



“**MM** Aresa salud”

Condiciones Generales Selección Plus

“**MM Aresa** salud”

Condiciones Generales

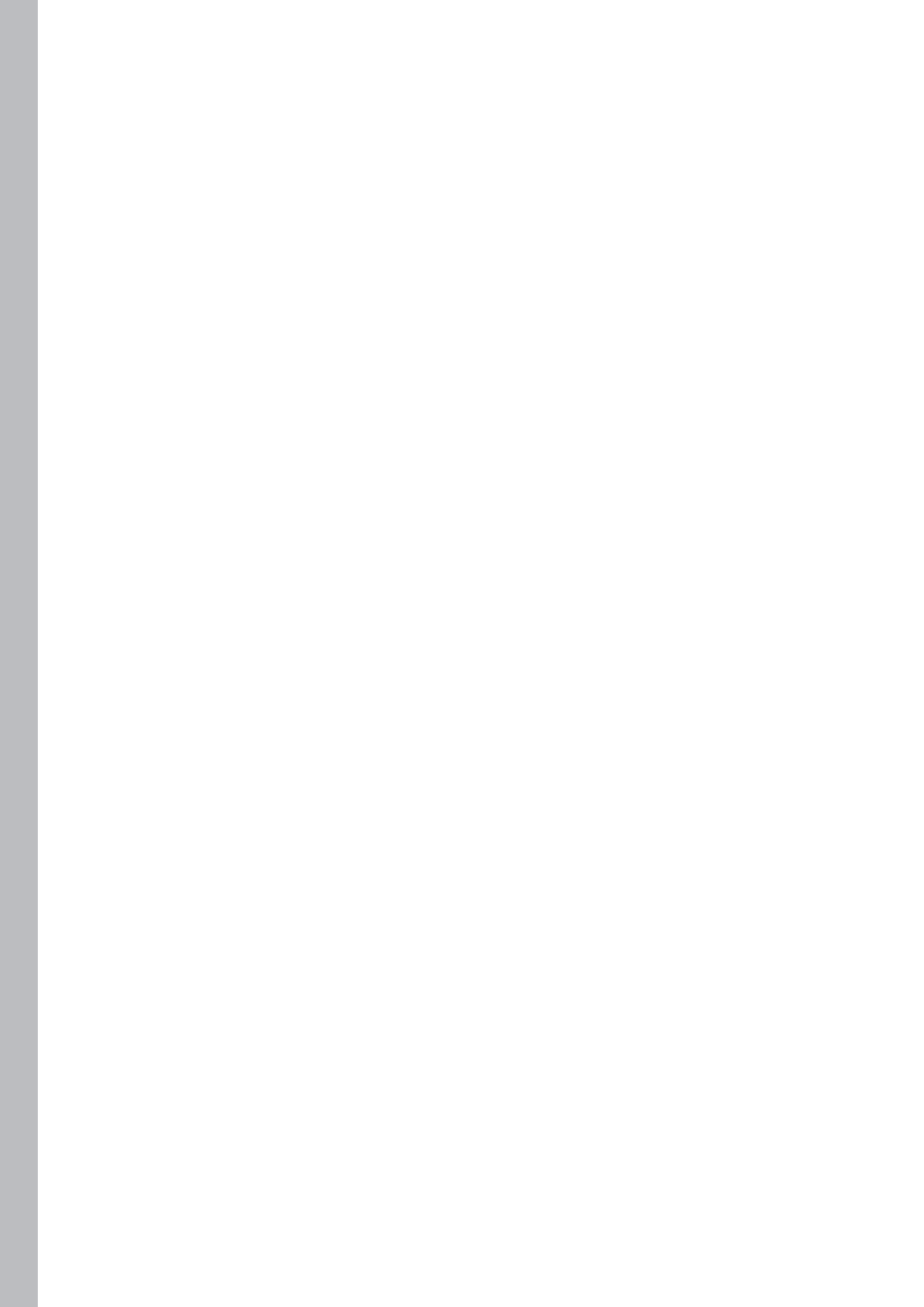
Selección Plus

Condiciones generales Selección Plus CGAS1-11

Capital suscrito	11.175.751,52 €
Capital desembolsado	11.175.751,52 €

Inscrita en la Dirección General de Seguros con la clave C0341

Aresa Seguros Generales, S.A. Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona
Tomo 40.493, Folio 119, Hoja B-14661, Inscripción 357, CIF: A-08169716
Domicilio Social: Ronda de la Universitat, 22, 08007 Barcelona.



Índice

Contenido

Cláusula Preliminar

Página 4

Definiciones

Página 4

1. Objeto del Seguro

Página 6

2. Coberturas de la Póliza

Página 7

3. Exclusiones

Página 17

4. Periodos de Carencia

Página 20

5. Acceso a las Coberturas de la Póliza

Página 20

6. Pago de la Prima

Página 21

7. Aspectos Legales del Contrato

Página 22

8. Tratamiento y Cesión de los Datos Personales

Página 27

9. Comunicaciones

Página 28

10. Jurisdicción y Prescripción

Página 28

11. Base de Cálculo y Actualización Anual de Primas

Página 29

12. Actualización Anual de Garantías y Prestaciones

Página 29

13. Protección del Asegurado y Contratación a Distancia

Página 30

14. Garantía de Asistencia Sanitaria en el Extranjero

Página 31

15. Garantía Complementaria de Hospitalización

Página 35

16. Garantía Complementaria de Accidentes

Página 36

17. Cláusula de indemnización por el Consorcio de Compensación

de Seguros de las Pérdidas Derivadas de Acontecimientos Extraordinarios

Página 38

Condiciones Generales

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); por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean aplicables, 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, las Condiciones Particulares, las Especiales y demás suplementos que se emitan.

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.

Asegurador: ARESA SEGUROS GENERALES, S.A., quien asume la cobertura de los riesgos del contrato, de acuerdo con las garantías pactadas.

Cirugía robótica: Técnica por 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 al Asegurador 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 el Asegurador 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 el Asegurador 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 del Asegurador 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 el Asegurador 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

Periodo 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 el Asegurador 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, el Asegurador 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 el Asegurador 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.

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, el Asegurador 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.

El Asegurador 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 el Asegurador 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 el Asegurador y la prestación sanitaria garantizada por la Póliza.

Coberturas de la Póliza

2.1 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 domiciliada 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 ATS / DUE.** 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.

2.2 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 **902 266 266**.

NO QUEDA CUBIERTA PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, REHABILITACIÓN O CONSULTAS DE ORIGEN EXTRAHOSPITALARIO.

- **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 indicado 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 ATS/DUE o ambulancia, **de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.** Este servicio se solicitará en el teléfono **902 266 266**.

2.3 ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

- **Alergología.** EXCLUIDAS LAS AUTOVACUNAS.
- **Análisis Clínicos.**
- **Anatomía Patológica: Citopatología.**
- **Anestesiología y Reanimación.**
- **Angiología y Cirugía Vascul.**
- **Aparato Digestivo.**
- **Cardiología.**
- **Cirugía Cardíaca.**
- **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 MAXILOFACIAL 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 y Hemoterapia.**
- **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 MAXILOFACIAL 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.
- **Proctología**
- **Psiquiatría.** EXCLUIDA LA DESHABITUACIÓN 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 AUTÓLOGOS 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 HIPERPLASTIA BENIGNA DE PRÓSTATA PREVIA AUTORIZACIÓN POR LA ENTIDAD CON UN REEMBOLSO DE 2.500€.

2.4 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:

- **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 1.5mm 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 ranozable recidiva:

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 valvular, 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 CÁLCICO.

- **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.

2.5 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 POR 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. RADIONEUROCIURUGÍA CON GAMMAKNIFE EXCLUSIVAMENTE PARA EL TRATAMIENTO DE TUMORES CEREBRALES.
- **Rehabilitación Cardiológica.** Para la recuperación postcirugías 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 port-a-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.

2.6 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 6 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 Cardiacas 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).

LIMITES DE PROTESIS

Prótesis de cadera.....	1.500 €
Prótesis de rodilla	2.500 €
Prótesis de hombro.....	2.500 €
Fijadores de columna internos (vía anterior o posterior).....	3.000 €
Lente intraocular monofocal por ojo.....	150 €
Reservorios (Tratamiento del dolor y quimioterapia).....	450 €
Válvulas cardíacas metálicas (una o varias).....	3.500 €
Marcapasos.....	3.000 €
Prótesis para By-pass.....	1.500 €
Stent cardíaco (por unidad).....	1.200 €
Prótesis de mama (por unidad).....	500 €
Expansores mamarios (por unidad).....	1.000 €
Material de osteosíntesis.....	2.000 €
Mallas T.V.T.....	500 €
Mallas hernia inguinal/crural.....	600 €
Kit/Material para vertebroplastia. Por vértebra.....	1.100 €
Kit/Material Cifoplastia. Total por Asegurado.....	2.800 €

- **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.

2.7 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.

2.8 ASESORAMIENTO TELEFÓNICO 24 H. (902 266 266)

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.

2.9 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 .

2.10 COPAGOS, FRANQUICIAS Y REEMBOLSOS

COPAGOS: El Tomador del Seguro pagará en concepto de participación en el coste del servicio una cantidad determinada por cada servicio que utilicen los Asegurados en la póliza de las garantías cubiertas por la presente póliza. El importe por cada una de las prestaciones serán los indicados a continuación:

CONCEPTO	COPAGO
Medicina general y Pediatría	2,70 € por visita
Servicio de ATS / DUE	2 € por visita
Urgencias	5,50 € por visita
Genética	12 € por prueba
Diagnóstico cardiológico: Hemodinámica	12 € por prueba
Medicina Nuclear	12 € por prueba
TAC, Resonancia magnética nuclear y Radiología intervencionista	12 € por prueba
Polisomnografía	12 € por prueba
Litotricia	12 € por prueba
Psicología	9 € por sesión
Rehabilitación y Fisioterapia	2,70 € por sesión
Podología	2,70 € por visita
Resto de servicios	4 € por visita
Hospitalizaciones	0 € por ingreso

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
Laser 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€
Laser verde KTP o HPS.....	2.500€
Cirugía Robótica.....	2.500€
Crioconservación del cordón umbilical.....	550€

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 el Asegurador 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 2.6 del presente Condicionado 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. El Asegurador no se hace cargo de la conservación, traslado y órgano a trasplantar.
- l. Queda excluido cualquier tipo de 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.

Quedan expresamente excluidas cualquier otro tipo de prótesis no relacionada en el apartado de Protésis de las Coberturas de la Póliza.

- 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 en los centros privados que no estén concertados con el Asegurador.
- 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 en procesos crónicos.
- 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 valvular, 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.

Periodos de Carencia

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 periodos de carencia (Derechos Inmediatos) aplicables, no significará en ningún caso la cobertura de los procesos en curso o preexistentes.

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 el Asegurador 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 al Asegurador 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 el Asegurador podrá denegar su admisión.

El Asegurador no se hace responsable de honorarios de facultativos no concertados con el Asegurador, ni de los gastos hospitalarios o servicios que los mismos pudieran prescribir. Asimismo, el Asegurador no se hace responsable de los gastos de hospitalización ni de los servicios originados en centros públicos o privados no concertados con el Asegurador, 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 del Asegurador. 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 el Asegurador 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 el Asegurador 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 el Asegurador.

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 el Asegurador 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 el Asegurador.

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

Pago de la Prima

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 al Asegurador 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 el Asegurador 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.

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, el Asegurador 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, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
3. En caso de falta de pago de la segunda y/o sucesivas primas o fracciones de ésta, la cobertura del Asegurador 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 del Asegurador a resolver el contrato en cualquier momento una vez transcurrido el mes de gracia y no haya sido pago 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, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
4. El Asegurador 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 al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del seguro el recibo de prima emitido por el Asegurador.

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

Aspectos Legales del Contrato

7.1 OTRAS OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR/ASEGURADO

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

1. Declarar al Asegurador, 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 el Asegurador 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 al Asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el cuestionario de estado de salud que completó antes de la perfección del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el Asegurado. En tales circunstancias el Asegurador podrá proponer una modificación de las condiciones del contrato o rescindir el mismo si se rechaza la propuesta por el Tomador del seguro.
3. Comunicar al Asegurador, el cambio de profesión habitual o de domicilio del Asegurado. Si el cambio de domicilio o de profesión habitual supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en el apartado 2 anterior; si por el contrario supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el apartado 2 del artículo siguiente.
4. Comunicar al Asegurador, 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.**
5. 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 al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
6. Facilitar la subrogación que a favor del Asegurador 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.

7.2 OTROS DERECHOS DEL TOMADOR/ASEGURADO

1. El Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, 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 del Asegurador 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.

7.3 OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador 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, el Asegurador 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.

El Asegurador 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 al Asegurador en el plazo de setenta y dos horas. En tales casos, el Asegurador 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 al Asegurador la Tarjeta Sanitaria correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.

El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la Tarjeta Sanitaria. Igualmente el Asegurador 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.

7.4 OTROS DERECHOS DEL ASEGURADOR

1. Cuando el Asegurador 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 el Asegurador 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:

- El Asegurador 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, el Asegurador 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.
- El Asegurador 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, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador de seguro y/ o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

7.5 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 del Asegurador por los actos de aquéllos, sobre los que el Asegurador no tiene capacidad de control por la prohibición de intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. El Asegurador es totalmente ajeno a la relación que surge 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, el Asegurador, 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 al Asegurador.

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.

7.6 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, el Asegurador 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 el Asegurador 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 dirigida a la otra, efectuada con una antelación no inferior a dos meses respecto de la fecha de conclusión del período en curso.

El Asegurador, sin embargo, no podrá oponerse a la prórroga desde la fecha de efecto del mismo, con la excepción del supuesto contemplado en el artículo 7.7.1 (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 del Asegurador 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 11 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 12 del mismo.

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

7.7 PÉRDIDA DE DERECHOS, INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO Y NULIDAD DEL MISMO

7.7.1 PÉRDIDA DE DERECHOS

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 al Asegurador.
- c. En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del seguro o el Asegurado no lo hubieran comunicado al Asegurador, y hubieran actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley de Contrato de seguro).
- d. 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).
- e. 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).
- f. Resto de causas legalmente previstas.

7.7.2 INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

1. La Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado transcurridos un año desde la perfección del contrato.
2. En el momento en que la Póliza deviene indisputable, el Asegurador 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.

7.7.3 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.

Tratamiento y Cesión de los Datos Personales

El Tomador/Asegurado consiente de forma expresa:

1. Que los datos personales proporcionados, así como cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación contractual, incluidos en ambos casos datos de salud, sean incluidos en un fichero, automatizado o no, cuyo responsable es Aresa Seguros Generales, S.A, (en adelante, Aresa, con domicilio social en Ronda de la Universidad 22, 08007 Barcelona), única destinataria de los datos, salvo en el supuesto de las cesiones previstas en la presente cláusula, con la finalidad de llevar a cabo la relación contractual, para la gestión propia de la actividad aseguradora, la prevención e investigación del fraude, así como para valorar y delimitar el riesgo.

Asimismo, consiente que sus datos (incluidos datos de salud) sean tratados por otras entidades aseguradoras, reaseguradoras o centros médicos y profesionales de la medicina que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa en la gestión de siniestros, intervengan en la gestión de la Póliza y de sus siniestros.

2. Que Aresa pueda solicitar de profesionales sanitarios y centros médicos (públicos y privados), información referente a la salud de los Asegurados y de su proceso asistencial, con la finalidad de la correcta valoración del riesgo de la solicitud, verificación de las coberturas de la Póliza, justificación de los siniestros, estudio de autorizaciones para los servicios que así lo requieran, prevención e investigación del fraude, atención de las reclamaciones que se pudieran efectuar, pago de los servicios recibidos por el asegurado a dichos profesionales sanitarios y centros médicos, cumplimiento de las obligaciones derivadas para Aresa en virtud del contrato de seguro y con la finalidad de implantar programas de salud en gestión por patologías y prevención sanitaria. La presente autorización se hace extensiva a los profesionales y centros médicos a los que se requiera información médica para que procedan a su remisión a Aresa, únicamente de conformidad con lo previsto en la presente cláusula. Los datos personales (incluidos datos de salud) que se reciban en Aresa de dichos profesionales y centros médicos serán tratados de conformidad con las previsiones contenidas en la presente cláusula, incorporándose en un fichero, responsabilidad de Aresa, con las finalidades indicadas en el presente párrafo.
3. La transferencia internacional de los datos del Asegurado (incluidos datos de salud), incluso a países que no proporcionen un nivel de protección equiparable a la normativa sobre protección de datos española, cuando sea preciso para el cumplimiento de las finalidades indicadas en la presente cláusula.
4. Que por parte de Aresa no se informe a los Asegurados/Beneficiarios/Tomador de cada primera cesión de datos que se pudiera producir, de conformidad con las previsiones contenidas en la presente cláusula.
5. La grabación de las llamadas telefónicas que realice a los números de teléfono de contacto de Aresa, a los efectos de control de calidad de las llamadas y gestión de reclamaciones.

Los datos de su contrato de seguro y los siniestros vinculados a éste, podrán ser cedidos a ficheros comunes para la liquidación de siniestros, conforme a lo dispuesto en el Art. 25 del RDL 6/2004, de 29 de octubre y la DA 6ª de la LO 15/1999, de 13 diciembre.

El Tomador, tras haber informado del contenido íntegro de la presente cláusula a los Asegurados/Beneficiarios, en los mismos términos en que ha sido informado el Tomador, se compromete a obtener el consentimiento expreso de los Asegurados/Beneficiarios que se vayan a incluir en la Póliza:

1. Para facilitar sus datos personales a Aresa, para la realización de los tratamientos de datos previstos en la presente cláusula.
2. Para que por parte de Aresa se pueda remitir al Tomador un extracto donde figuren los servicios que hubieran sido utilizados por los Asegurados incluidos en la Póliza, junto con el importe de las franquicias que pudieran corresponder, (datos de salud) así como para, en su caso, que se pueda proceder al abono de la franquicia o participación en el coste de los servicios recibidos.

El Tomador, en el caso de que se produzca alguna variación en los datos facilitados a Aresa para su tratamiento de conformidad con lo previsto en la presente cláusula, lo notificará a Aresa para que por parte de esta entidad se proceda a dicha modificación.

Comunicaciones

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en la Póliza, pero si se realizan a un Agente del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.

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

Jurisdicción y Prescripción

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

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

Base de Cálculo y Actualización Anual de Primas

Las primas de esta Póliza se calcularán siguiendo métodos matemáticos que pueden prever una provisión técnica de envejecimiento en caso de que se aplique un suplemento de prima como margen de seguridad.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 25.3 del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y supervisión de los Seguros Privados, el Asegurador fijará anualmente las primas, a aplicar en cada anualidad, en función de los cálculos técnico actuariales realizados, adaptándolas a la variación de costes de los servicios sanitarios, 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. Dichas primas serán comunicadas al Tomador del Seguro antes del vencimiento del período de cobertura del seguro en curso.

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la prima anual se establecerá de acuerdo con el sexo, la edad de cada uno de los Asegurados, provincia y otros factores de tarificación, aplicando las tarifas de primas que el Asegurador tenga en vigor en la fecha de cada renovación.

Estas variaciones de prima también se aplicarán en el caso de que el Tomador del seguro y/o Asegurado hayan alcanzado el derecho ya descrito de irrenunciabilidad a la prórroga de la Póliza por parte del Asegurador.

El Tomador del seguro, recibida, en su caso, la comunicación escrita del Asegurador relativa a la variación de la cuantía de las primas para la siguiente anualidad, lo que habrá de notificarse con una antelación mínima de dos meses a la fecha de su efectividad, podrá optar entre la prórroga del contrato del seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas o la extinción del mismo al vencimiento del período del seguro en curso. En este último caso el Tomador del seguro deberá comunicar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

La aceptación por el Tomador del seguro de las nuevas condiciones del contrato se entenderá realizada con el pago del primer recibo de prima, correspondiente al nuevo período de prórroga.

Actualización Anual de Garantías y Prestaciones

El Asegurador podrá actualizar anualmente las prestaciones y garantías teniendo en consideración lo dispuesto en el 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, en función de los cálculos técnico-actuariales realizados y en base a las modificaciones de los costes asistenciales, de los servicios, de los capitales garantizados y de la incorporación posterior de nuevas técnicas

diagnósticas o terapéuticas y servicios sanitarios que pasen a formar parte de las coberturas de la Póliza como consecuencia de los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica.

Igualmente el Asegurador podrá actualizar en cada anualidad el importe de los copagos, franquicias y reembolsos estipulados.

Estas actualizaciones también se aplicarán en el caso de que el Asegurado haya alcanzado el derecho ya descrito de irrenunciabilidad a la prórroga de la Póliza por parte del Asegurador.

El Tomador del seguro, recibida, en su caso, la comunicación del Asegurador relativa a la inclusión o exclusión de prestaciones y garantías y condiciones de copago, franquicias y reembolsos mediante la emisión a tal efecto del suplemento correspondiente, lo que habrá de notificarse con una antelación mínima de dos meses a la fecha de su efectividad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas prestaciones y garantías, o la extinción del mismo al vencimiento del periodo de seguro en curso. En este último caso, el Tomador del seguro deberá notificar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

El pago del primer recibo correspondiente a la prima del periodo de prórroga en curso supondrá la aceptación por el Tomador del seguro del conjunto de las nuevas condiciones del contrato de seguro.

Protección del Asegurado y Contratación a Distancia

El control de la actividad aseguradora de ARESA SEGUROS GENERALES, S.A., la ejerce el Estado Español a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 10 de estas Condiciones Generales, cuando el Tomador del seguro o Asegurado entienda que sus derechos derivados del contrato han sido lesionados, previa reclamación ante el Director del Departamento correspondiente de ARESA, podrá formular la oportuna reclamación ante el Departamento de Atención al Mutualista, al Asegurado y al Cliente del Grupo Mutua Madrileña, que será resuelta por el Defensor del Mutualista, del Asegurado y del Cliente del Grupo Mutua Madrileña en el plazo máximo de dos meses.

También se consideran interesados para formular reclamación ante el Departamento de Atención al Mutualista, al Asegurado y al Cliente, además de los Tomadores del seguro y Asegurados, los Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de ellos, si consideran lesionados sus derechos.

Las decisiones del Defensor del Mutualista, del Asegurado y del Cliente vincularán a ARESA SEGUROS GENERALES, S.A. cuando resulten favorables al reclamante.

Agotada la vía de la reclamación ante el Defensor del Mutualista, del Asegurado y del Cliente, el reclamante podrá formular la queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid, o a través de la página web www.dgsfp.mineco.es.

Si el contrato de seguro se hubiere realizado por una técnica de comunicación a distancia y el Tomador del seguro fuese una persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, tendrá la facultad unilateral de resolver el contrato sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya acaecido el evento dañoso objeto de cobertura, dentro del plazo de catorce días contados desde la fecha de celebración del contrato.

Esta facultad unilateral se podrá ejercitar por el Tomador del seguro mediante comunicación escrita y firmada, que permita dejar constancia de la comunicación, dirigida al domicilio social del Asegurador, Departamento de Producción, con indicación del número inicialmente asignado para la Póliza.

Garantía de Asistencia Sanitaria en el Extranjero

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.

14.1 ÁMBITO DEL SEGURO Y DURACIÓN

El seguro tiene validez en el mundo entero, excepto en España. Su duración va ligada a la del seguro de asistencia sanitaria del que es complemento.

14.2 VALIDEZ

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el Asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia, fuera de dicha residencia habitual, no exceder de los 60 días por viaje o desplazamiento.

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las garantías señaladas, deben indicar: nombre del Asegurado, número de Póliza del seguro de asistencia sanitaria o tarjeta magnética, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el Asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubieran incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes.

Las prestaciones de carácter médico y de repatriación sanitaria deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al Asegurado con el equipo médico concertados con el Asegurador.

Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de las garantías de repatriación, dicho reembolso revertirá al Asegurador.

14.3 GARANTÍAS CUBIERTAS

1. Repatriación sanitaria de heridos y enfermos.

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o un accidente, el Asegurador se hará cargo:

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

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requiera, será el avión sanitario especial. En otro caso, o en el resto del mundo se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

2. Repatriación de los Asegurados.

Cuando a uno de los Asegurados se le haya repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la garantía 1 anterior y esta circunstancia impida al resto de los familiares asegurados el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hará cargo de los gastos correspondientes a:

- a) El transporte de los restantes Asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado o repatriado.
- b) La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes Asegurados de los que se trata en el punto a) anterior, cuando estos fueran hijos menores de 15 años del Asegurado trasladado o repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

3. Regreso anticipado del Asegurado a causa del fallecimiento de un familiar.

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

Esta garantía será de aplicación en caso de accidente grave en la vivienda del Asegurado

4. Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel.

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado y su internamiento se prevea de duración superior a los 5 días, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del mismo un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado.

Además, el Asegurador se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, hasta 60€ por día y con un máximo de 600€.

5. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización.

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, el Asegurador se hará cargo de:

- a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.

b) Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.

c) Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por Asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, es de 12.000 .

6. Gastos de prolongación de estancia en un hotel.

Cuando sea de aplicación la garantía anterior de pago de gastos médicos, el Asegurador se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del Asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, hasta un importe **de 60€ por día y con un máximo de 600€.**

7. Repatriación de fallecidos y de los Asegurados acompañantes.

El Asegurador se hará cargo de todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del Asegurado, así como de la repatriación hasta el lugar de inhumación en España.

En el caso de que los familiares Asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitirle su billete de regreso contratado, el Asegurador se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

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

8. Transmisión de mensajes urgentes.

El Asegurador se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los Asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

9. Gastos para tratamientos odontológicos de urgencia en el extranjero.

Si como consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas en el extranjero se requiere un tratamiento de urgencia, el Asegurador se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento hasta un máximo de 300€.

10. Envío de medicamentos en el extranjero.

Si el Asegurado desplazado en el extranjero hubiera hecho uso de la garantía 5 (gastos médicos), el Asegurador se encargará del envío de los medicamentos necesarios para la curación del Asegurado, prescritos por un médico, y que no puedan encontrarse en el lugar donde éste se encuentre.

11. Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales.

En caso de robo, pérdida o extravío de equipajes y efectos personales, el Asegurador prestará asesoramiento al Asegurado para la denuncia de los hechos. También, y si los mismos fueran recuperados, el Asegurador se encargará de su expedición hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado de viaje o hasta su domicilio.

12. Informaciones de viaje.

El Asegurador facilitará, a petición del Asegurado, información referente a:

Vacunación y petición de Visados para países extranjeros así como aquellos requisitos que están especificados en la publicación más reciente del T.I.M. (Travel Information Manual)

Manual de Información sobre Viajes, publicación conjunta de catorce miembros de líneas aéreas de I.A.T.A.

El Asegurador no se responsabiliza de la exactitud de la información contenida en el T.I.M., ni de variaciones que puedan realizarse en la citada publicación.

Direcciones y números de teléfono de las embajadas españolas y consulados en todo el mundo, donde los hubiere, según figura en la “Guía de las representaciones de España en el extranjero” editada por el Ministerio de Asuntos Exteriores.

13. Envío y/o reenvío de objetos olvidados y/o robados en el transcurso del viaje.

El Asegurador organizará y tomará a su cargo el coste del reenvío al domicilio del Asegurado de aquellos objetos que hubiese olvidado éste en el lugar o lugares donde hubiera estado durante su viaje.

Esta garantía se extiende a los objetos que se hubieran recuperado después de un robo en este viaje.

Asimismo, el Asegurador enviará al Asegurado donde éste se encuentre, aquellos objetos (de acuerdo con la legislación del país) que se puedan considerar de primera necesidad y que el Asegurado hubiera olvidado en su domicilio al emprender el viaje, **siempre que fueran de reemplazo difícil o costoso en el lugar donde se halle el Asegurado.**

En todos los casos señalados en la presente garantía, el Asegurador únicamente asumirá la organización del envío, así como el coste de éste, **hasta la cantidad de 120€.**

14. Adelanto de fondos en el extranjero.

Si como consecuencia del robo de sus medios de pago (dinero, tarjetas de crédito, cheques de viaje, etc.) el Asegurado se quedase sin fondos para proseguir su viaje, el Asegurador se encargará de facilitarle un adelanto de fondos **hasta un máximo de 600€.**

El Asegurador se reserva el derecho a solicitar al Asegurado algún tipo de aval, garantía o depósito que le asegure el cobro del anticipo.

Para la prestación de esta garantía será indispensable la presentación, por parte del Asegurado, de la denuncia ante las autoridades competentes.

14.4 EXCLUSIONES

- a. Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al Asegurador y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo, salvo en caso de fuerza mayor o de imposibilidad material demostrada.**
- b. Los eventos producidos en España.**
- c. Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones o recaídas.**
- d. La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento o causadas intencionadamente por el titular a sí mismo, así como las derivadas de acciones criminales del titular directa o indirectamente.**
- e. El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.**
- f. Los gastos de prótesis, gafas y lentillas y cualquier tipo de enfermedad mental.**

- g. Los eventos ocasionados en la práctica de los deportes en competiciones oficiales o privadas, así como en entrenamiento o pruebas y las apuestas, y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.
- h. Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9 .
- i. En el traslado o repatriación de fallecidos: los gastos de inhumación y ceremonia.

14.5 FUNCIONAMIENTO

Para la prestación por el Asegurador de los servicios inherentes a las anteriores garantías, es indispensable que el Asegurado solicite su intervención, desde el momento del suceso, al teléfono que se indica en la documentación que se entrega al Asegurado.

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.

15.1 DEFINICIONES

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

15.2 OBJETO DEL SEGURO

15.2.1 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.

15.2.2 Riesgos Excluidos.

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

- a) 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.
- b) Afecciones mentales y/o nerviosas de causa no orgánica.

15.3 PERIODO DE CARENCIA

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.

15.4 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.

15.5 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 de la garantía mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del periodo de la garantía en curso.

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

15.6 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 el Asegurador 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 el Asegurador disponer las visitas de inspección que estime convenientes para comprobar el estado del Asegurado, siempre que no se opongan los médicos que lo asistan.

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

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.

16.1 DEFINICIONES

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

16.2 OBJETOS DEL SEGURO

16.2.1 Riesgos Cubiertos.

El Asegurador 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.

16.2.2 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.**

16.3 ÁMBITO GEOGRÁFICO

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

16.4 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.

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 de la garantía mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del período de la garantía 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 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 ó exención del impuesto de sucesiones y donaciones.
- El Asegurador se reserva el derecho de pedir otra documentación que se estime oportuna.

Cláusula de Indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros de las Pérdidas Derivadas de Acontecimientos Extraordinarios

17.1 DAÑOS EXTRAORDINARIOS EN LAS PERSONAS

Serán indemnizables por el Consorcio de Compensación de Seguros los acontecimientos extraordinarios ocurridos tanto en España como en el extranjero, cuando el Tomador del Seguro tenga su residencia habitual en España y siempre que se haya satisfecho a favor del Consorcio de Compensación de Seguros el recargo correspondiente, en los siguientes supuestos:

1. El riesgo amparado por el Consorcio de Compensación de Seguros no está cubierto por la póliza de seguro concertada con la Compañía Aseguradora.
2. Que, aun estando amparado el riesgo, la Compañía Aseguradora se encuentre en situación concursal.

Serán riesgos cubiertos:

1. Fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, erupción volcánica, tempestad ciclónica atípica y caída de cuerpos siderales y aerolitos.
2. Los ocasionados como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
3. Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad en tiempos de paz.

Riesgos excluidos: los que no dan derecho a indemnización con arreglo a la Ley de Contrato de Seguro; los ocurridos en conflictos armados; los derivados de la energía nuclear; los fenómenos de la naturaleza no especificados entre los riesgos cubiertos; los ocurridos durante el curso de huelgas y manifestaciones legales; los causados por mala fe del Asegurado; los ocurridos antes del pago de la primera prima, o cuando la cobertura del seguro se halle suspendida; los calificados por el Gobierno de la Nación como catástrofe o calamidad nacional.

Conforme al Real Decreto 300/2004, el Tomador del Seguro tiene la facultad de convenir la cobertura de riesgos extraordinarios con cualquier Entidad Aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

17.2 LEGISLACIÓN APLICABLE

Serán de aplicación el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido del Estatuto Legal del Consorcio de Compensación de Seguros; la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro; el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de Riesgos Extraordinarios, y demás disposiciones complementarias.

17.3 PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

En caso de ocurrir un siniestro amparado por la presente cobertura de riesgos extraordinarios, la Compañía Aseguradora facilitará al Tomador del Seguro o sus Beneficiarios la información precisa para solicitar del Consorcio de Compensación de Seguros la indemnización pertinente, el detalle de los documentos a aportar y los modelos oficiales de solicitud de la indemnización, a través de cualquiera de sus Oficinas o Delegaciones.



“MM”

ORS59_ED16_1203

902 555 555
www.mutua.es