9.1. OTRAS OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR/ASEGURADO

El Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

1. Declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario de salud que éste le presente, con veracidad, diligencia y sin reserva, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo y aportar toda la documentación que se le requiera para tal fin.

Quedará exonerado de tal deber si la Aseguradora no le somete a cuestionario alguno o, aun cuando lo haya cumplimentado, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

2. Comunicar la Aseguradora, el cambio de profesión habitual o de domicilio del Asegurado.
3. Comunicar la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente contrato, **tomando efecto las altas, el día primero del mes siguiente a la fecha de la notificación efectuada por el Tomador del seguro, y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.**
4. Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando todos los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Aseguradora, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
5. Facilitar la subrogación que a favor de la Aseguradora establecen los artículos 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.

Este derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra el cónyuge del Asegurado ni contra otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo, que convivan con el Asegurado, salvo dolo o responsabilidad amparada por un contrato de seguro hasta el límite de su alcance.

9.2. OTROS DERECHOS DEL TOMADOR/ASEGURADO

1. El Tomador del seguro podrá reclamar a la Aseguradora, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro si la hubiere o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de seguro. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.
2. El Tomador del seguro o el Asegurado podrán, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento de la Aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Asegurado.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del seguro, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

9.3. OTRAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, la Aseguradora asume el coste de la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 5 de las presentes Condiciones Generales de la Póliza y dentro de los servicios sanitarios cubiertos por la misma.

Además de asumir el coste que corresponda en cada caso, y dentro de los límites establecidos en la Póliza, de la asistencia sanitaria que los Proveedores de Servicios Sanitarios concertados, presten a los Asegurados, la Aseguradora deberá entregar al Tomador del seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda, así como un ejemplar del Cuestionario de Salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador del seguro.

La Aseguradora también entregará a cada Asegurado la Tarjeta Sanitaria, que es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del seguro y/o el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo a la Aseguradora en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, la Aseguradora procederá a emitir y enviar una nueva Tarjeta sanitaria al domicilio del Asegurado que figura en la Póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado se obligan a devolver a la Aseguradora la Tarjeta Sanitaria correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.

La Aseguradora no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la Tarjeta Sanitaria. Igualmente la Aseguradora entregará al Tomador del seguro una Guía de Servicios con especificación del Centro de Urgencia Permanente, y con las direcciones y horarios de consulta de los Proveedores de Servicios Sanitarios concertados.

El Asegurado, para recibir la asistencia sanitaria incluida en la cobertura de la póliza, podrá elegir libremente entre los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y sanatorios (proveedores asistenciales) que la Aseguradora, en cada momento, tenga concertados en toda España. La Aseguradora editará cada año natural esta relación de proveedores asistenciales agrupados por provincias a través de sus Cuadros Médicos los cuales, para determinadas especialidades, podrán contener un único prestador del servicio. Será obligación del Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de la Aseguradora la entrega del Cuadro Médico actualizado o bien, consultar los diferentes Cuadros Médicos provinciales actualizados a través de su web: www.segurcaixaadeslas.es/cuadromedico.

La Aseguradora abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia siempre que concurran todos los requisitos y circunstancias establecidos en la Póliza.

9.4. OTROS DERECHOS DE LA ASEGURADORA

1. Cuando la Aseguradora tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el Tomador del seguro o el Asegurado en la Declaración o Cuestionario de Salud con anterioridad a la suscripción de la Póliza, podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro o en su caso al Asegurado en el plazo de un mes desde que tuvo el citado conocimiento.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, salvo que el Tomador del seguro o el Asegurado hubiesen actuado con dolo o culpa grave a la hora de declarar el riesgo, en cuyo caso, pierden el derecho a la prestación garantizada.

2. En el caso de agravación del riesgo sobre un contrato ya celebrado:

- La Aseguradora puede, en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo le ha sido declarada por el Tomador del seguro y/o Asegurado, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador del seguro 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 del seguro, la Aseguradora puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador del seguro, otorgándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador del seguro la rescisión definitiva.

- La Aseguradora igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador del seguro o en su caso al Asegurado dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del seguro y/o el Asegurado no hayan efectuado su declaración de agravación del riesgo, y sobreviniera un siniestro, la Aseguradora queda liberado de su prestación si el Tomador de seguro y/ o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

9.5. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La puesta a disposición por la Compañía de Seguros de una serie de Proveedores de Servicios Sanitarios que, reuniendo los requisitos exigidos legalmente para el ejercicio de la actividad sanitaria, están interesados en pertenecer al Cuadro Médico y el derecho de libertad de elección de médico y de centro sanitario por los Asegurados, supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la Aseguradora por los actos de aquéllos, sobre los que la Aseguradora no tiene capacidad de control por la prohibición de intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. La Aseguradora es totalmente ajeno a la relación que surja entre el Asegurado y los profesionales y/o centros sanitarios.

Entre las coberturas de este contrato de seguro no se halla la responsabilidad civil derivada de la actuación de los Proveedores de Servicios Sanitarios que integran el Cuadro Médico y que prestan la asistencia sanitaria. Para cubrir precisamente ese riesgo los Proveedores de Servicios Sanitarios contratan, en su caso, y por su cuenta, un seguro de responsabilidad civil.

Los Proveedores de Servicios Sanitarios de quienes el Asegurado solicita la asistencia, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, la Aseguradora, en ningún caso, responderá de los actos y/u omisiones de los Proveedores de Servicios Sanitarios antes mencionados, siendo la relación entre éstos y los Asegurados totalmente ajena a la Aseguradora.

Para la prestación de la asistencia contratada rige el principio general de libertad de elección de facultativos de entre los que figuran en el Cuadro Médico. El Asegurado se dirigirá directamente al facultativo elegido.

9.6. PERFECCIÓN, EFECTOS Y FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

1. El contrato se perfecciona por consentimiento manifestado por la suscripción por las partes contratantes de la Póliza o del documento provisional de cobertura. El contrato de seguro y sus modificaciones no tendrán efecto mientras no se haya firmado la Póliza y satisfecho el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.

Pagada la prima si en el plazo de quince días no hubiera sido suscrita la Póliza y el Pacto Adicional, la Aseguradora podrá rescindir el contrato con devolución de la prima no consumida.

2. Este contrato ha sido concertado sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Tomador del seguro y/o el Asegurado en el Cuestionario de Salud previo, que han sido tenidas en cuenta por la Aseguradora para aceptar el riesgo y le han servido para fijar la prima.

3. El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por períodos no superiores al año.

No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con una antelación no inferior a un mes por parte del Tomador y dos meses por parte de la Aseguradora, a la fecha de conclusión del periodo de Seguro en curso.

La Aseguradora, sin embargo, no podrá oponerse a la prórroga desde la fecha de efecto del mismo, con la excepción del supuesto contemplado en el artículo 9.7.2. (indisputabilidad) y en los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del Tomador del seguro y/o Asegurado, así como de la existencia de dolo o culpa grave del Asegurado en las respuestas inexactas proporcionadas en el Cuestionario de Salud.

La renuncia de la Aseguradora a su derecho de rescisión del contrato se condiciona a la aceptación expresa o tácita por el Tomador del seguro de la variación anual de primas futuras, calculadas y comunicadas conforme a los criterios técnicos expuestos en el artículo 12 del presente contrato y a la aceptación de la variación anual de prestaciones, garantías, copagos, franquicias y reembolsos que se determinen y comuniquen conforme a los criterios expuestos en el artículo 13 del mismo.

4. Durante la asistencia o tratamiento en régimen hospitalario del Asegurado y hasta la fecha en que obtuviera el alta médica hospitalaria, la Aseguradora no podrá rescindir la Póliza, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

9.7. PÉRDIDA DE DERECHOS Y RESOLUCIÓN DEL CONTRATO, INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO Y NULIDAD DEL MISMO

9.7.1. PÉRDIDA DE DERECHOS Y RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El Asegurado pierde el derecho a la prestación:

- a. En caso de inexactitud por parte del Tomador del seguro o, en su caso, del Asegurado, a la hora de declarar el riesgo (cumplimentar el Cuestionario de Salud) antes de la suscripción de la Póliza, ya sea no respondiendo con veracidad, ya sea ocultando de manera consciente circunstancias relevantes, ya sea no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se le pidan y siempre y cuando haya mediado dolo o culpa grave del Tomador del seguro o, en su caso, del Asegurado (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).
- b. En caso de incumplimiento del deber de aminorar las consecuencias del siniestro con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Aseguradora.
- c. Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la prima en los términos y con los efectos que se indican en el artículo 6 de este contrato, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).
- d. Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado o del Tomador del seguro (artículo 19 de la Ley de Contrato de seguro).
- e. Resto de causas legalmente previstas.

9.7.2. INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

- La Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado transcurrido un año desde la perfección del contrato.
- En el momento en que la Póliza deviene indisputable, la Aseguradora pierde el derecho a resolver el contrato por reserva o inexactitud de los datos de salud comunicados por el Asegurado y, en caso de siniestro, a negar la prestación o reducirla proporcionalmente, alegando la existencia de enfermedades preexistentes consecuencia de la declaración errónea o inexacta del Tomador y/o Asegurado al cumplimentar el Cuestionario de Salud, **salvo que el Tomador del seguro y/o asegurado hayan actuado con dolo o culpa grave.**

9.7.3. NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley de Contrato de Seguro, si en el momento de su conclusión ya hubiere ocurrido el siniestro.

10. INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos

El responsable del tratamiento de sus datos personales es SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros ("SegurCaixa Adeslas") con NIF A28011864 y domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid.

SegurCaixa Adeslas ha nombrado un Delegado de Protección de Datos ante el cual podrá poner de manifiesto cualquier cuestión relativa al tratamiento de sus datos personales dirigiéndose al correo electrónico dpd@segurcaixaadeslas.es, o por escrito a la sede social con la referencia "Delegado de Protección de Datos".

2. Finalidad del tratamiento de datos personales Tratamientos obligatorios

SegurCaixa Adeslas, en su condición de aseguradora, trata datos personales, de manera automatizada y no automatizada, de distintos colectivos de afectados (Tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros, en adelante todos ellos interesados) con la finalidad de dar cumplimiento a las pólizas de seguro emitidas y sus obligaciones legales como entidad aseguradora. Esto incluye, entre otros, tratamientos como la gestión de siniestros, abono de prestaciones, y otros tratamientos necesarios para el desarrollo de la actividad aseguradora y cálculo de prima, entre otros.

Asimismo, para llevar a cabo las actualizaciones económicas de la póliza la Aseguradora podrá tratar los datos, tanto del Tomador como de los asegurados incluidos en la póliza, bien proporcionados por éstos o, en su caso, por aquel, como datos sociodemográficos procedentes de fuentes públicas, así como los obtenidos con ocasión del desarrollo de la relación de seguro.

Antes de formalizar cualquier póliza de seguros se solicitarán una serie de datos personales que serán tratados con la finalidad de realizar una simulación de la misma. El resultado de esta simulación dependerá de las condiciones personales de los asegurados y del producto o productos que deseen contratar y será realizado conforme a criterios de técnica actuarial. Para realizar esta simulación es necesario llevar a cabo un perfilado utilizando para ello, tanto los datos que nos facilite como datos obtenidos de fuentes públicas, a fin de que el cálculo resulte lo más ajustado posible a la situación personal del interesado.

Los datos personales recabados por SegurCaixa Adeslas también podrán ser utilizados para la realización de encuestas de calidad, extracción de estadísticas y/o estudios de mercado.

Adicionalmente SegurCaixa Adeslas podrá tratar datos personales para dar cumplimiento a cualquier obligación legal que le incumba, específicamente obligaciones relacionadas con la regulación del mercado de seguros, los mercados financieros, la normativa mercantil y tributaria o la regulación de la prestación de servicios de asistencia sanitaria, entre otras.

En particular, resulta obligatorio adoptar medidas efectivas para, prevenir, impedir, identificar, detectar, informar y remediar conductas fraudulentas relativas a seguros. Para ello SegurCaixa Adeslas podrá tratar los datos de sus clientes, potenciales clientes o de terceros, incluyendo datos especialmente protegidos y datos obtenidos de fuentes públicas o datos que los propios interesados hayan hecho públicos, especialmente aquellos que puedan encontrarse en redes sociales.

TRATAMIENTOS VOLUNTARIOS

También se podrán realizar otros tratamientos de datos personales que no responden a la necesidad de ejecutar un contrato o cumplir con una obligación legal y a los que el interesado podrá oponerse.

Así, siempre y cuando el interesado no se oponga y mantenga algún tipo de relación directa con SegurCaixa Adeslas, podrá recibir, por cualquier canal de comunicación, incluidos medios electrónicos, información sobre ofertas o promociones relativas a los productos contratados y sobre otros comercializados por SegurCaixa Adeslas que puedan ser de su interés. Para ello, se podrán analizar sus datos personales a fin de elaborar un perfil con los mismos que permita que dichas comunicaciones se ajusten todo lo posible a sus necesidades y preferencias. En este análisis se podrán tener en cuenta datos demográficos y de productos contratados con SegurCaixa Adeslas.

Asimismo, y en caso de que el interesado hubiese prestado específicamente el consentimiento, se podrán comunicar sus datos a la entidad financiera CaixaBank, S.A., con NIF A08663619 y domicilio en carrer Pintor Sorolla, 2-4 46002 València, y a las empresas del Grupo “la Caixa”, cuyas actividades formen parte del sector asegurador, bancario, de servicios de inversión, tenencia de acciones, capital riesgo, inmobiliario, viarias, de venta y distribución de bienes y servicios, ocio, servicios de consultoría y benéfico-sociales, todo ello con la finalidad de que puedan dirigirse, mediante cualquier medio de comunicación (postal, telefónico, electrónico, etc.), información comercial de sus productos y servicios.

PLAZO DE CONSERVACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

Los datos personales de los clientes serán conservados mientras permanezca vigente la relación contractual con el objetivo de dar cumplimiento a las finalidades ya descritas. Una vez finalice la relación contractual estos datos serán bloqueados durante el periodo en el que puedan ser necesarios para el ejercicio o la defensa en el marco de acciones administrativas o judiciales y solo podrán ser desbloqueados y tratados de nuevo por este motivo. Superado este periodo los datos serán cancelados.

Los datos personales de terceros recabados con ocasión de la gestión de un siniestro serán conservados en tanto dure dicha gestión. Una vez finalizada la misma serán bloqueados durante el periodo que resulte necesario para atender a posibles reclamaciones derivadas del siniestro. Superado este periodo los datos serán cancelados.

3. Destinatarios de los datos personales (cesiones de datos)

SegurCaixa Adeslas trata los datos personales de los interesados con la debida confidencialidad no realizando cesiones de datos a terceros salvo las indicadas a continuación y para las siguientes finalidades:

- Cumplir con los términos de las pólizas de seguro, a través de prestadores de servicios relacionados con las coberturas del seguro, entidades de seguros, reaseguro y/o coaseguro u otras entidades colaboradoras (centros y profesionales sanitarios, talleres de reparación de vehículos, profesionales o empresas de reparaciones domésticas, peritos u otros profesionales análogos), con la única finalidad de gestionar el contrato de seguro, atender, en su caso, los siniestros, así como a través de entidades financieras para girar al Tomador el recibo correspondiente a la prima u otros pagos que le corresponda realizar derivados del contrato de seguro.
- Cumplir con obligaciones legales con Administraciones, Autoridades y Organismos Públicos, incluidos Juzgados y Tribunales, cuando así lo exija la normativa reguladora del Mercado de Seguros, financiera, fiscal o cualquier otra aplicable a SegurCaixa Adeslas.
- Cumplir con el consentimiento prestado específicamente por el interesado para facilitar sus datos a CaixaBank, S.A. y las empresas del Grupo “la Caixa” con la finalidad indicada en el apartado de tratamientos voluntarios del epígrafe 2. “Finalidad de tratamiento de datos personales”.

También podrán tener acceso a datos personales los proveedores de servicios con los que SegurCaixa Adeslas mantenga una relación contractual y tengan la condición de encargados de tratamiento.

4. Derechos del interesado en relación con el tratamiento de sus datos personales

El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos en los casos y con el alcance que establezca la normativa aplicable en cada momento.

También tiene derecho a retirar el consentimiento a los tratamientos voluntarios si lo hubiera prestado y/u oponerse a recibir comunicaciones comerciales.

Para ejercer estos derechos podrá dirigirse a SegurCaixa Adeslas por alguno de los siguientes canales:

- Correo postal adjuntando fotocopia de su D.N.I. o documento equivalente dirigido a: “Tramitación Derechos de Privacidad” en el Paseo de la Castellana 259C - 6ª Planta – Torre de Cristal, 28046 Madrid.
- Dirigiéndose presencialmente a cualquiera de las delegaciones de SegurCaixa Adeslas.

Se le informa, asimismo, de su derecho a presentar una reclamación derivada del tratamiento de sus datos personales ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Si tiene cualquier duda en relación con el ejercicio de sus derechos puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de SegurCaixa Adeslas. Encontrará los datos y canales de contacto en el apartado 1. “Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos”.

5. Origen de los datos

Los datos de los interesados pueden ser facilitados a SegurCaixa Adeslas por el propio interesado o el Tomador de la póliza de seguro en cualquier momento de la relación (precontractual y contractual) con SegurCaixa Adeslas con las finalidades que se describen en el apartado 2. “Finalidad del tratamiento de datos personales”. Además, en el marco de la gestión de las pólizas suscritas y, en su caso, la atención de siniestros, se pueden recibir datos personales de los Tomadores, asegurados y terceros, incluso a través de las entidades prestadores de los servicios objeto de cobertura por las pólizas (centros y profesionales sanitarios, talleres de reparación de vehículos, profesionales o empresas de reparaciones domésticas, peritos u otros profesionales análogos).

El interesado será responsable de la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados a SegurCaixa Adeslas quien se reserva el derecho de rectificar o suprimir los datos falsos o incorrectos sin perjuicio de tomar otras acciones legales oportunas en cada caso. Cuando los datos facilitados correspondan a un tercero, el interesado tendrá la obligación de informar y obtener el consentimiento del tercero sobre los tratamientos descritos en el presente texto.

Como ya se ha indicado, se tratan también datos obtenidos de fuentes públicas de Organismos Oficiales con la finalidad de complementar la información facilitada por el interesado durante el proceso de contratación del seguro.

También, como ya se ha indicado, se podrán tratar datos hechos públicos por los interesados con la finalidad de adoptar las medidas que sean necesarias para prevenir conductas fraudulentas relativas a seguros. En particular SegurCaixa Adeslas podrá tratar datos obtenidos de perfiles públicos en redes sociales de los interesados con esta finalidad.

11. COMUNICACIÓN Y JURISDICCIÓN

11.1. Las comunicaciones a la Aseguradora por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la Póliza, pero si se realizan a un agente representante de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, conforme el artículo 21 de la Ley.

Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro o al Asegurado, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a aquélla.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

11.2. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado.

12. PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse.

13. BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRIMAS, GARANTÍAS Y PRESTACIONES

La Aseguradora, cada nueva anualidad de seguro, podrá:

- Actualizar el importe de las Primas.
- Actualizar el importe correspondiente al copago o participación del Asegurado en el coste de los servicios.
- Actualizar el importe de las Franquicias.

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la Prima anual se establecerá de acuerdo con la zona geográfica correspondiente al domicilio de la prestación y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de Primas que la Aseguradora tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las Primas.

Estas actualizaciones de Primas, copagos y franquicias se fundamentarán en los cálculos técnicoactuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financieroactuarial del Seguro, del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato u otros hechos de similares consecuencias.

Dos meses antes de la renovación del seguro la Aseguradora comunicará por escrito al Tomador de la póliza la prima prevista para la próxima anualidad.

El Tomador del Seguro al recibir la notificación de estas actualizaciones de Primas, copagos y franquicias para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del Contrato de Seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente a la Aseguradora su voluntad en tal sentido.

Se entenderá renovado el contrato con las nuevas condiciones económicas, en el caso de que el Tomador no comunique a la Aseguradora su voluntad de poner término al contrato antes de que haya transcurrido un mes, desde el día en que el Tomador haya satisfecho la primera prima de la anualidad siguiente en la que regirán las nuevas condiciones económicas.

14. ESTADO Y AUTORIDAD DE CONTROL DE LA ASEGURADORA

El control de la actividad de la Aseguradora corresponde al Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

15. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN Y CONTRATACIÓN A DISTANCIA

15.1. El Tomador del Seguro, el Asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados 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.

A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia, la Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando éstas no hubiesen sido resueltas a su favor por 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 o direcciones de correo electrónico que tenga habilitadas para tal fin, los datos de contacto de este servicio son: Torre de cristal, Paseo de la Castellano 259C, 28046 Madrid.

El SAC acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de presentación de la misma.

15.2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

15.3. 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.

16. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE HOSPITALIZACIÓN

Las Condiciones Generales de la Póliza de asistencia sanitaria son de aplicación en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen, así como las cláusulas limitativas que en dichas condiciones se recogen.

16.1. DEFINICIONES

Hospitalización: Ingreso del Asegurado en un centro hospitalario por un periodo de tiempo superior a 24 horas.

16.2. OBJETO DEL SEGURO

- Riesgos Cubiertos.

Por la presente garantía la Compañía se obliga, dentro de los límites y condiciones estipuladas en la presente póliza, a pagar la indemnización diaria especificada en las Condiciones Particulares de la póliza al Asegurado cuando a consecuencia de enfermedad o accidente el Asegurado deba permanecer hospitalizado.

En caso de siniestro, el periodo de devengo del proceso, ya sea de un modo consecutivo o en periodos con intervalos de salud, se establece en un máximo de 90 días para aquellos ingresos hospitalarios de carácter quirúrgico, y un máximo de 30 días para el resto de casos en los que el Asegurado deba permanecer hospitalizado.

En ningún caso el Asegurado podrá devengar un periodo de indemnización superior a 90 días por un mismo proceso.

- Riesgos Excluidos.

Serán de aplicación las exclusiones detalladas en el Condicionado General del seguro de Asistencia Sanitaria y las siguientes causas de hospitalización:

- Hospitalizaciones para el diagnóstico y/o tratamiento de afecciones no orgánicas, que permitan filiar o tratar la esterilidad, y aquellas de carácter estético o reparador salvo si la intervención es médicamente necesaria para la recuperación funcional.
- Afecciones mentales y/o nerviosas de causa no orgánica.

16.3. PERIODO DE CARENIA

La cobertura de la presente garantía comenzará transcurridos DIEZ MESES desde la toma de efecto de este contrato para cada uno de los asegurados incorporados a la póliza, **excepto para los casos de accidente en que los derechos serán inmediatos.**

16.4. FRANQUICIA

En el caso de que la edad del Asegurado en el momento del siniestro no supere los 14 años de edad se le aplicará un periodo de franquicia de 7 días durante los cuales no tendrá derecho el Asegurado a percibir el subsidio.

16.5. DURACIÓN

La duración de la presente garantía va ligada a la duración del seguro de Asistencia Sanitaria de la que es complemento. **No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con una antelación no inferior a un mes por parte del Tomador y dos meses por parte de la Aseguradora, a la fecha de conclusión del periodo de Seguro en curso.**

La garantía se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de 65 años.

16.6. TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

Para la tramitación del siniestro se aplicarán las siguientes normas:

A los efectos del devengo de la indemnización diaria, deberá presentarse escrito del médico que lo asiste y del centro hospitalario, en el que figure el nombre del enfermo, establecimiento sanitario donde haya ingresado, naturaleza del ingreso y médico que lo asiste. Para las altas será necesario acreditar la fecha de alta del centro asistencial.

En todo caso y para todos los supuestos la Aseguradora podrá solicitar cuantos documentos y certificados considere precisos para la justificación de los siniestros, debiendo ser suministrados a la misma por cuenta del Tomador, Asegurado o Beneficiario, pudiendo la Aseguradora disponer las visitas de inspección que estime convenientes para comprobar el estado del Asegurado, siempre que no se opongan los médicos que lo asistan.

La Aseguradora pagará la indemnización dentro del plazo máximo de los siete días siguientes a la notificación de la fecha del alta.

17. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ACCIDENTES

Las Condiciones Generales de la Póliza de asistencia sanitaria son de aplicación en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen, así como las cláusulas limitativas que en dichas condiciones se recogen.

17.1. DEFINICIONES

Accidente: Lesión corporal, objetivamente comprobable que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del Asegurado.

17.2. OBJETOS DEL SEGURO

- Riesgos Cubiertos.

La Aseguradora pagará a los beneficiarios designados el capital indicado en las Condiciones Particulares si en el plazo de un año, a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto por la presente garantía.

- Riesgos Excluidos.

Serán de aplicación las exclusiones detalladas en el Condicionado General del seguro de Asistencia Sanitaria y los fallecimientos cuya causa sea:

- Actos dolosos que sean cometidos por el Asegurado y/o Beneficiario, o con su cooperación.
- El infarto de miocardio aún cuando fuera declarado accidente por resolución o sentencia administrativa o judicial a otros efectos legales.
- Las consecuencias de enfermedades u operaciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.
- La muerte producida a personas de edad inferior a 14 años o incapacitadas.

17.3. ÁMBITO GEOGRÁFICO

Las garantías y/o siniestros cubiertos mediante esta póliza son de ámbito MUNDIAL.

17.4. BENEFICIARIOS

Salvo designación expresa los beneficiarios lo serán por el orden riguroso de preferencia que se indica a continuación:

1. Cónyuge.
2. Hijos supervivientes a partes iguales.
3. Padres del Asegurado, por partes iguales, o del superviviente.
4. A falta de éstos, a quien en derecho corresponda.

17.5. DURACIÓN

La duración de la presente garantía va ligada a la duración del seguro de Asistencia Sanitaria de la que es complemento. **No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con una antelación no inferior a un mes por parte del Tomador y dos meses por parte de la Aseguradora, a la fecha de conclusión del periodo de Seguro en curso.**

La garantía se extinguirá al término de la anualidad dentro de la cual el Asegurado cumpla la edad de 65 años.

17.6. TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO

Al acaecimiento del siniestro deberá presentarse en el plazo más breve posible la siguiente documentación:

- Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en el que se detallará las circunstancias y causas del fallecimiento.
- Documentos justificantes de su derecho.
- Carta de pago o exención del impuesto de sucesiones y donaciones.
- La Aseguradora se reserva el derecho de pedir otra documentación que se estime oportuna.

18. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a)** Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b)** Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

18.1. RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

- a)** Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b)** Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c)** Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. Riesgos excluidos

- a)** Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b)** Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c)** Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d)** Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.
- e)** Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f)** Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g)** Los causados por mala fe del asegurado.
- h)** Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i)** Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

18.2. COMUNICACIÓN DE DAÑOS AL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 ó 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.conorseguros.es).
3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.





ORS59_E016_1301_2018



902 200 200
www.AdeslasSegurcaixa.es

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio M-658265.