

Assistència Rèem

Condiciones Generales



ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS

SEGURO MIXTO DE ASISTENCIA SANITARIA CON COBERTURA DE SERVICIOS COMPLETOS CON
ACCESO AL CUADRO FACULTATIVO, MÁS UNA GARANTÍA DE LIBRE ELECCIÓN MEDIANTE EL
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

PÓLIZA DE SERVICIOS COMPLETOS CON REEMBOLSO

Registro Mercantil de Barcelona, volumen 1063, folio 142, libro 546, sección anónima, CIF: A-08169526

www.asc.cat

asc@asc.cat

Condiciones generales

Cláusula primera: legislación aplicable

La presente Póliza se rige por lo convenido por las partes en las Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares, así como por los Anexos y Suplementos de la misma.

En caso de discrepancia entre lo establecido en las Condiciones Generales y las Condiciones Particulares, las Condiciones Particulares prevalecerán sobre las Condiciones Generales.

La presente Póliza está sometida, salvo respecto a aquellas cláusulas que sean más beneficiosas para el Asegurado, a lo establecido en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro (en adelante, la "LCS"), la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, a la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales así como a las modificaciones y adaptaciones que se produzcan de las anteriores, a sus reglamentos así como a cualquier otra legislación que sea de aplicación durante la vigencia de la Póliza.

De conformidad con lo establecido en el art. 3 LCS las condiciones generales y particulares han sido redactadas de forma clara y precisa para una fácil comprensión por parte del Tomador y/o Asegurado/s. Aquellas cláusulas susceptibles de poder llegar a ser consideradas limitativas de los derechos de los Asegurados han sido especialmente destacadas en negrita y deben ser específicamente aceptadas por el Tomador.

Corresponde al Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital de España, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control de la actividad aseguradora de Asistencia Sanitaria Colegial, SA de Seguros, registrada con el nº C-416.

Cláusula segunda: definiciones

A los efectos de este Contrato se entiende por:

Accidente: La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Asegurador: ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SA DE SEGUROS, quien, después de la emisión de la Póliza y el cobro de la correspondiente Prima, asume el riesgo contractualmente pactado.

Asegurado: Cada una de las personas físicas designadas en las **Condiciones Particulares** sobre las cuales se establece la Póliza y a quien corresponde recibir las prestaciones del seguro y quien, en defecto del Tomador, asume las obligaciones derivadas de la Póliza.

Citostáticos: Sustancia capaz de inhibir o impedir la evolución de la neoplasia, restringiendo la maduración y proliferación de células malignas, actuando sobre fases específicas del ciclo celular y por ello es activo respecto a células que se encuentran en proceso de división.

Condiciones Generales: Conjunto de cláusulas que recogen las condiciones básicas de la relación contractual aplicables a los contratos de la misma modalidad.

Condiciones Particulares: Conjunto de cláusulas en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Cuadro Médico/Lista de Facultativos y Servicios: Relación publicada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por la Entidad. Los datos que figuran en el Cuadro Médico pueden sufrir variación, por lo que se recomienda que, ante cualquiera contingencia se consulte con la Entidad o se revise su página web.

Cuestionario de Salud: Declaración realizada por el Tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve al Asegurador para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

Enfermedad: Alteración del estado fisiológico que se manifiesta por síntomas característicos, cuyo diagnóstico y confirmación se efectúe por un médico.

Se considera una misma enfermedad todas las lesiones y secuelas derivadas de un mismo siniestro, así como todas las afecciones debidas a las mismas causas o a causas relacionadas.

Si una afección se debe a una misma causa que produjo una enfermedad anterior, o a causas relacionadas con ellas, incluyendo secuelas y complicaciones derivadas de la anterior, la enfermedad será considerada como una continuación de la anterior y no como una enfermedad distinta.

Enfermedad Preexistente: Enfermedad que ya fue diagnosticada y/o tratada; que dio lugar a consulta por un médico; o que produjo los primeros síntomas antes de la fecha de efecto de la Póliza.

Hospital: Establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios materiales y personales adecuados para efectuar diagnósticos o intervenciones quirúrgicas y atendido por médicos y personal sanitario las 24 horas del día.

A los efectos de esta Póliza no se considerarán hospitales los hoteles, asilos, residencias, casa de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas al tratamiento de los ancianos, enfermos crónicos, incapacitados, drogadictos y/o alcohólicos.

Hospitalización: Supuesto por el que una persona figure inscrita en un hospital como paciente y que permanezca ingresada más de veinticuatro horas o en régimen de ambulatorio.

Inmunoterapia o terapia biológica: Terapia utilizada con la finalidad de estimular o inhibir el sistema inmunitario, ayudando de esta manera al cuerpo a combatir el cáncer. Algunos tipos de inmunoterapia sólo se dirigen a ciertas células del sistema inmunitario mientras que otras le afectan en general.

Inhibidores enzimáticos y/o moleculares: Sustancia que impide la acción de una enzima y/o molécula, bloqueando procesos celulares concretos. En el tratamiento del cáncer, los inhibidores enzimáticos y/o moleculares se pueden utilizar para impedir la acción de enzimas y/o moléculas específicas que las células cancerosas necesitan para su supervivencia.

Interés: EL del ASEGURADO, al eludir el daño económico que le ocasionaría asumir las prestaciones derivadas del riesgo enfermedad dentro de los límites pactados.

Período de Carencia: El período de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de entrada en vigor de la Póliza y la fecha en la que el Asegurado podrá disfrutar de las prestaciones concretas. Durante el Plazo de Carencia al Asegurado no se le prestarán las coberturas o servicios indicados en la Póliza.

Plazo de vigencia: Período de tiempo que media entre la fecha de inicio y la fecha de finalización de la cobertura.

Póliza: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la Póliza: las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, los Suplementos o Anexos que se emitan de la misma para complementarla o modificarla.

Prima: El precio del seguro. Incluirá, además, los recargos e impuestos que, en cada momento, sean repercutibles.

Proceso médico: Conjunto de procedimientos médicos que engloba todas las fases relacionadas con una enfermedad o condición de salud, incluyendo la identificación (diagnóstico), la aplicación del tratamiento correspondiente y, si procede, el ingreso hospitalario y la rehabilitación del paciente.

Riesgo: La salud del Asegurado y su asistencia sanitaria en los supuestos de enfermedad, dentro de los límites pactados en la Póliza.

Siniestro: Hecho previsto en la Póliza cuyo riesgo es objeto de cobertura y que, una vez ocurrido, da lugar a la prestación al Asegurado de la asistencia sanitaria por parte del Asegurador o el reembolso de los gastos de la asistencia médico-quirúrgica tanto en España como en el extranjero.

Servicios: Cada una de las prestaciones en que se materializa la asistencia médica o quirúrgica cuyo Riesgo asume el Asegurador y que figuran descritas en las Condiciones Generales o las Condiciones Particulares.

Soporte Duradero: Aquél que permite guardar, recuperar fácilmente y reproducir sin cambios la Póliza y cualquier otra información relacionada con el mismo, ya sea en papel o en cualquier otro medio inalterable.

Suma asegurada: Cuantía máxima a pagar por el ASEGURADOR por cada uno de los conceptos estipulados en las **Condiciones Generales y/o Particulares** de la póliza.

Se pueden establecer límites parciales inferiores al importe total máximo de la Suma Asegurada.

Tarjeta del Asegurado: Documento propiedad de ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SA DE SEGUROS que se entrega a cada asegurado y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador y/o Asegurado, tienen la obligación de comunicarlo a la aseguradora en el plazo de setenta y dos horas.

Terapia génica o genética: Incluye un principio activo que contiene un ácido nucleico recombinante o constituido por él, utilizado en seres humanos, o administrado a los mismos, con objeto de regular, reparar, substituir, añadir o eliminar una secuencia

génica. El efecto terapéutico, profiláctico o diagnóstico depende directamente de la secuencia del ácido nucleico recombinante que contenga o del producto de la expresión genética de dicha secuencia.

Tomador: El Tomador del seguro es la persona física o jurídica que suscribe por cuenta propia o ajena la Póliza con el Asegurador y a quién corresponden las obligaciones y deberes que de la misma se deriven, salvo que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Urgencia: El proceso urgente e inmediato que no puede esperar a la atención de los servicios ordinarios del Asegurador ya que podría derivar en un compromiso para la vida o un daño irreparable a la integridad física del Asegurado.

Cláusula tercera: objeto del seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza y previo pago de la Prima por el Tomador, el Asegurador se compromete a proporcionar al Asegurado la asistencia médica y/o quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades dentro de los términos y límites establecidos en la Póliza durante el período de vigencia de la Póliza y que se concretan en el Cuadro Médico en la Descripción de los Servicios y demás Anexos o Suplementos de la Póliza, o bien, a reembolsar los gastos, usuales y razonables de la citada asistencia médico-quirúrgica, hasta los límites estipulados en el Anexo II de las Condiciones Generales.

Por tanto las garantías del presente Contrato de seguro se otorgan bajo dos modalidades:

a) Prestación de servicios con la Lista de facultativos: La asistencia médica y/o quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades dentro de los términos y límites establecidos en la Póliza durante el período de vigencia de la Póliza y que se concretan en el Cuadro Médico, en el Anexo I-Descripción de los Servicios- y otros anexos o suplementos de la Póliza.

En la modalidad de prestación de servicios en ningún caso se pueden conceder indemnizaciones optativas en metálico en substitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

b) Reembolso de gastos médicos y hospitalarios, usuales y razonables producidos con profesionales no pertenecientes a la Lista de Facultativos, tanto en España como en el extranjero, referidas a servicios que podrían estar cubiertos en la modalidad de prestación de servicios.

En ningún caso el asegurador reembolsará gastos generados en centros u hospitales de titularidad pública o del Listado de Facultativos.

Excepcionalmente, el Asegurado podrá solicitar la combinación, en un mismo proceso médico, del uso de la prestación de servicios con Lista de facultativos, con el sistema de reembolso. Esta utilización conjunta requerirá, en todo caso, de la autorización previa y por escrito del Asegurador y estará sujeta al cumplimiento de las condiciones establecidas para cada una de las modalidades asistenciales contempladas en esta Póliza.

En este seguro no son asegurables las personas mayores de 65 años. No obstante, los ASEGURADOS que alcancen esta edad durante la vigencia del Contrato mantendrán la cobertura hasta la finalización de la anualidad del seguro en que cumplan los 65 años. Una vez finalizada esta anualidad, la cobertura continuará, exclusivamente en la modalidad de prestación de servicios con Lista de facultativos y centros propios y/o concertados, *nunca en reembolso de gastos.*

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la Póliza.

Cláusula cuarta: descripción de la cobertura

Las coberturas de la presente Póliza se describen y concretan en las Condiciones Particulares, los Anexos y Suplementos que forman parte de esta Póliza.

El Asegurador entregará al Asegurado la "Lista de facultativos" del Cuadro Médico en la que figuran, además de la relación de médicos y de especialistas, los servicios de urgencia, los servicios de enfermería, las sociedades autorizadas a prestar servicios asistenciales, los centros de hospitalización a utilizar en la provincia de Barcelona y un extracto de las normas de utilización de los servicios contratados.

Asimismo, el Asegurador entrega la red nacional de entidades colaboradoras que prestan asistencia sanitaria en toda España.

Cláusula quinta: exclusiones

Quedan excluidos de la cobertura de la Póliza las prestaciones y riesgos siguientes:

1. Las enfermedades, lesiones o defectos físicos ya existentes en el momento de asegurarse (incluyendo consecuencias y secuelas), salvo que se declaren en el

"Cuestionario de Salud" y sean expresamente aceptadas por el Asegurador.

2. Las epidemias declaradas oficialmente.

3. Los causados por los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos, maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.

4. Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y/o tumulto popular o conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra.

5. Los derivados de hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.

6. En general los riesgos de carácter extraordinario cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros, de acuerdo con su Estatuto legal.

7. Los que guarden relación directa o indirecta con explotaciones nucleares o radioactivas que se hallen cubiertos por el Seguro de Riesgo Nuclear.

8. Quedan excluidos en todos los casos de hospitalización los siguientes gastos: los gastos por uso de teléfono, televisión y otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.

9. La asistencia derivada de la atención de patologías producidas por la participación del Asegurado en actividades profesionales o deportivas que impliquen elevada peligrosidad, ya sea como profesional o aficionado, tales como: actividades subterráneas, subacuáticas, aéreas, vehículos a motor, embarcaciones, boxeo, troteo, hípica, equitación, etc., y cualquier otra de naturaleza análoga.

10. La cirugía y tratamientos estéticos, sus secuelas y las cirugías y tratamientos consecuencia de unas u otros.

11. Análisis y otras exploraciones que se precisen para la expedición de certificados, emisión de informes y libramiento de cualquier tipo de documento médico que no tenga una clara función asistencial.

12. Los medios de diagnóstico y técnicas de tratamiento que no sean práctica habitual en el sistema sanitario público.

13. Los empastes y las prótesis dentales, la ortodoncia y la endodoncia y la colocación de implantes, así como las pruebas previas para realizar estos tratamientos.

14. El psicoanálisis, la hipnosis, la psicoterapia individual o de grupo, los test psicológicos, sofrología, narcolepsia ambulatoria y tratamiento por drogadicción o alcoholismo.

15. La fisioterapia de mantenimiento y ocupacional, así como la rehabilitación de enfermedades crónicas cuando se hayan estabilizado las lesiones.

16. Las ortesis, así como los productos ortopédicos y anatómicos.

17. Las estancias en asilos, curas de reposo, tratamientos balneoterápicos aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros hospitalarios a consecuencia de tratamientos dietéticos para adelgazar o engordar.

18. La hospitalización fundada en problemas de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliar o ambulatoria.

19. Los chequeos o exámenes de salud.

20. Las terapias alternativas como la homeopatía y la acupuntura.

21. La cirugía robótica.

22. Las cirugías experimentales y los tratamientos no reconocidos por la ciencia médica.

23. La dermatología cosmética.

24. La cirugía refractiva.

25. La atención médica prestada en el contexto de disciplinas que no estén contenidas en la lista de especialidades oficiales, vigente y publicada por los Ministerios de Educación y de Sanidad.

26. La medicina regenerativa, la biológica. Los tratamientos con inmunoterapia o terapia génica.

27. En los tratamientos oncológicos, la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, las terapias celulares o genéticas, los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraabdominal, la terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos y/o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación. Además quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales y de uso compasivo, así como los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados. Quedan también excluidos todos los tratamientos no contemplados

expresamente en el apartado de inclusiones de la cobertura de quimioterapia.

28. Se excluye la terapia teragnóstica

29. Excluida la protonterapia

También quedan excluidas las siguientes prestaciones de la cobertura de la Póliza, salvo que se incluyan expresamente en las Condiciones Particulares:

1. La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por accidentes de trabajo o enfermedad profesional según su legislación específica.
2. La asistencia sanitaria por daños a personas, en los supuestos de aseguramiento obligatorio del texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.
3. La medicina preventiva.
4. El diagnóstico y tratamientos de esterilidad, planificación familiar y técnicas de reproducción asistida.
5. Prótesis internas, esqueléticas y cardiovasculares; material de osteosíntesis, material de artrodesis y lentes intraoculares
6. El trasplante de órganos, tejidos y precursores hematopoyéticos.
7. Las pruebas de detección precoz de enfermedades congénitas salvo las descritas en la Cláusula Cuarta: Descripción de los servicios y demás Anexos y Suplementos.
8. Consejo genético.
9. La medicación a pacientes no hospitalizados, en hospital de día (excepto tratamientos oncológicos en los términos especificados en el apartado 11 de Descripción de Servicios) o domiciliaria.
10. Los tratamientos con CPAP a domicilio.
11. Quedan excluidos en todos los casos de hospitalización:
 - Los gastos consecuencia de revisiones o tratamientos preventivos.
 - La pensión completa del acompañante.
12. Servicio de fisioterapia a cargo de técnico fisioterapeuta.
13. En rehabilitación y recuperación funcional se excluyen los procesos que precisen terapia educativa, como la educación para el lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psiquiátrica.
14. Podólogo (callista).
15. El traslado en ambulancia.
16. Hemodiálisis, riñón artificial y diálisis peritoneal.
17. No están comprendidas en la cobertura de la póliza, mientras no consten expresamente, las técnicas de diagnóstico o terapéuticas que vayan apareciendo o aplicándose en el espectro asistencial de la medicina.

Cláusula sexta: período de carencia

Todos los servicios cubiertos por la presente Póliza serán atendidos desde el momento de entrada en vigor de la Póliza, **excepto los servicios cuyos Períodos de Carencia se enumeran a continuación, tanto en la modalidad de prestación de servicios como en la modalidad de reembolso de gastos médicos y hospitalarios:**

- SEIS MESES para:

- Técnicas especiales de diagnóstico.
- Técnicas especiales terapéuticas.
- Banco de sangre y plasma.
- Oxigenoterapia.
- Litotricia renal.
- Diagnóstico precoz del cáncer de mama mediante mamografía.
- Técnicas invasivas de diagnóstico prenatal (amniocentesis, etc.).
- Educación maternal y preparación al parto.
- Tratamiento de logopedia infantil.
- Tratamiento de foniatría.
- Las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización por cualquier motivo o de cualquier naturaleza.
- La asistencia a partos.
- Prótesis.

Los casos de ingresos médicos y/o quirúrgicos de Urgencia, los partos prematuros y los partos distócicos de Urgencia serán cubiertos sin tener en cuenta los posibles plazos de carencia, de acuerdo con lo convenido en las Condiciones Particulares y Generales de esta Póliza.

Cláusula séptima: prestación y utilización de los servicios

En caso de Sinistro, con carácter general, el Asegurado deberá optar entre una de las siguientes coberturas:

A) PRESTACIÓN DE SERVICIOS. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS CONCERTADOS

La asistencia se prestará de acuerdo con los principios y normas que se describen a continuación.

El ejercicio de los derechos garantizados por la Póliza es personal e intransferible para el Asegurado.

1. Se conviene la libre elección por el Asegurado amparado por esta Póliza de cualquier médico que figure en la "Lista de facultativos" del Cuadro Médico del Asegurador.
2. Suscrita la Póliza, el Asegurador hace entrega al Asegurado de la tarjeta acreditativa de su condición y se deberá exhibir al utilizar los servicios junto con el Documento Nacional de Identidad, las personas obligadas a poseerlo, si le es requerido.
3. La tarjeta de Asegurado es el medio de acreditar la condición de Asegurado, de registro de los actos practicados.
4. El Asegurado deberá firmar el recibo acreditativo del servicio recibido y le será entregada una copia como comprobante.
5. Los servicios de asistencia amparados en esta Póliza se prestarán exclusivamente en todo el territorio nacional por los profesionales, las sociedades autorizadas y los centros que figuran en la "Lista de facultativos" del Cuadro Médico del Asegurador, en los consultorios indicados.
6. **El Asegurador se obliga a prestar los servicios domiciliarios únicamente en el domicilio que figura en la Póliza.**
7. El Asegurador se compromete a prestar asistencia sanitaria al Asegurado desplazado a cualquier provincia del territorio nacional, tanto en las capitales como en las localidades en que existan centros concertados, según la relación que figura en la red nacional de entidades colaboradoras.
8. Los médicos de Medicina General y Pediatría de cabecera son de libre elección por el Asegurado de entre los que figuran inscritos en la "Lista de facultativos" del Cuadro Médico. Las visitas domiciliarias se efectuarán únicamente cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, éste no pueda trasladarse al consultorio del facultativo.
9. El Asegurado, previo concierto de hora de visita, puede acudir a la consulta del médico especialista elegido, **salvo en aquellas especialidades que, por su propia naturaleza, necesitan de la petición escrita de un facultativo del Asegurador y/o la previa autorización escrita del Asegurador según normas que constan en la "Lista de facultativos" del Cuadro Médico y salvo aquellos casos que sean Urgencias.**
10. **Todos los servicios de asistencia amparados en esta Póliza están supeditados a su procedencia en base a criterios médicos (protocolos y guías de práctica clínica) fundamentados en la evidencia científica y con relación a su beneficio para el diagnóstico, seguimiento y/o tratamiento de las patologías.**

Existen ciertos servicios especiales que necesitarán, además de la petición escrita de un médico de la "Lista de facultativos" del Cuadro Médico, la autorización extendida por los servicios administrativos del Asegurador.

11. En cualquier caso, el Asegurador se reserva el derecho a modificar los circuitos administrativos y los criterios de autorización de los servicios en aras de una mayor eficacia y equidad en la cobertura, teniendo en cuenta los avances científicos que se vayan produciendo, de los que se informará debidamente al Tomador.
12. La hospitalización será ordenada por un médico de la "Lista de facultativos" del Cuadro Médico mediante escrito en el que figure el motivo de internamiento, intervención o asistencia a realizar y previsión del número de estancias. Este escrito deberá ser presentado en las oficinas del Asegurador para la correspondiente autorización.

El Asegurador otorgará esta confirmación salvo que entendiéndose que es una prestación no cubierta por la Póliza. La confirmación vinculará económicamente al Asegurado.

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, en los casos de urgencia será suficiente a estos efectos la orden del médico, **aunque el Asegurado debe solicitar la autorización del Asegurador durante las setenta y dos horas siguientes al ingreso en la institución hospitalaria o inicio de la prestación del servicio asistencial para poder beneficiarse de la cobertura.**

En estos supuestos de urgencia, el Asegurador quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico por entender que la Póliza no cubre la hospitalización.

En ningún caso se aceptarán como motivos de permanencia problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.). La permanencia en clínica de un enfermo estará condicionada al criterio exclusivo del médico de la "Lista de facultativos" del Cuadro Médico del Asegurador, quien podrá indicar y/o continuar el tratamiento en el domicilio del Asegurado según su criterio profesional.

Cuando un enfermo, a su ingreso en clínica, decida ocupar una habitación de precio superior al de la que facilite el Asegurador, correrá de su cuenta el abono de la diferencia que su decisión ocasionare.

Hecha la indicación de alta en clínica de un enfermo por el facultativo del Asegurador, si el Asegurado decidiera prolongar los días de hospitalización, los gastos ocasionados a partir del alta quedan excluidos de la cobertura de la Póliza y deberán ser abonados íntegramente por el Asegurado.

13. Para requerir cualquier servicio de urgencia deberá solicitarse o acudir al Centro o Centros de Urgencia Permanente que tiene establecido el Asegurador y cuyos teléfonos y direcciones figuran en la "Lista de facultativos" del Cuadro Médico entregada al Asegurado.

14. El Asegurador no se hará cargo del coste de ninguna prestación asistencial sanitaria si no lo autorizó previamente y siempre como consecuencia de indicación escrita de un médico. Se exceptúan las prestaciones de carácter urgente, **siempre que se sometan a la autorización del Asegurador dentro del plazo de setenta y dos horas**, contadas a partir de la fecha en que se iniciaron. **Se deberán, pues, justificar tales urgencias ante el Asegurador, dentro del indicado plazo. Después de este plazo no se aceptará ninguna reclamación con cargo al Asegurador.**

15. Es potestativo de cualquier facultativo del Asegurador el cobro de honorarios devengados por la expedición de certificaciones, emisiones de informes y libramiento de cualquier otro tipo de documento propio de su profesión que no tenga una clara función asistencial.

16. La "Lista de facultativos" del Cuadro Médico válida es la última revisión actualizada que estará a disposición del Asegurado. Dada la complejidad de servicios y el número de facultativos del Asegurador, los datos que figuran en la Lista del Cuadro Médico pueden sufrir variación por lo que se recomienda que, ante cualquier duda o contingencia, se consulte directamente al Asegurador o a través de su web: www.asc.cat.

A efectos aclaratorios, todos aquellos médicos y centros concertados que consten en la "Lista de Facultativos" en la fecha que se solicite la asistencia prestarán sus servicios por medio de la modalidad de "Prestación de Servicios. Utilización de los servicios concertados" y el Asegurador abonará directamente al médico y/o a los centros concertados los gastos que se hayan producido con motivo de la asistencia, siempre y cuando se cumplan todos los requisitos de esta póliza. En ningún caso el Asegurador reembolsará al Tomador y/o Asegurado los gastos facturados por médicos y/o centros concertados de la "Lista de Facultativos".

B) REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALARIOS Y TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO

El Asegurador reembolsará al Asegurado los gastos razonables y usuales, según la ciencia médica por los servicios médicos y hospitalarios de los riesgos cubiertos y no excluidos de la Póliza, con los siguientes límites:

1. Suma asegurada

El límite máximo que asumirá la Entidad por ASEGURADO por todos los gastos originados en una anualidad del seguro o por un mismo proceso en diversas anualidades será de: 200.000 euros.

2. Reembolso

El reembolso de los gastos garantizados y justificados en que incurra el Asegurado en el extranjero, estarán cubiertos por el ASEGURADOR en un 80% y un 90% en el extranjero y con el límite parcial máximo que se desarrolla en el siguiente punto. El importe restante será a cargo del Asegurado en concepto de franquicia.

3. Límites parciales

Se establecen los límites parciales máximos cubiertos por el Asegurador en el Anexo II.

4. Tramitación en caso de siniestro

a) El Asegurado o la persona designada por él, deberá comunicar la prestación utilizada en el plazo máximo de siete días desde que se produjo.

b) El TOMADOR, o en su caso, el ASEGURADO deberá presentar al Asegurador la siguiente documentación para que este pueda realizar el correspondiente reembolso de gastos médicos:

- Impreso de solicitud de reembolso de gastos debidamente cumplimentado. La parte relativa a la enfermedad o accidente, así como la prescripción de exploraciones

complementarias de diagnóstico, prescripción de tratamientos, intervenciones quirúrgicas, ingresos y hospitalizaciones garantizadas.

Será preciso cumplimentar una solicitud de reembolso de gastos por cada episodio asistencial y/o acto médico.

- Original de las facturas oficiales de los gastos de la asistencia extrahospitalaria y hospitalaria que ocasione el ASEGURADO, así como sus correspondientes recibos de confirmación de pago.

Las facturas deberán tener como mínimo los siguientes datos: Nombre del enfermo/paciente, al que se le ha prestado la asistencia, prestación realizada (consulta, pruebas, intervenciones, etc.), fechas en las que se ha realizado la prestación, identificación de la persona física y/o jurídica que ha realizado la asistencia, (DNI, NIF, número de colegiado), justificación y forma en que se ha realizado éste (metálico, tarjeta), informe médico original de las prestaciones recibidas. En las pruebas diagnósticas y consultas a diversos especialistas por un mismo proceso, será necesario un informe médico de las causas que motivan dicha necesidad asistencial.

En las hospitalizaciones o intervenciones, junto con el informe médico establecido en el párrafo anterior, deberá presentarse un informe de alta hospitalaria con indicación del seguimiento post-hospitalario requerido.

c) El TOMADOR Y/O ASEGURADO deberán permitir en todo momento que los médicos designados por el ASEGURADOR visiten al ASEGURADO y realicen cuantas averiguaciones o comprobaciones consideren oportunas.

d) El ASEGURADO deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico y deberá dar al ASEGURADOR toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro. **La actuación negligente del ASEGURADO supone la renuncia al cobro de las cantidades que pudieran corresponderle por reembolso.**

e) Cuando el Asegurado presente facturas en un idioma diferente a uno de los oficiales en España, se obligará a presentar al Asegurador la traducción oficial de los documentos o informes redactados en otra lengua.

5. Forma de pago y reembolso de gastos

Cuando el ASEGURADO incurra en gastos previstos en las condiciones de la Póliza que dé lugar al reembolso, el ASEGURADOR pagará a través del medio de pago que se establezca, al TOMADOR O ASEGURADO, según proceda, la cantidad que corresponda. Una vez recibida la documentación referida en el punto cuarto y efectuadas las comprobaciones oportunas para establecer la existencia del siniestro, el ASEGURADOR, s deberá reembolsar o consignar la cantidad garantizada según las circunstancias conocidas.

El ASEGURADOR, de acuerdo con el **artículo 20 de la Ley**, incurrirá en mora cuando no haya pagado la indemnización en el plazo de **tres meses** desde que se produjo el siniestro.

Igualmente incurre en mora si no abona el importe mínimo de lo que pudiera deber dentro de los **cuarenta días** siguientes a la recepción de la declaración del siniestro.

El interés aplicable de la mora será un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente, en el momento de producirse la mora, incrementado en el cincuenta por ciento de acuerdo con el **artículo 20.4 de la Ley**.

No habrá lugar a la mora del ASEGURADOR cuando la falta de pago de la indemnización esté fundada en causa justificada que no le sea imputable.

Será causa justificada el que el ASEGURADO no cumpla las normas de tramitación de la presente Cláusula en relación con el desarrollo del siniestro.

La valoración de los gastos, o de la cantidad a reembolsar por el ASEGURADOR, se realizará en euros, al cambio oficial comprador del mercado de divisas que, en la fecha de abono por el TOMADOR O ASEGURADO de la factura de gastos médicos y/o hospitalarios de cuyo reembolso se trate, tuviere la moneda en que dicho TOMADOR O ASEGURADO hubiere efectuado el pago por la asistencia recibida.

Caso de desacuerdo sobre la naturaleza de la enfermedad y/o el importe del siniestro a reembolsar, las partes se someterán al arbitraje de Peritos Médicos, de acuerdo con el procedimiento del **artículo 38 de la Ley**.

Cláusula octava: bases de la póliza

1. La solicitud y el "Cuestionario de Salud" cumplimentados por el Tomador y/o Asegurado, así como la proposición del Asegurador, en su caso, en unión de esta Póliza, con sus **Anexos y Suplementos**, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo alcanza, dentro de los límites y condiciones estipulados, a los riesgos en la misma descritos.

2. La presente Póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador y/o Asegurado en el "Cuestionario de Salud" que le ha sometido el Asegurador con anterioridad a la formalización del seguro y que han motivado su aceptación del riesgo, la asunción por su parte de las obligaciones derivadas de la Póliza y la fijación de la Prima.

3. El Asegurador podrá rescindir la Póliza mediante declaración dirigida al Tomador, en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador y/o Asegurado, según previsión del artículo 10 LCS.

Cuando la reserva o inexactitud se hubiere producido mediante dolo o culpa grave del Tomador y/o Asegurado, el Asegurador quedará liberado de sus obligaciones en esta Póliza, según se establece en el artículo 10 LCS.

4. Si el contenido de esta Póliza difiere de la proposición de seguro, si la hubiere, o de las cláusulas acordadas, el Tomador y/o Asegurado puede reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación se estará a lo dispuesto en la Póliza, según establece el artículo 8 LCS.

5. El Tomador tiene el derecho y la obligación de firmar los documentos que integran la Póliza.

Cláusula novena: derechos del tomador y, en su caso, asegurado

1. Los que se enumeran en la "DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA" y en el Anexo de las Condiciones Particulares.

2. El Tomador y/o Asegurado tiene derecho a la confidencialidad de toda la información a que pudiera tener acceso el Asegurador relacionada con su estado de salud o enfermedad, con sus procesos y estancias en centros sanitarios.

Sus datos personales estarán garantizados y protegidos por el Asegurador como responsable de su tratamiento de acuerdo con la finalidad de la presente Póliza.

3. El Tomador y/o Asegurado podrán presentar quejas o reclamaciones al Asegurador en relación con sus derechos e intereses legalmente reconocidos que deriven de la presente Póliza, de la normativa de transparencia y protección al Asegurado o de las buenas prácticas y usos en materia aseguradora, en especial del principio de equidad contractual. Las instancias de reclamación son las siguientes:

3.1. Internas:

El Tomador y/o Asegurado pueden formular quejas y reclamaciones ante el Servicio de Atención al Cliente del Asegurador. Para facilitar la participación y colaboración de los clientes, todas las delegaciones comarcales y oficinas disponen de impresos para la formalización presencial de sus quejas o reclamaciones. También lo pueden hacer por correo en Av. Josep Tarradellas, 123-127, bajos, Barcelona 08029, o por correo electrónico: atencionalcliente@asc.cat.

Una vez iniciado el procedimiento, de conformidad con la legislación aplicable, el Asegurador procederá a acusar recibo y resolverá en el plazo legalmente establecido, de acuerdo con el procedimiento detallado en el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente. Se puede consultar un ejemplar en las oficinas del Asegurador y en su página web: www.asc.es/es/servicio-cliente.

3.2. Externas:

Una vez agotada la vía del Servicio de Atención al Cliente del Asegurador, el Tomador y/o Asegurado puede acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, situado en el Paseo de la Castellana 44, Madrid 28046, o puede presentar su queja o reclamación a través de la oficina virtual: www.dgsfp.mineco.es.

La normativa de transparencia y protección del Asegurado se encuentra recogida, en concreto, en:

- Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero.
- Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la cual se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del cliente de entidades financieras.

En todo caso, el Tomador y/o Asegurado siempre podrá acudir a la vía judicial para dirimir cualquier conflicto que tenga con el Asegurador

De acuerdo con el artículo 24 LCS, "Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la Póliza de seguro el del domicilio del Asegurado y será nulo cualquier pacto en contra".

4. En el supuesto de que la Póliza esté suscrita con varios asegurados, todo Asegurado incluido en la misma, en caso de contraer matrimonio, podrá conservar todos los derechos adquiridos y antigüedad si formaliza una nueva Póliza antes de un mes de su celebración. Transcurrido dicho plazo, perderá automáticamente todos los derechos adquiridos.

Si en la nueva Póliza se concedieran prestaciones no contenidas en el de procedencia que estuvieran sometidas a Períodos de Carencia para su utilización, se respetarán estos períodos como si de nuevo ingreso se tratara.

5. En caso de nacimiento de un hijo/a de un Asegurado, éste dispondrá de treinta días desde su nacimiento para solicitar su aseguramiento. El alta tendrá efecto el primer día del mes del nacimiento. En este supuesto no se le aplicarán períodos de carencia superiores a los que le quedasen por consumir al padre y/o madre Asegurado, tomándose la situación más favorable al nacido.

En cualquier caso, el Asegurador garantiza que el recién nacido será dado de alta como Asegurado en la Póliza durante este período de treinta días, aunque el recién nacido tuviese alguna enfermedad y/o malformación congénita. Transcurrido dicho plazo se entenderá que el Asegurado renuncia a este derecho y el Asegurador no se hará cargo de la asistencia eventualmente prestada al recién nacido.

Cláusula décima: obligaciones y deberes del tomador y, en su caso, del asegurado

1. Pago de la Prima:

- a) Tiempo de pago: El Tomador, de acuerdo con el **artículo 14 LCS**, está obligado al pago de la Prima una vez firmada la Póliza.

Irán a cargo del Tomador los impuestos y recargos que sean legalmente repercutibles en cada momento, los cuales se satisfarán junto con la Prima.

- b) Unicidad: La Prima es única y corresponde al total período de duración de la Póliza. La Prima se devenga íntegramente el primer día de vigencia de la Póliza sin perjuicio que en las **Condiciones Particulares** se puede fraccionar su pago en fracciones de Prima (o primas fraccionadas), no liberatorias.

Las primas sucesivas se deberán hacer efectivas en sus correspondientes vencimientos.

- c) Lugar de pago: Si en las **Condiciones Particulares** no se determina ningún lugar para el pago de la Prima se entiende que éste ha de hacerse en el domicilio del Tomador, según previsión del **artículo 14 LCS**.

- d) Consecuencia del impago de la primera Prima: Si por culpa del Tomador y/o Asegurado la primera Prima no ha sido pagada a su vencimiento, de acuerdo con el **artículo 15 LCS**, el Asegurador tiene derecho a resolver la Póliza o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza.

En todo caso, si la Prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca algún siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

- e) Consecuencia del impago de las Primas sucesivas: En caso de falta de pago de la Prima segunda y siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la Prima se entenderá que la Póliza queda extinguida, según dispone el **artículo 15 LCS**. La citada extinción no impedirá la reclamación de la Prima impagada en el plazo de cinco años previsto en el **artículo 23 LCS**.

Si la Póliza no ha sido resuelta o extinguida conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las **VEINTICUATRO HORAS** del día en que el Tomador o el Asegurado pague el importe de la Prima pendiente. En cualquier caso, el Asegurador, cuando la Póliza esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la Prima impagada del período en curso, de acuerdo con el **artículo 15 LCS**.

- f) Si en las **Condiciones Particulares** se han fijado primas fraccionadas, el impago de cualquiera de las fracciones producirá el vencimiento anticipado del resto de fracciones del período en curso y las mismas consecuencias descritas en los dos apartados anteriores.

Cualquier pago se imputará necesariamente a la fracción de Prima más antigua que esté impagada.

- g) Recibo de Prima: El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o sus representantes legalmente autorizados.

- h) Domiciliación de recibos: Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de Prima se aplicarán las siguientes normas:

El Asegurador podrá exigir al Tomador y/o Asegurado la entrega de una autorización expresa de las correspondientes operaciones de pago.

La Prima o primas fraccionadas se entenderán satisfechas a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia de un mes previsto en el **artículo 15 LCS**, no pudiera ser cargado en la cuenta del Tomador y/o Asegurado por cualquier circunstancia imputable o no al mismo. En este caso, el Asegurador le notificará que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del Asegurador y aquél vendrá obligado a satisfacer la Prima en dicho domicilio.

Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de un mes a partir del día del vencimiento sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo, no fuese atendido el pago de la Prima por cualquier causa, deberá notificar tal hecho al obligado al pago, por carta **certificada** u otro medio indubitado, concediéndole nuevo plazo de un mes para que pueda satisfacer su importe en el domicilio social, sucursal o agencia del

Asegurador. Este plazo se computa desde la fecha de certificación de la expresada carta o notificación al último domicilio postal y/o electrónico comunicado al Asegurador.

2. Declarar al Asegurador, de acuerdo con el “Cuestionario de Salud” que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

No tendrá obligación de declarar esas circunstancias si el Asegurador no le somete al “Cuestionario de Salud” o las mismas no están comprendidas en el mismo, aun cuando éstas pudieran influir en la valoración del riesgo, según disposición del artículo 10 LCS.

3. Comunicar al Asegurador, previamente a la fecha de efecto de la póliza y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que alteren los factores o circunstancias declaradas en el “Cuestionario de Salud” que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección de la Póliza no la habría celebrado o la habría concluido en condiciones más gravosas.

El Tomador o el Asegurado podrán también comunicar, durante la vida de la Póliza, las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección de la Póliza se habría concluido en condiciones más favorables, en cuyo caso será de aplicación lo dispuesto en el artículo 13 LCS.

4. Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio postal y/o electrónico mediante comunicación fehaciente.

5. Aminorar las consecuencias del siniestro empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, libera a éste de toda prestación derivada del siniestro en aplicación del **artículo 17 LCS**.

6. Caso de reembolso, comunicar al Asegurador el siniestro ocurrido dentro del plazo de **siete días**, así como toda la información sobre las circunstancias del mismo, tal como se exige en el Anexo de las Condiciones Particulares.

7. Una vez atendidos los gastos del Siniestro, el Asegurador queda subrogado, hasta ese importe, en los derechos y acciones que por razón del mismo correspondan al Asegurado frente a terceros responsables en los casos que proceda, como establecen los artículos 43 y 82 LCS.

El Asegurado no debe perjudicar este derecho del Asegurador y será responsable de los perjuicios que con sus actos u omisiones pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

El Asegurador no podrá ejecutar el derecho de subrogación en perjuicio del Asegurado.

En caso de concurrencia de Asegurador y Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses. Todo ello de acuerdo con las previsiones de los artículos 43 y 82 LCS.

Cláusula undécima: obligaciones del asegurador

1. En la modalidad de asistencia sanitaria con Lista de Facultativa, el Asegurador se obliga a prestar la asistencia sanitaria contratada y proporcionar la cobertura de Riesgos asegurados de conformidad con lo establecido en la Póliza.

2. En la modalidad de reembolso, el Asegurador se obliga a reembolsar al ASEGURADO, de acuerdo con los derechos incluidos en las **Condiciones Generales y en el Anexo de las Condiciones Particulares de la póliza**, los gastos médicos y hospitalarios producidos.

3. El Asegurador deberá entregar al Tomador la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 LCS y demás documentos que haya suscrito el Tomador.

4. Igualmente el Asegurador entregará al Tomador y/o Asegurado un documento que acredite tal condición, la "Lista de facultativos" y la red nacional de entidades colaboradoras citadas en la Cláusula **CUARTA**, como también la tarjeta sanitaria personal correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la Póliza.

5. El Asegurador se obliga a preservar la absoluta confidencialidad de los datos obtenidos referidos a la salud del Asegurado y, como responsable de su tratamiento, a adoptar las medidas necesarias para garantizar su seguridad, evitando su alteración o pérdida así como el acceso y tratamiento no autorizados. El Asegurador se compromete a mantener y a implementar los niveles de seguridad necesarios, teniendo en cuenta el estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos asociados.

El Tomador declara que los datos personales de los Asegurados incluidos en la presente póliza han sido recabados con el consentimiento de los mismos, así como que se les ha informado que la finalidad del tratamiento de sus datos es la gestión,

cumplimiento y ejecución del contrato de seguro de asistencia sanitaria contratado en su interés.

Asimismo, el Asegurador garantiza al Asegurado el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión o cancelación, oposición, limitación al tratamiento y portabilidad, así como el resto de derechos, de acuerdo con el Reglamento UE 2016/679 y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

En todo caso, puesto que los datos personales y de salud son necesarios para el mantenimiento y cumplimiento de la Póliza, el ejercicio por el Tomador y/o Asegurado de los derechos de supresión o cancelación -excepto en caso de inexactitud-, limitación u oposición al tratamiento de datos se entenderá como oposición a la prórroga de la Póliza, quedando éste extinguido a su vencimiento. La fecha de vencimiento (fin de la anualidad en curso o de la siguiente) vendrá determinada por el momento del ejercicio de los citados derechos en atención al ineludible plazo de preaviso previsto en la Cláusula DUODÉCIMA.

En todo caso, una vez extinguida la Póliza, a los datos se les dará el tratamiento previsto en el artículo 32 de la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Assistència Sanitària se reserva el derecho a modificar sin previo aviso su Política de Privacidad, de acuerdo con su propio criterio, motivado por un cambio legislativo, jurisprudencial o doctrinal de la Agencia Española de Protección de Datos. De acuerdo con lo anterior, le sugerimos que revise nuestra Política de Privacidad periódicamente.

Cláusula duodécima: perfección, efectos de la Póliza y duración

1. La Póliza se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la Póliza por el Tomador y el Asegurador. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no surtirán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de la Prima, o el primer recibo de Prima fraccionada, salvo pacto contrario en las Condiciones Particulares.

En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las VEINTICUATRO HORAS del día en que hayan sido cumplimentados.

2. La duración de la Póliza es la establecida en las Condiciones Particulares, donde se fija la fecha y hora de efectividad de las garantías y las de su vencimiento. Salvo mención expresa en las Condiciones Particulares, la Póliza vence el 31 de diciembre de cada año.

3. A la expiración del período indicado en las Condiciones Particulares de esta Póliza, se entenderá prorrogada tácitamente la Póliza por el plazo de un año y así sucesivamente a la expiración de cada anualidad.

Las partes podrán oponerse a la prórroga de la Póliza mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, como mínimo, un mes de antelación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

4. La voluntad de desistimiento unilateral expresada por parte del Tomador se entenderá como oposición a la prórroga de la Póliza con las consecuencias y fecha de efecto previstos en el apartado anterior.

5. En cualquier caso de oposición a la prórroga, el Tomador deberá seguir pagando al Asegurador la Prima hasta el vencimiento de la Póliza. La fecha de vencimiento (fin de la anualidad en curso o de la siguiente) vendrá determinada por el momento de la efectiva oposición con relación al ineludible plazo de preaviso de un mes de antelación a la conclusión del período de seguro.

Cláusula decimotercera: actualización de primas

El Asegurador podrá actualizar anualmente la Prima en base a los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar su incidencia en el equilibrio financiero-actuarial del seguro teniendo en cuenta la modificación de los costes asistenciales, la frecuencia de los servicios cubiertos o la incorporación a la cobertura de nuevos servicios y técnicas de diagnóstico o terapéuticas.

Asimismo y siguiendo los mismos principios, el Asegurador podrá incorporar nuevos servicios a la cobertura de la Póliza o modificar los límites de reembolso previstos.

El Asegurador deberá comunicar al Tomador y/o Asegurado la Prima que regirá para el siguiente ejercicio y las variaciones de los límites de reembolso con dos meses de antelación a la conclusión del período en curso para que el Tomador pueda ejercer, en su caso, el derecho de oposición a la renovación en los plazos previstos en el artículo 22 LCS.

Cláusula decimocuarta: rescisión, resolución y extinción

A. RESCISIÓN. El Asegurador podrá rescindir la Póliza de seguro en el supuesto siguiente:

– **Por reserva o inexactitud culposa**

En los casos de reserva o inexactitud del Tomador y/o Asegurado sobre el “Cuestionario de salud” que se le someta, de acuerdo con el procedimiento previsto en la Cláusula OCTAVA, 3 en relación con el artículo 10 LCS.

Las Primas relativas al período en curso corresponderán al Asegurador, salvo dolo o culpa grave de su parte, desde el momento de la declaración de rescisión al Tomador.

B. RESOLUCIÓN. El Asegurador puede resolver la Póliza de seguro en el supuesto siguiente:

– **Por impago de la Prima**

En el caso de que el primer recibo de Prima fraccionada no haya sido atendido a su vencimiento de acuerdo con el artículo 15 LCS. En este supuesto, si se produce un siniestro el Asegurador quedará liberado de su obligación.

C. EXTINCIÓN

– **Por oposición a la prórroga**

La Póliza se extingue en la fecha de vencimiento de la póliza en los supuestos de oposición a la prórroga por cualquiera de las partes y, en especial, los previstos en la Cláusula UNDÉCIMA 4 o DUODÉCIMA.

– **Por no reclamación de prima impagada**

En el supuesto de falta de pago de cualquier fracción de Prima que no sea la primera, la Póliza se extinguirá a los seis meses del vencimiento de la Prima si el Asegurador no reclama su pago, de acuerdo con el artículo 15 LCS.

Cláusula decimoquinta: pérdida de derechos

Se pierde el derecho a la prestación garantizada:

1. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el “Cuestionario de Salud”, si medió dolo o culpa grave del Tomador y/o Asegurado –artículo 10 LCS–.
2. En caso de agravación del riesgo, si el Tomador o el Asegurado no lo comunica al Asegurador y actúa de mala fe –artículo 12 LCS–.
3. Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario –artículo 15 LCS–.
4. Si el siniestro sobreviene mientras la Póliza esté en suspenso por falta de pago de las Primas sucesivas –artículo 15 LCS–.
5. Si el Tomador y/o Asegurado no facilitan al Asegurador la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro y hubiera concurrido dolo o culpa grave –artículo 16 LCS–.
6. Si el Tomador y/o Asegurado incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro, y lo hacen con manifiesta intención de engañar o perjudicar al Asegurador –artículo 17 LCS–.
7. Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado –artículo 19 LCS–.
8. La Póliza será nula, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión ya ha ocurrido el siniestro –artículo 4 LCS–.

Cláusula decimosexta: prescripción

Las acciones derivadas de la Póliza prescriben a los cinco años a contar desde el día en que pudieron ejercitarse –artículo 23 LCS–.

Cláusula decimoséptima: comunicaciones

A los efectos de la modalidad de prestación de servicios se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado su prestación.

A los efectos de la modalidad de reembolso el Tomador y/o Asegurado o el BENEFICIARIO deberán comunicar al Asegurador el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de **siete días** de haberlo conocido.

La comunicación deberá incluir toda la información requerida en la Cláusula **SÉPTIMA**, B) para que el Asegurador pueda evaluar las circunstancias y consecuencias del siniestro.

En caso de incumplimiento, el Asegurador puede reclamar daños y perjuicios por la falta de declaración, salvo que haya tenido conocimiento del siniestro por otro medio; todo ello de acuerdo con el artículo 16 LCS.

Las comunicaciones al Asegurador efectuadas por el Tomador y/o Asegurado se harán en el domicilio social de aquél señalado en la Póliza.

Las comunicaciones realizadas por un corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador y/o Asegurado surtirán los mismos efectos que si las hubiera realizado el propio Tomador y/o Asegurado, de acuerdo con el artículo 21 LCS.

Las comunicaciones del Tomador y/o Asegurado al agente de seguros tendrán el mismo efecto que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador y/o Asegurado se realizarán en el último domicilio postal y/o electrónico comunicado al Asegurador.

La Póliza de Seguro y sus Anexos o Suplementos, así como sus modificaciones deberán ser formalizados por escrito, de acuerdo con el artículo 5 LCS, en papel o en otro soporte duradero que permita guardar, recuperar fácilmente y reproducir sin cambios la Póliza o la información.

Cláusula decimooctava: jurisdicción

Los conflictos que puedan surgir entre el Tomador y/o Asegurado con el Asegurador se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la Póliza el del domicilio del Asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario, según disposición del artículo 24 LCS.

Anexo I

Descripción de los servicios

Se garantiza la prestación de todos los servicios aquí relacionados, pero no su efectiva prestación a través de todas las técnicas o modalidades posibles.

Las técnicas de diagnóstico o terapéutica que no constan expresamente y que demuestren su eficacia se podrán incorporar a la cobertura de la Póliza, por acuerdo expreso entre las partes, mediante Suplementos en las Condiciones Particulares con revisión de la Prima, si procede.

1. Pediatría y puericultura de cabecera

Para menores de 18 años. Asistencia domiciliaria y en consultorio.

2. Medicina general

Asistencia domiciliaria y en consultorio.

3. Atención de enfermería

Administración parenteral de tratamientos en consultorio y a domicilio en los casos prescritos por un médico.

4. Especialidades

- Alergología.
- Análisis clínicos.
- Anatomía patológica.
- Anestesiología y reanimación.
- Angiología y cirugía vascular.
- Aparato digestivo.
- Aparato respiratorio –Neumología–.
- Cardiología.
- Cirugía cardiovascular.
- Cirugía general y del aparato digestivo.
- Cirugía maxilofacial. **Excluida la colocación de implantes osteointegrados.**
- Cirugía pediátrica.
- Cirugía plástica y reparadora. **Excluida la cirugía y tratamientos estéticos.**
- Cirugía torácica.
- Dermatología. **Excluida la dermatología cosmética.**
- Endocrinología y nutrición.
- Ginecología y obstetricia. Reconocimiento ginecológico anual. **Excluida la interrupción voluntaria del embarazo, aunque se trate de los supuestos contemplados por la legislación vigente.**
- Hematología y hemoterapia.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear. (*)
- Nefrología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología clínica.
- Neurología.
- Odontostomatología. **Incluye únicamente extracciones y una tartrectomía (limpieza de boca) (*) al año cuando haya patología bucal.**
- Oftalmología. **Excluida la cirugía refractiva.**
- Oncología médica.
- Oncología radioterápica.
- Otorrinolaringología.
- Psiquiatría. **Quedan excluidos el psicoanálisis, la hipnosis, la psicoterapia individual o de grupo, los test psicológicos, la sofrología, la narcolepsia ambulatoria y el tratamiento por drogadicción o alcoholismo.**
- Radiodiagnóstico. **Incluidos los medios de contraste.**
- Rehabilitación. (*) **Excluida la fisioterapia de mantenimiento y ocupacional, así como la rehabilitación de enfermedades crónicas cuando se hayan estabilizado las lesiones.**
- Reumatología.
- Traumatología y cirugía ortopédica.
- Urología.

(*) Estos servicios requerirán, además de la petición escrita del médico, la autorización extendida por los servicios administrativos del Asegurador.

5. Técnicas especiales

Siempre se realizarán previa prescripción escrita de un médico.

Estos servicios requerirán, además de la petición escrita del médico, la autorización extendida por los servicios administrativos del Asegurador.

5.1 De diagnóstico

- Angioradiología.
- Audiometría objetiva.

- Biología molecular.
 - Biopsia por fusión de imágenes.
 - Campimetría bilateral computarizada.
 - Coronariografía.
 - Densitometría ósea.
 - Doppler y Ecodoppler.
 - Ecografía.
 - Electromiografía.
 - Electro–oculograma.
 - Electroretinograma.
 - Endoscopias (digestiva, neumológica, urológica).
 - Estudio Polisomnográfico.
 - Exploraciones con radioisótopos.
 - Exploraciones urodinámicas.
 - Fluoresceingrafía.
 - Hemodinámica vascular y cardíaca.
 - Holter.
 - Inmunohistoquímica.
 - Mamografía.
 - Neuroradiología.
 - Potenciales evocados.
 - Pruebas de alergia.
 - Pruebas de esfuerzo cardiológicas.
 - Pruebas funcionales digestivas:
 - Manometría.
 - pH-metría.
 - Resonancia magnética.
 - Spect.
 - Tomografía computada.
 - Tomografía de coherencia óptica (OCT).
 - Tomografía por emisión de positrones (PET). **Limitada a la lista de indicaciones en oncología con cobertura pública, publicada por la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica de Catalunya.**
- #### 5.2 Terapéuticas

- Angioplastia coronaria.
- Cámara hiperbárica.
- Endoscopia terapéutica.
- Fotocoagulación por láser oftalmológico.
- Litotricia renal.

6. Banco de sangre y plasma

A cargo del Asegurador el acto médico de la transfusión en todos los casos, así como la sangre y/o plasma a transfundir dentro del quirófano y fuera de él.

7. Oxigenoterapia

En clínica para todo tipo de ingresos y a domicilio.

Este servicio requerirá, además de la petición escrita del médico, la autorización extendida por los servicios administrativos del Asegurador.

8. Urgencias

Atención durante las veinticuatro horas del día a través de nuestro Servicio Permanente de Urgencias.

9. Ingresos en clínicas

Estos servicios requerirán, además de la petición escrita del médico, la autorización extendida por los servicios administrativos del Asegurador.

Se realizará cuando la índole del tratamiento lo requiera y previa petición de un médico. Puede dar lugar a:

9.1 Hospitalización quirúrgica

Para todo tipo de intervenciones quirúrgicas y/o traumatológicas amparadas por la cobertura de la Póliza. Comprende:

- Estancia en clínica para el enfermo, sin límite de días, en habitación individual siempre que las características del Centro lo permitan.
- Derechos de quirófano.
- Material de curas, dentro y fuera de quirófano.
- Medicación, dentro y fuera de quirófano.
- Drogas anestésicas.
- Sutura mecánica quirúrgica.
- Cirugía con láser quirúrgico, en urología, proctología y otorrinolaringología.
- Cirugía con láser quirúrgico, para el tratamiento de venas varicosas y estenosis de vías respiratorias.
- Estancia en unidades de cuidados intensivos, cuidados especiales y unidad coronaria.

9.2 Hospitalización médica

Ingreso en clínica para aquellas enfermedades o procesos que no requieran

intervención quirúrgica pero que, a juicio del médico, no pueden tratarse en el domicilio del paciente con técnica correcta y precisen de internamiento. No tiene límite de días y comprende:

- Estancia en clínica para el enfermo en habitación individual **siempre que las características del Centro lo permitan.**
- Curas y su material.
- Medicación.
- Quimioterapia antineoplásica en pacientes hospitalizados, con los criterios y límites establecidos en el apartado 11.
- Estancia en unidades de cuidados intensivos, cuidados especiales y unidad coronaria.

En ningún caso se aceptará como motivo de permanencia en clínica problemas de tipo social.

9.3 Hospitalización neonatológica

Ingreso en clínica para recién nacidos **si previamente se ha cursado en plazo su alta como Asegurado.** No tiene límite de días y comprende:

- Estancia en la unidad de neonatología.
- Derechos de quirófano.
- Material de curas y medicación, dentro y fuera de quirófano.
- Drogas anestésicas.

9.4 Hospitalización psiquiátrica

Ingreso en clínica, en centro especializado, **hasta un máximo de 90 días por año natural**, en los casos de trastornos mentales crónicos en fase aguda y, en general, todos aquellos procesos agudos que, a juicio del médico, no puedan tratarse en el domicilio del paciente y precisen internamiento. Comprende:

- Estancia en clínica para el enfermo.
- Medicación.

No cubre el servicio de acompañante en clínica.

En ningún caso se aceptará como motivo de permanencia en clínica problemas de tipo social.

9.5 Cirugía mayor ambulatoria

Comprende:

- Estancia en la unidad de cirugía ambulatoria.
- Derechos de quirófano.
- Material de curas, dentro y fuera de quirófano.
- Medicación, dentro y fuera de quirófano.
- Drogas anestésicas.

10. Embarazos y partos

Estos servicios requerirán, además de la petición escrita del médico, la autorización extendida por los servicios administrativos del Asegurador.

Comprende los siguientes servicios:

- Vigilancia del embarazo por médico obstetra y asistencia por éste en los partos normales, distócicos y prematuros.
- Educación maternal y preparación al parto.
- Detección prenatal de cromosomopatías y defectos del tubo neural (cribaje bioquímico del primer o segundo trimestre, test de ADN fetal libre en sangre materna, amniocentesis, biopsia corial, según protocolo).
- Comadrona.
- Ecografías durante el embarazo, siempre a criterio del médico de la "Lista de facultativos" del Cuadro Médico, **hasta un máximo de tres**, salvo embarazos de alto riesgo.
- Reserva Respiración Fetal (RRF). **Sólo en embarazos de alto riesgo y previa prescripción facultativa.**
- Fisioterapia para la recuperación postparto del suelo pélvico (**antes de pasados seis meses de la fecha del parto**).

10.1. Ingreso en clínica para todo tipo de partos con la siguiente cobertura:

- Estancia en habitación individual para la madre, **siempre que las características del Centro lo permitan.**
- Derecho de sala de partos, o quirófano en caso de cesárea.
- Material de curas, dentro y fuera del quirófano.
- Medicación, dentro y fuera del quirófano.
- Honorarios de anestesta y drogas anestésicas.
- Vacuna anti-RH.
- Con cargo a la póliza de la madre, servicio de nursería y en el mismo servicio asistencia pediátrica al recién nacido, **limitada al menor de los plazos**

siguientes: alta clínica de la madre o diez días.

- En el caso de que el recién nacido precise ingreso neonatológico, el Asegurador se hará cargo del siniestro **si previamente se ha cursado en plazo su alta como Asegurado.**
- Traslado en ambulancia, debidamente equipada, al centro adecuado si la clínica donde tiene lugar el parto no posee servicio de incubadora.

11. Tratamientos oncológicos

Incluye sólo los servicios de:

- Oncología Radioterápica.
- Acelerador lineal.
- Quimioterapia antineoplásica a pacientes hospitalizados y en hospital de día. **Se incluyen únicamente los medicamentos específicamente clasificados como citostáticos, comercializados legalmente en el Estado Español, siempre que se empleen en las indicaciones detalladas en la ficha técnica y su administración sea por vía parenteral, en tantos ciclos como sea necesario, o mediante instilación vesical.**

12. Otros servicios

Estos servicios requerirán, además de la petición escrita del médico, la autorización extendida por los servicios administrativos del Asegurador.

- Ortopedia y pleóptica.
- Ventiloterapia y aerosoles.
- Diagnóstico precoz del cáncer de mama mediante mamografía.
- Procedimientos quirúrgicos de planificación familiar: esterilización tubárica y vasectomía.
- Logopedia infantil **hasta 40 sesiones.**
- Foniatría, casos quirúrgicos hasta **15 sesiones.**
- Psicología clínica para adultos **hasta los 65 años**, e infantil y de la adolescencia **hasta los 18 años**, bajo prescripción de un médico especialista en psiquiatría, medicina general o pediatría y **hasta 20 sesiones al año.**

Anexo II

Porcentajes y límites de reembolso

Cuando se utilice la modalidad de Reembolso se podrá elegir libremente el médico o servicio que esté fuera del cuadro facultativo y Asistencia Sanitaria le reembolsará:

80% en España (porcentaje de reembolso en territorio español).

90% en el extranjero (porcentaje de reembolso fuera de España).

Límite global anual: 200.000 €.

LÍMITES PARCIALES	Euros
Límite hospitalización y cirugía	200.000
Sublímite anual por honorarios en intervenciones quirúrgicas	50.000
Hospitalización médica, quirúrgica o pediátrica (incluye acompañante)	1.500 €/día.
Hospitalización obstétrica (incluye acompañante)	1.500 €/día (hasta un máximo de 6.000 € por parto o cesárea)
Hospitalización en UVI y Neonatología	1.900 €/día
Hospitalización psiquiátrica	1.200 €/día (hasta un máximo de 90 días/año)
Hospital de día	600 €/día
Cirugía menor ambulatoria	500 €/procedimiento
Cirugía mayor ambulatoria	1.500 €/procedimiento
Límite visitas y pruebas	50.000
Pediatría	Hasta el límite
Medicina general	Hasta el límite
Diplomados de enfermería	Hasta el límite
Urgencias domiciliarias	Hasta el límite
Ambulancia	Hasta el límite
Rehabilitación y fisioterapia	Hasta el límite
Especialistas	Hasta el límite
Preparación al parto	250
Odontoestomatología	400
Trastorno de la conducta alimentaria	3.000
Psicoterapia	1.500
Podología	300
Diagnóstico por la imagen (PET-TAC / Colonografía TC / Coronariografía TC)	Hasta el límite según indicaciones.*
Terapia de lenguaje	Hasta el límite según indicaciones.*
Rehabilitación cardíaca postquirúrgica o postinfarto	Hasta el límite con restricciones.*
Límite prótesis	12.000
Límite oncología	200.000
Quimioterapia / Radioterapia	Hasta el límite global anual

***Ciertos actos o procedimientos no tienen un sublímite aplicado, pero mantienen restricciones en su uso**