

Seguro de Salud

CONDICIONES GENERALES



CONDICIONES GENERALES

Seguro de Salud

CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO PRELIMINAR. DEFINICIONES.....	6
--	---

GARANTÍA BÁSICA

ARTÍCULO 1º. OBJETO DEL SEGURO.....	9
ARTÍCULO 2º. RIESGOS CUBIERTOS.....	9
ARTÍCULO 3º. RIESGOS EXCLUIDOS.....	10

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 4º. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO.....	14
ARTÍCULO 5º. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE SUBSIDIO POR HOSPITALIZACIÓN.....	21
ARTÍCULO 6º. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE MUERTE POR ACCIDENTE.....	22
ARTÍCULO 7º. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DENTAL.....	26

BASES DEL CONTRATO

ARTÍCULO 8º.	28
-------------------	----

DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

ARTÍCULO 9º. AL EFECTUAR EL SEGURO Y DURANTE SU VIGENCIA.....	28
ARTÍCULO 10º. EN CASO DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO.....	28
ARTÍCULO 11º. EN CASO DE DECLARACIÓN DE RIESGO FALSA O INEXACTA.....	29
ARTÍCULO 12º. EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO.....	29

OBLIGACIONES DE LAS PARTES

ARTÍCULO 13º. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y/ O ASEGURADO.....	30
ARTÍCULO 14º. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL ASEGURADOR.....	31

PERFECCIÓN, EFECTO DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

ARTÍCULO 15º. PERFECCIÓN Y EFECTO DEL CONTRATO.....	32
ARTÍCULO 16º. DURACIÓN DEL CONTRATO.....	32
ARTÍCULO 17º. EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL CONTRATO.....	33

PRIMAS

ARTÍCULO 18º. PAGO DE LA PRIMA.....	33
ARTÍCULO 19º. CONSECUENCIAS DEL IMPAGO DE LA PRIMA.....	34
ARTÍCULO 20º. BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRIMAS.....	34

SINIESTROS

ARTÍCULO 21º. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS.....	35
ARTÍCULO 22º. PERÍODOS DE CARENCIA.....	38
ARTÍCULO 23º. ÁMBITO DE COBERTURA.....	39
ARTÍCULO 24º. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.....	39
ARTÍCULO 25º. SUBROGACIÓN.....	39

RESCISIÓN DEL CONTRATO

ARTÍCULO 26°.	40
---------------------------	----

PRESCRIPCIÓN

ARTÍCULO 27°.	40
---------------------------	----

COMUNICACIONES

ARTÍCULO 28°.	40
---------------------------	----

OTRAS DISPOSICIONES

ARTÍCULO 29°. COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN	41
--	----

ARTÍCULO 30°. ÓRGANO DE CONTROL DEL ASEGURADOR	41
---	----

ARTÍCULO 31°. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN	41
--	----

6 | Condiciones Generales

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, y por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, su Reglamento aprobado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, y por lo dispuesto en esta póliza. Asimismo, las partes quedan sometidas a la legislación vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal. Igualmente, por lo convenido en estas Condiciones Generales y las Particulares que se le unen y, eventualmente, las Especiales que puedan acordarse según conste en las citadas Particulares, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Tomador y del Asegurado que no sean aceptadas especialmente por escrito. No requieren esta aceptación las cláusulas que sean consecuencia de un precepto legal.

ARTÍCULO PRELIMINAR. DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por,

- A. ASEGURADOR:** la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado. En este contrato ASEFA, S.A., Seguros y Reaseguros (Unipersonal), inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número C-0715, y con NIF: A-08171605.
- B. TOMADOR DEL SEGURO:** la persona, física o jurídica, que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
- C. ASEGURADO:** la persona física titular del interés objeto del seguro, a quien corresponde, en su caso, los derechos derivados del contrato y que, en defecto del Tomador del Seguro, asume las obligaciones derivadas del mismo.
- D. GRUPO ASEGURABLE:** conjunto de personas físicas delimitadas por alguna característica común distinta de la intención de asegurarse, cada una de las cuales, cumplen las condiciones legales para ser Asegurado.
- E. PÓLIZA:** el documento que contiene las condiciones reguladoras entre las partes o también denominado contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla; así como los cuestionarios o declaración de salud y documentos aportados con carácter previo a su formalización.
- F. PRIMA:** el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

- G. SINIESTRO:** todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de esta póliza. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de asistencias sanitarias derivadas de una misma causa.
- H. 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.
- I. 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 Anexo de servicios de la póliza o en las Condiciones Particulares, que podrán ser actualizados anualmente.
- J. MODALIDAD ACTO MÉDICO:** tipo de seguro definido por poner a disposición del Asegurado un cuadro médico constituido por un amplio número de Proveedores de servicios sanitarios de libre elección para el Asegurado.
- K. MODALIDAD PAGO CAPITATIVO:** tipo de seguro definido por poner a disposición del Asegurado un cuadro médico constituido por un número reducido de Proveedores de servicios sanitarios a los que puede acudir el Asegurado.
- L. PLAZO DE CARENCIA:** período de tiempo que ha de transcurrir para solicitar una prestación médica u otro servicio contratado en póliza, computado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro, o a partir del uso de algunas garantías incluidas en la póliza, durante el cual no tienen efecto algunas de las garantías incluidas en la póliza.
- M. 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 impugnar el contrato alegando 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 de dichas enfermedades anteriores o preexistentes.
- N. ENFERMEDAD:** toda alteración del estado de salud del Asegurado, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente reconocido.
- O. 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

8 | Condiciones Generales

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.

- P. 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.
- Q. CONDICIÓN MÉDICA PREEXISTENTE:** aquel estado o condición de la salud, no necesariamente patológica (por ejemplo embarazo o gestación) que se inicia con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza.
- R. ACCIDENTE:** se entiende por accidente toda lesión corporal objetivamente comprobable producida por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del Asegurado.
- S. PROVEEDORES DE SERVICIOS SANITARIOS:** 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 y de acuerdo con lo establecido en las presentes Condiciones Generales.
- T. GUÍA DE SERVICIOS:** relación de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por ASEFA SEGUROS, a los que el Asegurado puede acudir.
- U. CUESTIONARIO O DECLARACIÓN DE SALUD:** formulario de preguntas, que forma parte del contrato de seguro, facilitado por el Asegurador al Tomador y/o Asegurado y cumplimentado y firmado por éste antes de la formalización de la Póliza, 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.
- V. 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. Se considerará que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de una misma causa inicial y que determinan, en el momento de su manifestación, el criterio de reparación y valoración de dichos daños manifestados y son objeto de una única indemnización.
- W. 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, y que requiera de una inmediata e inaplazable (en pocas horas) atención médico sanitaria.
- X. HOSPITALIZACIÓN:** ingreso del Asegurado en un centro hospitalario.

GARANTÍA BÁSICA

ARTÍCULO 1º. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato, dentro de los límites y condiciones estipulados en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos o Apéndices de Póliza que se emitan, y mediante la aplicación de la prima que en cada caso corresponda, el Asegurador se obliga a poner a disposición del Asegurado una serie de profesionales sanitarios, de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en aquellas especialidades y modalidades que figuran en las Condiciones Especiales indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.

ARTÍCULO 2º. RIESGOS CUBIERTOS

La cobertura de todo ello, queda circunscrita a los límites detallados en dichas Condiciones Especiales, al Cuestionario de declaración del riesgo, así como a los límites detallados en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El derecho de libertad de elección de médico y de centro sanitario por los Asegurados dentro de los que figuran como proveedores sanitarios, supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de ASEFA SEGUROS por los actos de aquéllos, sobre los que ASEFA SEGUROS no tiene capacidad de control por la prohibición de intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. ASEFA SEGUROS, es totalmente ajena a la relación que surja entre el Asegurado y los profesionales y/o centros sanitarios.

Entre las coberturas de este contrato de seguro no se halla la responsabilidad civil derivada de la actuación de los médicos que integran el cuadro de profesionales que prestan la asistencia sanitaria.

El Asegurador se hará cargo, siempre que se cumplan las condiciones establecidas en esta Póliza, del coste de la asistencia sanitaria que los mencionados profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados presten a los Asegurados.

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 21 de las presentes Condiciones Generales de la Póliza y dentro de los servicios cubiertos por la misma.

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, en el periodo de cobertura de este seguro, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre que los estudios de validación de su efectividad sean ratificados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias o sean introducidos como tratamiento generalizado habitual dentro del Sistema nacional de Salud

10 | Condiciones Generales

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria, salvo pacto detallado en las condiciones especiales.

ARTÍCULO 3º. RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

1. La Asistencia Sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o condiciones médicas preexistentes y sus consecuencias, así como 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 fuesen conocidas por el Tomador del Seguro o Asegurado, aun cuando no se hubiera establecido un diagnóstico concreto, y no se hubieran declarado.

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

2. La Asistencia Sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras, motines, revoluciones represiones y maniobras militares, aún en tiempos de paz y terrorismo en cualquiera de sus formas; las causados 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 cataclismos (terremotos, inundaciones y fenómenos sísmicos o meteorológicos).
3. La Asistencia Sanitaria que se precise como consecuencia de las enfermedades o lesiones producidas durante la práctica como aficionado o profesional de actividades o deportes de alto riesgo como: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, competiciones de hípica, parapente, puenting, barranquismo, toreo y encierro de reses bravas, deportes de aventura u otra práctica manifiestamente peligrosa, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.
4. La Asistencia Sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte.
5. 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.

6. Análisis u otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
7. La Medicina y chequeos de carácter preventivo (salvo los detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza). Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización y también queda excluido todo tipo de vacunas y autovacunas (salvo los detallados en las condiciones Especiales de la Póliza).
8. 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.
9. 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 psicológicas). Quedan asimismo excluidos los tratamientos de varices con fin estético, las curas de adelgazamiento, la cirugía bariátrica (tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida) y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los tratamientos capilares.
10. El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos, la psicoterapia individual o en grupo, la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica y cualquier método de asistencia psicológica (salvo los detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza).
11. La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar.
12. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto los indicados en las Condiciones Especiales de la Póliza. El Asegurador no se hace cargo de la conservación, traslado y del órgano a trasplantar.
13. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, cualquier tipo de material ortopédico, materiales biológicos y sintéticos, injertos y el corazón artificial; salvo las que figuran expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza que figura en las Condiciones Particulares. Se

12 | Condiciones Generales

excluyen de la cobertura los expansores de la piel y los implantes de columna.

14. La Tomografía por emisión de Positrones (PET), salvo lo detallado en las Condiciones Especiales de la Póliza.
15. La Medicina Regenerativa, Biológica, la Inmunoterapia así como cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia genética, estudios para la determinación del mapa genético y cualesquiera otra técnica genética, con la exclusiva excepción de aquellas que figuren expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza que figura en las Condiciones Particulares.
16. Los tratamientos médico-quirúrgicos de la roncopatía y de la apnea obstructiva del sueño.
17. Las terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, homeopatía, quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente. Además quedan excluidos los tratamientos médico-quirúrgicos con técnicas de radiofrecuencia, con la excepción de la cirugía de cornetes nasales o turbinoplastia, Amigdalectomía parcial o reducción amigdalar por radiofrecuencia y el uso del láser en quirófano.
18. 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 Especiales de la Póliza.
19. Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con el Asegurador y no haya existido autorización previa del Asegurador para su uso.
20. Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia del acompañante en la clínica (salvo pacto en condiciones especiales), así como otros gastos no indispensables para la necesaria asistencia hospitalaria.
21. Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo que se administren al paciente mientras está hospitalizado como consecuencia de una intervención quirúrgica, salvo los detallados en las condiciones especiales.
22. La Cirugía robótica y los tratamientos que usan láser, salvo los detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza.

23. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional, la rehabilitación en enfermedades crónicas del aparato locomotor cuando se hayan estabilizado las secuelas, así como la rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen. Queda excluida la estimulación precoz.
24. Los tratamientos de Logopedia y foniatría, salvo en aquellos casos que figuran expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza.
25. Tratamientos de diálisis y hemodiálisis, salvo en aquellos casos que figuran expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza que figura en las Condiciones Particulares.
26. Cirugía de cambio de sexo.
27. Los gastos de viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios.
28. Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, centros spa, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, descanso y los tratamientos dietéticos.
29. 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 o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consistan en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo, aunque sean prescritos por un facultativo.

GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS

ARTÍCULO 4º. **GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO**

4.1. **Objeto de la garantía**

Garantizar contra las consecuencias de aquellos riesgos cuyas coberturas se especifican en el presente contrato y que se produzcan como consecuencia de un evento fortuito **en el curso de un viaje fuera del Domicilio Habitual, dentro del Ámbito Territorial cubierto, y con los límites señalados en el mismo**. Las garantías del contrato dejarán de surtir efecto una vez finalizado el viaje y/o al regreso del Asegurado al Domicilio Habitual, tanto si ha sido por repatriación como por hospitalización en el Domicilio Habitual.

4.2. **Duración del viaje**

Las garantías se prestarán para viajes de una duración no superior a 90 días.

4.3. **Domicilio habitual**

Se entiende por domicilio habitual del Asegurado el localizado en España que se hace constar en Condiciones Particulares de la póliza, y desde el que se realicen los desplazamientos cubiertos en el presente contrato.

4.4. **Extranjero**

Se entiende por extranjero a efectos de las garantías, el país distinto a España.

4.5. **Ámbito territorial**

La asistencia será válida en todo el mundo.

Se excluyen, en todo caso, aquellos países que aún reflejados en el ámbito territorial contratado, durante el desplazamiento se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente. En este caso EUROP ASSISTANCE reembolsará aquellos gastos cubiertos y debidamente justificados mediante la factura original acreditativa.

4.6. **Franquicia kilométrica**

La asistencia será válida a partir de 35 km. del Domicilio Habitual del Asegurado (15 km. para Baleares y Canarias).

4.7. Trámites en caso de siniestro

Ocurrido un hecho que pudiera dar lugar a la prestación de alguna de las garantías cubiertas en el contrato, será requisito indispensable la comunicación inmediata del siniestro, a través de llamada desde España al 91 787 52 03, desde el extranjero al (34) 91 787 52 03, fax nº 91 514 99 50, u otro medio que deje constancia de la comunicación de dicho siniestro, quedando expresamente excluidas con carácter general aquellas prestaciones que no hayan sido comunicadas previamente a EUROP ASSISTANCE y aquellas para las que no se hubiera obtenido la correspondiente autorización.

En caso de fuerza mayor que impida realizar este aviso, deberá efectuarse inmediatamente que cese la causa que lo impida.

Establecido el contacto, el asegurado señalará: **Nombre y apellidos, lugar donde se encuentra, teléfono de contacto**, e informará de las circunstancias del siniestro y del tipo de asistencia solicitada.

Recibida la notificación, **EUROP ASSISTANCE** dará las instrucciones necesarias con el objeto de que se preste el servicio requerido. **Si el asegurado actuase de forma contraria a las instrucciones impartidas por EUROP ASSISTANCE, serán de su cuenta los gastos en que incurra por dicho incumplimiento.**

Para el reembolso de cualquier gasto podrá dirigirse a la página web www.europ-assistance.es donde podrá acceder a “tramitaciones on line” para crear su propia solicitud de reembolso y hacer el seguimiento del trámite, o al apartado de correos 36316 (28020 Madrid). En todos los casos será indispensable la presentación de facturas y justificantes originales.

4.8. Trámites en caso de queja por parte del asegurado

EUROP ASSISTANCE pone a disposición de los Asegurados un Servicio de Reclamaciones cuyo Reglamento se puede consultar en la página web www.europ-assistance.es. Podrán presentar quejas los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, Terceros perjudicados o Causahabientes de cualquiera de los anteriores, en el apartado de “Defensa del Cliente” de la web, o dirigiéndose por escrito al Servicio de Reclamaciones:

Servicio de Reclamaciones
C/ Orense, 4 – Planta 14
28020- MADRID

Dicho Servicio, que funciona de forma autónoma, atenderá y resolverá en un plazo máximo de 2 meses las quejas escritas que le son directamente dirigidas, cumpliendo así con la Ley ECO/734/2004 de 11 de marzo y Ley 44/2002 de 22 de noviembre.

16 | Condiciones Generales

Agotada la vía del Servicio de Reclamaciones, el reclamante podrá formular su queja ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones (adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones), cuya dirección es :

Pº de la Castellana, 44
28046- MADRID
www.dgsfp.mineco.es/DGSFP/Comisionado/

4.9. Subrogación

EUROP ASSISTANCE se subroga, hasta el total del coste de los servicios prestados por ella, en los derechos y acciones que correspondan al Asegurado contra toda persona responsable de los hechos y que hayan motivado su intervención. Cuando las garantías realizadas en ejecución del presente Contrato sean cubiertas en todo o en parte por otra entidad Aseguradora, por la Seguridad Social o por cualquier otra institución o persona, **EUROP ASSISTANCE** quedará subrogada en los derechos y acciones del Asegurado frente a la citada compañía o institución.

A estos efectos el Asegurado se obliga a colaborar activamente con **EUROP ASSISTANCE** prestando cualquier ayuda u otorgando cualquier documento que pudiera considerar necesario.

En cualquier caso **EUROP ASSISTANCE** tendrá derecho a utilizar o a solicitar del Asegurado la entrega del título de transporte (billete de tren, de avión, etc.) detentado por este, cuando los gastos de regreso hayan corrido a cargo de **EUROP ASSISTANCE**.

4.10. Responsabilidad

Acaecido un siniestro, EUROP ASSISTANCE no asumirá ninguna responsabilidad respecto a las decisiones y actuaciones que adopte el Asegurado, contrarias a sus instrucciones o las de su Servicio Médico.

4.11. Legislación y jurisdicción

El Asegurado y **EUROP ASSISTANCE** se someten a la legislación y jurisdicción española para los efectos del presente contrato. Será juez competente para el reconocimiento de las acciones derivadas del contrato el del Domicilio Habitual del Asegurado.

4.12. Límites garantizados

Las cuantías económicas que figuran como límite en cada una de las prestaciones de este contrato, se entienden como importes máximos acumulables durante el viaje.

4.13. Garantías cubiertas

4.13.1. Gastos médicos en el extranjero.

En caso de Enfermedad Sobrevenida o Accidente del Asegurado acaecido con carácter imprevisto en el transcurso de un viaje por el extranjero, EUROP ASSISTANCE garantiza hasta el límite de 12.000 euros por cada Asegurado, los gastos enumerados a continuación:

- Honorarios médicos.
- Medicamentos recetados por un médico o cirujano.
- Gastos de hospitalización.
- Gastos de ambulancia ordenados por un médico para un trayecto local.

En caso de que **EUROP ASSISTANCE** no haya intervenido directamente y para que tales gastos sean reembolsables, se deberán presentar las correspondientes facturas originales, que deberán ir acompañadas del informe médico completo, con sus antecedentes, diagnóstico y tratamiento, que permita establecer el carácter de la Enfermedad Sobrevenida.

Los gastos ocasionados serán en todo caso motivo de subrogación por EUROP ASSISTANCE a las percepciones que tenga derecho el Asegurado, por prestaciones de Seguridad Social o por cualquier otro régimen de previsión o aseguramiento privado al que estuviera afiliado.

4.13.2. Gastos odontológicos en el extranjero.

En aplicación de la garantía “Gastos médicos en el extranjero” **y dentro del límite especificado en la misma**, quedan cubiertos los gastos odontológicos, considerados de urgencia, **excluidos la endodoncia, reconstrucciones estéticas de tratamientos anteriores, prótesis, fundas e implantes, hasta un límite de 60,10 euros.**

4.13.3. Prolongación de estancia en hotel por Enfermedad Sobrevenida o Accidente.

Cuando la naturaleza de la Enfermedad Sobrevenida o Accidente imposibilite al Asegurado continuar el viaje, y no fuera necesario el ingreso en clínica o centro hospitalario, **EUROP ASSISTANCE** abonará los gastos que se deriven de la prolongación de estancia en hotel, prescrita por un médico, **hasta un límite de 60,10 euros/día con un máximo de 10 días.**

4.13.4. Traslado sanitario de enfermos y heridos.

En caso de Enfermedad Sobrevenida o Accidente del Asegurado, durante la vigencia del contrato y como consecuencia de un desplazamiento del lugar en que radica su Domicilio Habitual, y siempre que le imposibilite continuar el

18 | Condiciones Generales

viaje, **EUROP ASSISTANCE**, tan pronto sea avisada, organizará los contactos necesarios entre su servicio médico y los médicos que atienden al Asegurado.

Cuando el servicio médico de **EUROP ASSISTANCE** autorice el traslado del Asegurado a un centro hospitalario mejor equipado o especializado cerca de su Domicilio Habitual en España **EUROP ASSISTANCE** efectuará dicho traslado según la gravedad del mismo, mediante:

- Avión sanitario especial
- Tren primera clase.
- Helicóptero sanitario.
- Ambulancia
- Avión de línea regular.

El avión sanitario especial, sólo se empleará en el ámbito geográfico de Europa y países ribereños del Mediterráneo.

Sólo se tendrán en cuenta las exigencias de orden médico para elegir el medio de transporte y el hospital donde deberá ser ingresado el Asegurado.

Si el Asegurado se negara a ser trasladado en el momento y condiciones determinadas por el servicio médico de EUROP ASSISTANCE, se suspenderán automáticamente todas las garantías y gastos resultantes a consecuencia de esa decisión.

4.13.5. Desplazamiento de una persona para acompañar al Asegurado hospitalizado.

Si el Asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún Familiar Directo se encuentra a su lado, **EUROP ASSISTANCE** pondrá un billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase) ida y vuelta, a disposición de un acompañante desde su domicilio habitual en España.

4.13.6. Gastos de estancia de una persona para acompañar al Asegurado hospitalizado.

Si el Asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado más de cinco días y ningún Familiar Directo se encuentra a su lado, **EUROP ASSISTANCE**, abonará en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel, previa presentación de las facturas originales correspondientes **hasta un límite de 60,10 euros/día, y hasta un máximo de 10 días.**

4.13.7. Transporte de restos mortales.

En caso de fallecimiento del Asegurado, acaecido en el transcurso de un desplazamiento cubierto en el presente contrato, **EUROP ASSISTANCE** organizará y tomará a su cargo el transporte de los restos mortales hasta el

lugar de inhumación en España, dentro del término municipal de su Domicilio Habitual, así como los gastos de embalsamamiento, ataúd mínimo obligatorio y formalidades administrativas. **En ningún caso se extiende esta cobertura a los gastos de pompas fúnebres e inhumación.**

4.13.8. Envío de medicamentos al extranjero.

En caso de que el Asegurado necesite un medicamento que no pueda adquirirse en el lugar donde se encuentre, **EUROP ASSISTANCE** se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y con sujeción a la Legislación Local.

El Asegurado tendrá que reembolsar a **EUROP ASSISTANCE**, a la presentación de la factura, el precio del medicamento.

Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales de distribución en España y aquellos para los que exista un medicamento con el mismo principio activo en el país donde se encuentra el Asegurado.

4.13.9. Información o comunicación a la familia en caso de enfermedad grave o accidente corporal.

Si el Asegurado se encuentra en un desplazamiento por el extranjero por motivos de estudios o trabajo y sufriera una enfermedad grave o accidente corporal, **EUROP ASSISTANCE** se encargará de ponerse en contacto con su familia y mantenerla informada de su evolución.

EUROP ASSISTANCE se reserva el derecho a solicitar los documentos oportunos y necesarios para poder llevar a cabo la presente garantía.

4.14. Exclusiones

- 4.14.a) Enfermedades, lesiones o afecciones preexistentes o crónicas, padecidas por el Asegurado con anterioridad al inicio del viaje así como aquellas que se manifiesten en el transcurso del mismo.**
- 4.14.b) Renuncia, retraso o adelanto voluntario por parte del Asegurado al traslado sanitario propuesto por **EUROP ASSISTANCE** y acordado por su servicio médico.**
- 4.14.c) Enfermedades mentales, revisiones médicas de carácter preventivo (chequeos), curas termales, cirugía estética y aquellos casos en que el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico o intervención quirúrgica, tratamientos de medicinas alternativas (homeópatas, naturistas, etc), los gastos derivados de tratamientos fisioterapéuticos y/o rehabilitadores así como aquellos afines a estos.**

20 | Condiciones Generales

Así mismo, queda excluido el diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, salvo que se trate de atención de carácter urgente, y siempre anterior al sexto mes.

- 4.14.d) **La participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas.**
- 4.14.e) **Las consecuencias derivadas de la práctica de deportes de invierno.**
- 4.14.f) **La práctica de deportes en competición o competición motorizada (carrera o rally), así como la práctica de actividades peligrosas o de riesgo enumeradas a continuación:**
 - **Boxeo, halterofilia, lucha (en sus distintas clases), artes marciales, alpinismo con acceso a glaciares, deslizamiento en trineos, inmersión con aparatos respiratorios, espeleología y esquí con saltos de trampolín.**
 - **Deportes aéreos en general.**
 - **Deportes de aventura, tales como rafting, puenting, hidrospeed, barranquismo y similares. En estos casos EUROP ASSISTANCE solo intervendrá y tomará a su cargo, los gastos producidos por el Asegurado desde el momento en que éste se encuentre bajo tratamiento en un centro médico.**
- 4.14.g) **Suicidio, intento de suicidio o autolesiones del Asegurado.**
- 4.14.h) **Rescate de personas en montaña, sima, mar o desierto.**
- 4.14.i) **Las enfermedades o accidentes derivados del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes, drogas o medicamentos, salvo que éstos últimos hayan sido prescritos por un médico.**
- 4.14.j) **Actos dolosos del Tomador/ Asegurado/ Causahabientes.**
- 4.14.k) **Epidemias y/o enfermedades infecciosas de aparición repentina y propagación rápida en la población, así como las provocadas por una polución y/ o contaminación atmosférica.**
- 4.14.l) **Guerras, manifestaciones, insurrecciones, movimientos tumultuosos populares, actos de terrorismo, sabotajes y huelgas, estén o no declaradas oficialmente. La transmutación del núcleo del átomo, así como de las radiaciones provocadas por la aceleración artificial de partículas atómicas. Movimientos telúricos, inundaciones, erupciones volcánicas y, en general**

los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza. Cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.

- 4.14.m) El traslado sanitario de enfermos o heridos originado por afecciones o lesiones que puedan tratarse “in situ”.
- 4.14.n) Los gastos de gafas y lentillas, así como la adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas de cualquier tipo tales como collarín.
- 4.14.o) El reembolso de los gastos médicos, quirúrgicos y farmacéuticos cuyo importe sea inferior a 50 euros.

ARTÍCULO 5º. **GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE SUBSIDIO POR HOSPITALIZACIÓN**

5.1. **Objeto del seguro**

El Asegurador 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 ingresado en un centro hospitalario.

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.

5.2. **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.**

22 | Condiciones Generales

5.3. Periodo de carencia

La cobertura de la presente garantía comenzará transcurrido SEIS MESES desde la toma de efecto de este contrato, excepto para los casos de accidente en que los derechos serán inmediatos.

5.4. 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.

5.5. 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.

5.6. Tramitación de siniestros

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.

ARTÍCULO 6º. **GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE MUERTE POR ACCIDENTE**

6.1. Objeto del seguro

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.

6.2. 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 aun 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.

6.3. Ámbito geográfico

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

6.4. 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.

6.5. 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.

24 | Condiciones Generales

6.6. Tramitación del siniestro

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

- Certificado del médico que haya asistido al Asegurado en el que se detallará las circunstancias y causas del fallecimiento.
- Documentos justificantes de su derecho.
- Carta de pago o exención del impuesto de sucesiones y donaciones.

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.

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, y modificado por la Ley 12/2006, de 16 de mayo, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

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

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

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

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. Acontecimientos extraordinarios cubiertos

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

2. Riesgos excluidos:

- a. Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.
- b. Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.
- c. Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.
- d. Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.
- e. Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, y en particular, los producidos por elevación del nivel freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.
- f. Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, 42968 Jueves 7 diciembre 2006 BOE núm. 292 de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios conforme al artículo 1 del Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios.

26 | Condiciones Generales

- g. Los causados por mala fe del asegurado.
- h. Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i. Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. Extensión de la cobertura

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

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO INDEMNIZABLE POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

En caso de siniestro, el asegurado, tomador, beneficiario, o sus respectivos representantes legales, directamente o a través de la entidad aseguradora o del mediador de seguros, deberá comunicar, dentro del plazo de siete días de haberlo conocido, la ocurrencia del siniestro, en la delegación regional del Consorcio que corresponda, según el lugar donde se produjo el siniestro. La comunicación se formulará en el modelo establecido al efecto, que está disponible en la página «web» del Consorcio (www.consorseguros.es), o en las oficinas de éste o de la entidad aseguradora, al que deberá adjuntarse la documentación que, según la naturaleza de las lesiones, se requiera.

Para aclarar cualquier duda que pudiera surgir sobre el procedimiento a seguir, el Consorcio de Compensación de Seguros dispone del siguiente teléfono de atención al asegurado: 902 222 665.

ARTÍCULO 7º. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DENTAL

7.1. Objeto del seguro

El Asegurador proporcionará a los Asegurados la asistencia en medicina odontológica y servicios de ortodoncia que figuran en la tabla baremo. La

asistencia se prestará a través de los servicios propios o concertados por la entidad. Será necesaria la aceptación por parte del Asegurado del tratamiento protésico y del presupuesto Efectuado por el odontólogo o el ortodoncista y el abono de la participación correspondiente en el coste del servicio que se solicita. El Asegurado participará en el coste de los servicios de acuerdo con las cantidades que figuran en la tabla baremo de los servicios garantizados.

Los trabajos de prótesis tendrán una garantía de un año, en caso de desgaste o deterioro a causa de su utilización correcta.

No serán objeto del seguro la medicación y cualquier otro tipo de prestación o asistencia sanitaria que no figure en la tabla baremo de servicios garantizados, o bien que esté expresamente excluida.

7.2. Duración

Durante la asistencia del Asegurado, y hasta su curación o finalización del tratamiento odontológico, el Asegurador no podrá rescindir la póliza. Además de prestar la asistencia Asegurada, el Asegurador tendrá que entregar al Asegurado la póliza y la dirección de los centros odontológicos y/o de ortodoncia, con sus direcciones con la especificación del teléfono permanente de urgencia.

7.3. Utilización de los servicios

A efectos de este seguro se da por comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación del servicio al especialista.

Al requerir los servicios que sean necesarios, el Asegurado enseñará el último recibo de prima satisfecho, que deberá tener vigencia.

7.4. Urgencias permanentes

En los casos de urgencia, el Asegurado deberá acudir directamente al centro de urgencia permanente establecido, que figura en el anexo de servicios garantizados.

7.5. Personas asegurables

No podrán contratar la prestación las personas con edad igual o superior a 65 años. Para aquellas personas que cumplan 65 años estando asociadas, la Entidad aceptará la prórroga del seguro siempre y cuando acrediten una antigüedad mínima en el documento de asociación de 10 años.

7.6. Período de carencia

Se tendrá acceso inmediato a todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el Asegurador, así como a las visitas de urgencia.

BASES DEL CONTRATO

ARTÍCULO 8º.

La solicitud y el cuestionario de Salud cumplimentados por el Tomador del Seguro, así como la proposición del Asegurador, en su caso, en unión de esta póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo alcanza, dentro de los límites pactados, a los riesgos en la misma especificados. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

ARTÍCULO 9º. AL EFECTUAR EL SEGURO Y DURANTE SU VIGENCIA

1. La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro y/o el Asegurado, en el Cuestionario de Salud al que ha sido sometido por el Asegurador, que han motivado la aceptación del riesgo por el mismo, y la fijación de la prima.
2. El Tomador del Seguro y/o el Asegurado tienen el deber, antes de concertar el contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario anteriormente citado, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

ARTÍCULO 10º. EN CASO DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

1. El Tomador del Seguro y/o el Asegurado deberán, durante la vigencia del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y circunstancias declaradas en el cuestionario anterior a la emisión de la póliza que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado, o lo habría concluido en condiciones más gravosas.
2. En los seguros de personas, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado, una vez en vigor el contrato, no tienen obligación de comunicar la variación de aquellas circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.
3. En el caso de que, existiendo propuesta de seguro por parte del Asegurador, aceptada o no por el Tomador del Seguro, o incluso durante la vigencia de la póliza, le fuese comunicada al Asegurador una agravación del riesgo, éste puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en un

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

4. **El Asegurador podrá igualmente rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.**
5. Si sobreviniera un siniestro sin haberse realizado declaración de agravación del riesgo, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador del Seguro y/o el Asegurado hubiera 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.

ARTÍCULO 11°. EN CASO DE DECLARACIÓN DE RIESGO FALSA O INEXACTA

1. **El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro y/o Asegurado, en el plazo de un mes a contar desde la fecha en que tuvo conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro** (ya sea por no responder con veracidad u ocultando de forma consciente información o circunstancias relevantes en el Cuestionario de Salud). Desde el momento mismo en que el Asegurador haga esta declaración, quedarán en su propiedad las primas correspondientes al período en curso, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.

ARTÍCULO 12°. EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO

1. El Tomador del Seguro y/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 Tomador del Seguro.
2. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir 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 el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

OBLIGACIONES DE LAS PARTES

ARTÍCULO 13º. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y/ O ASEGURADO

El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado, tiene 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. 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 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 domicilio del Asegurado. Si el cambio de domicilio supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en el artículo 10º; si por el contrario supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el artículo 12º.
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. Los hijos recién nacidos tendrán derecho de ser incluidos en la Póliza desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador del Seguro 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.

6. 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.
7. 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.
8. Acreditar ante cualquier facultativo o centro sanitario de la Guía de Servicios su condición de Asegurado, mediante la presentación de la tarjeta sanitaria de la Compañía. Igualmente estará obligado a mostrar su Documento Nacional de Identidad o, en su caso, documento oficial identificativo (pasaporte, NIE, etc.), si le fuese requerido.

ARTÍCULO 14º. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL ASEGURADOR

Además de asumir el coste de la asistencia sanitaria que los profesionales, centros y 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 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.

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 profesionales, centros y servicios sanitarios concertados.

PERFECCIÓN, EFECTO DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

ARTÍCULO 15°. PERFECCIÓN Y EFECTO DEL CONTRATO

1. El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. **La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima correspondiente**, salvo pacto en contrario en las condiciones particulares de la póliza.
2. **En caso de demora en el cumplimiento de los requisitos anteriores, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplidos.**
3. Salvo en el caso anterior, las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las condiciones particulares de la póliza.
4. El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito.

ARTÍCULO 16°. DURACIÓN DEL CONTRATO

1. La duración del contrato es la indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, siendo el vencimiento de la misma a las 24:00h del día 31 de diciembre de la anualidad en que tiene efecto el contrato.
2. En las pólizas anuales, a la finalización de este periodo, se entenderá prorrogado el contrato por un plazo de un año, y así sucesivamente al vencimiento de cada anualidad.

No obstante, las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador del Seguro, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

El Asegurador no podrá oponerse a la prórroga después del tercer vencimiento anual de la Póliza, con la excepción de los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del Tomador del seguro y/o Asegurado.

La renuncia del Asegurador a su derecho de rescisión del contrato se condiciona a la aceptación por el Tomador de seguro tanto de la variación anual de primas futuras que se calculan y comunican conforme a los criterios técnicos como de la variación anual de prestaciones y garantías que se determinan y comunican conforme a los criterios expuestos en el artículo 20 de la póliza.

El Asegurador no podrá oponerse a la prórroga y rescindir el contrato durante la asistencia o tratamiento en régimen hospitalario del Asegurado y hasta la fecha en que obtuviera el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

ARTÍCULO 17º. EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL CONTRATO

1. **Si, durante la vigencia del seguro, se produjera la desaparición del interés o el fallecimiento del Asegurado, desde este momento el contrato del seguro quedará extinguido y el Asegurador tiene el derecho a hacer suya la prima no consumida.**
2. **El contrato será nulo si, en el momento de su conclusión, ya hubiere ocurrido el siniestro.**

PRIMAS

ARTÍCULO 18º. 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 primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas deberán hacerse efectivas en los correspondientes vencimientos.

Para el pago mediante domiciliación bancaria, el Tomador del Seguro deberá dar cumplimiento a la Ley 16/2009, de 13 de noviembre o normativa SEPA, remitiendo al Asegurador autorización firmada del Anexo adjunto a las Condiciones Generales y las Particulares, el cual incluye modelo de mandato u orden de domiciliación bancaria.

Este documento es requisito indispensable para el cobro de la prima, en caso de no ser devuelto dentro de los 30 días siguientes a su recepción, el Asegurador estará facultado para proceder a la rescisión de la póliza.

2. 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.

ARTÍCULO 19°. CONSECUENCIAS DEL IMPAGO DE LA PRIMA

1. Conforme al artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguros si por culpa del Tomador del Seguro, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares de la póliza, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.
2. En caso de falta de pago de una de las primas sucesivas o fracciones de prima, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.
3. **Las primas del seguro son anuales, si bien puede pactarse expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza el fraccionamiento de su pago, lo que se entenderá como una facilidad de pago para el Tomador y aplazamiento del mismo. El impago de una de las fracciones de pago dará derecho a al Asegurador a reclamar judicialmente el resto de recibos fraccionados que completan la anualidad.**
4. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.
5. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los apartados anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del Seguro y/o el Asegurado haya realizado el pago de la prima.

ARTÍCULO 20°. BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRIMAS

Las primas de la Póliza se han calculado siguiendo métodos matemáticos que prevén una provisión técnica de envejecimiento y que aplica un suplemento de prima destinado a constituir un margen de seguridad suficiente.

De acuerdo con lo establecido en los artículos 94 y 95 de la Ley de Ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, **el Asegurador fijará cada año las primas a aplicar en cada anualidad**, en función de los cálculos técnicos actuariales realizados, adaptándolas a la variación de costes de los servicios sanitarios, la modificación de capitales asegurados, a la frecuencia en la utilización de las prestaciones garantizadas, a la incorporación de nuevas técnicas diagnósticas o terapéuticas y servicios sanitarios que pasan a formar parte de las coberturas que se incluyen a posteriori como consecuencia de los avances de la ciencia médica.

Todas estas actualizaciones que supongan una modificación de prima, franquicias, copagos e inclusión de garantías o prestaciones serán comunicadas al Tomador del Seguro dos meses antes del vencimiento del periodo de cobertura del seguro en curso y antes de que puedan entrar en vigor.

El Tomador del Seguro, una vez recibida la comunicación escrita del Asegurador relativa a las nuevas condiciones del contrato para la siguiente anualidad, lo que habrá sido notificado 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 de prestación de servicios ofrecidas, o la extinción del mismo al vencimiento del periodo de 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 la prórroga.

La prima se establecerá de acuerdo con el domicilio que figura en la póliza y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados de la póliza en cada momento y de acuerdo con las tarifas que el Asegurador tenga en vigor para ese ejercicio. El Tomador da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan tanto dentro de una misma anualidad, como en cada vencimiento en el importe de las primas.

SINIESTROS

ARTÍCULO 21º. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

1. Prestación de los servicios

El Asegurado podrá acudir libremente a las consultas de los médicos especialistas que formen parte de la Guía de Servicios (Cuadro Médico), **es requisito imprescindible presentar para identificarse la tarjeta sanitaria de la Compañía**, un cheque-asistencia personal del Asegurado u otro documento acreditativo.

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará únicamente en el Territorio Nacional. Los gastos de desplazamiento serán siempre a cargo del Asegurado.

El Asegurador no se hace responsable de honorarios de facultativos no incluidos en la Guía de Servicios (Cuadro Médico) de la misma. Asimismo, el Asegurador no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con el Asegurador, cualquiera que sea

36 | Condiciones Generales

el facultativo prescriptor o realizador de los mismos, salvo que el Asegurador hubiere autorizado previamente los mismos.

Los datos actualizados de los facultativos se encuentran en las instalaciones del Asegurador a disposición del Asegurado y en su web www.asefa.es.

2. Urgencias

Para requerir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente al Centro de Urgencia Permanente que el Asegurador tiene establecido y cuya dirección figura en la documentación facilitada al Asegurado.

El servicio de urgencia de carácter domiciliario se garantiza en aquellas poblaciones en las que la Entidad tenga concertado dicho servicio.

3. Autorizaciones

Los servicios cubiertos por la póliza pueden ser de libre acceso o requerir una Autorización previa por parte del Asegurador. Son de libre acceso las consultas de asistencia primaria, especialistas y las consultas de urgencia, así como los medios de diagnóstico básicos. **Requerirán Autorización previa los ingresos hospitalarios, las intervenciones quirúrgicas, los traslados en ambulancia, los actos terapéuticos, los medios de diagnóstico complejos, la Medicina preventiva y los trasplantes detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza.**

Las prestaciones sanitarias que requieren la Autorización expresa previa por parte del Asegurador deberán ser ordenadas por escrito por un médico, siendo necesario en el caso en que así lo requiera el Asegurador, además de la citada prescripción acompañar un informe del médico prescriptor. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un centro concertado con el Asegurador y el motivo de la prestación estar incluido entre los servicios cubiertos por la póliza. Una vez otorgada la Autorización, vinculará económicamente al Asegurador dentro de los límites detallados en la misma, salvo que en dicha comunicación se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza. **En los casos de asistencia de urgencia será suficiente, a estos efectos, la orden de un médico; pero el Asegurado, en los supuestos que la urgencia derive en un ingreso hospitalario, deberá obtener la confirmación escrita del Asegurador dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso.**

En este último supuesto, el Asegurador quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en caso de entender que la Póliza no cubre el acto médico o la hospitalización.

4. Hospitalización

El Asegurador no se hará cargo de los gastos de Hospitalización en Centros no concertados. En estos supuestos de Urgencia Vital, el Asegurado, o en su caso, sus familiares, deberán comunicar y acreditar esta circunstancia al Asegurador en el plazo máximo de las setenta y dos horas siguientes al ingreso. Será requisito indispensable para que la Entidad se haga cargo de los gastos que la Hospitalización se haya realizado en el centro más próximo al lugar donde se produzca la Urgencia Vital y que no se trate de un Centro Público. Una vez sea posible, se deberá trasladar al Asegurado a un Centro concertado con el Asegurador.

Las Autorizaciones de internamiento en Centros Hospitalarios facilitadas por el Asegurador tendrán un límite de días de estancia relacionado con las previsiones escritas por el médico que ordene el ingreso.

Para obtener una o más prórrogas de los días de Hospitalización, el Asegurado deberá solicitarlas del Asegurador aportando un nuevo informe médico en el que se señalen las razones de dicha prórroga y las previsiones de estancia al respecto. **En ningún caso se aceptará como motivo de permanencia problemas de tipo social, familiar o laboral (dificultades de atención familiar en el domicilio etc.).**

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.

5. Asistencia domiciliaria

Con respecto a las visitas domiciliarias, el Asegurador se obliga a prestar los servicios únicamente en el domicilio del Asegurado que figura en la póliza, siempre y cuando esté concertado dicho servicio por el Asegurador en esa zona; 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. El Asegurador se obliga a emitir el correspondiente suplemento de cambio de domicilio.

Se podrá solicitar un servicio a domicilio cuando, por el estado de salud del enfermo, el desplazamiento a una consulta o centro hospitalario es médicamente desaconsejable.

6. Libertad de elección de médico

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

38 | Condiciones Generales

Médico del Asegurador. El Asegurado se dirigirá directamente al facultativo elegido.

7. Franquicias y copagos

Los importes que el Asegurado deberá abonar en concepto de franquicia o copago por cada una de las prestaciones vendrán determinados en las Condiciones Particulares o Especiales de la póliza, de igual manera se encontrarán detallados los servicios que tienen franquicia asociada.

El importe de las franquicias y de las participaciones en el coste de los servicios podrá ser actualizado por el Asegurador de conformidad con lo establecido en las presentes Condiciones Generales de la Póliza.

ARTÍCULO 22º. PERÍODOS DE CARENCIA

1. 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.
2. **Se exceptúan del principio general anterior los siguientes servicios:**
 - a. **Los servicios detallados en el apartado “Medios de Diagnóstico Complejos” de las Condiciones Especiales de la Póliza tendrán un periodo de carencia de tres meses, exceptuando, con carácter general, las Endoscopias, PET, Polisomnografía, Radiología Intervencionista y todas las pruebas para el seguimiento del embarazo, que tendrán un período de carencia de seis meses.**
 - b. **Todos los tratamientos terapéuticos detallados en la descripción de la cobertura de la póliza que se encuentran en las Condiciones Especiales de la Póliza tendrán un periodo de carencia de seis meses.**
 - c. **Los servicios detallados dentro del apartado de las Condiciones Especiales de la Póliza de Medicina Preventiva tendrán un periodo de carencia de tres meses, a excepción de la Vasectomía y Ligadura de Trompas que será de seis meses.**
 - d. **Las hospitalizaciones en centros sanitarios tendrán un periodo de carencia de diez meses con excepción de la hospitalización quirúrgica y la hospitalización médica que tendrán un periodo de carencia de seis meses.**
 - e. **La Preparación al Parto y las Prótesis cubiertas por la póliza y descritas en las Condiciones Especiales de la Póliza tendrán un periodo de carencia de seis meses.**

3. De forma excepcional, en casos de Urgencia Vital, de partos en los que peligre la vida del feto o de la madre, o en partos prematuros, entendiéndose por tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación, se tendrá derecho a la asistencia desde la fecha de entrada en vigor del contrato.
4. Podrán establecerse períodos de carencia distintos para servicios complementarios o modificarse los expresados en los números indicados siempre que se determine su duración en las Condiciones Particulares.
5. En aquellas Pólizas en las que se detalle en las Condiciones Particulares que los Asegurados gozarán de derechos inmediatos a los servicios de la Póliza.

ARTÍCULO 23º. ÁMBITO DE COBERTURA

Las garantías del presente seguro se extenderán a la provincia que figure en el dirección de la póliza, salvo lo establecido para la Garantía Complementaria de prestación de Asistencia en el Extranjero.

ARTÍCULO 24º. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que el Asegurador pone a disposición del Asegurado y de quienes éste solicita la asistencia, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, ASEFA SEGUROS en ningún caso, responderá de los actos y/u omisiones de los profesionales, centros y servicios sanitarios antes mencionados, siendo la relación entre éstos y los Asegurados totalmente ajena a ASEFA SEGUROS.

ARTÍCULO 25º. SUBROGACIÓN

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.

RESCISIÓN DEL CONTRATO

ARTÍCULO 26°.

1. Tanto el Tomador del Seguro como el Asegurador podrán rescindir el contrato unilateralmente en el siguiente caso:
 - a. A cada vencimiento anual, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 16° de estas Condiciones Generales.
2. La rescisión del contrato efectuada de acuerdo con lo previsto en el apartado 1 .a) de este artículo 26°, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes en relación con los siniestros que se hubieran declarado.
3. El Asegurador podrá igualmente rescindir el contrato en los siguientes casos:
 - a. En caso de impago de la prima, de acuerdo con el artículo 15 de la Ley de Contrato del Seguro y artículo 15° de las Condiciones Generales.
 - b. En caso de agravación de riesgo, de acuerdo con los artículos 11° y 12° de la Ley de Contrato del Seguro y artículo 7° de las Condiciones Generales.
 - c. En caso de omisión o inexactitud en la declaración por parte del Tomador del Seguro a la suscripción, o durante el transcurso del contrato, de acuerdo con el artículo 10° de la Ley de Contrato del Seguro y artículo 8° de las Condiciones Generales.

PRESCRIPCIÓN

ARTÍCULO 27°.

Las acciones que se deriven del presente contrato prescribirán en el término de cinco años a contar desde la fecha en que pudieran ejercitarse.

COMUNICACIONES

ARTÍCULO 28°.

1. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro o Asegurado se considerarán válidas si se han dirigido al último domicilio del mismo conocido por aquél.

De igual manera el Asegurador podrá hacer uso, con el único fin de notificar información relacionada con las condiciones del contrato, de medios telemáticos como el correo electrónico personal y SMS al número de teléfono

móvil facilitados previamente por el Tomador, aceptando este último dichas modalidades de comunicación.

Las del Tomador del Seguro al Asegurador deberán remitirse al domicilio social de éste, o al de la oficina o sucursal que haya intervenido en la gestión de la póliza.

2. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro o el Asegurado a un Agente de Seguros, surtirán los mismos efectos que si hubieran sido realizadas directamente al Asegurador, salvo pacto en contrario.
3. Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro o el Asegurado surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador del Seguro o el Asegurado, salvo indicación en contrario de éstos.

OTRAS DISPOSICIONES

ARTÍCULO 29º. COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN

Será Juez competente, para las acciones derivadas del contrato de seguro, el del domicilio del Asegurado en España.

ARTÍCULO 30º. ÓRGANO DE CONTROL DEL ASEGURADOR

El control de la actividad del Asegurador corresponde al Estado español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda.

ARTÍCULO 31º. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

Procedimiento para realizar una reclamación por no estar conformes con las decisiones adoptadas por ASEFA.

1. Sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el Tomador del Seguro, el Asegurado, el Beneficiario, Perjudicado o Derechohabientes de cualquiera de ellos, así como los terceros perjudicados, podrán presentar reclamación, contra aquellas prácticas del Asegurador que consideren abusivas o que lesionen los derechos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias:
 - a. **Oficinas de Consumo**, conforme al procedimiento arbitral que establece la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.
 - b. **Centros de Mediación**, según los términos previstos en la Ley 5/2012 de 6 julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

42 | Condiciones Generales

- c. **La Unidad de Servicio al Cliente de ASEFA**, en el domicilio social de la propia compañía aseguradora, en el teléfono 91 781 22 23 o a través de su web www.asefa.es
- d. **Servicio de Reclamaciones para la Defensa del Cliente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones**, conforme al procedimiento que establece el Reglamento de Ordenación de los Seguros Privados y la Orden ECO/734/2004.

Unidad de Servicio al Cliente.

La reclamación se presentará por escrito ante la Unidad de Servicio al Cliente de ASEFA, sita en Madrid (28050), Avda. de Manoteras, 32 – Edificio A, teléfono 91 781 22 23, fax 91 781 22 22, correo electrónico atencionalcliente@asefa.es

La Unidad de Servicio al Cliente tiene asignadas competencias absolutas para resolver cualquier reclamación hecha por un Tomador del Seguro, un Asegurado, un Beneficiario o cualquiera de sus Derechohabientes, que se derive de un contrato de seguro, conforme a su Reglamento de Funcionamiento.

Dicha Unidad acusará recibo, también por escrito, de su recepción, con indicación del número de reclamación que le ha correspondido, así como el nombre de la persona que tramitará la reclamación.

En esta Unidad se estudiará dicha reclamación, contestándole la resolución que se adopte por escrito en el menor plazo posible, y siempre antes de que transcurran dos meses desde la fecha de presentación. En dicha resolución se explicarán los motivos que ha considerado la Unidad de Servicio al Cliente de ASEFA para tomar una decisión.

Servicio de Reclamaciones para la Defensa del Cliente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Si la resolución es denegatoria, el reclamante podrá acudir al Servicio de Reclamaciones para la Defensa del Cliente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid, acreditando por escrito la Resolución denegatoria de la Unidad de Servicio al Cliente de ASEFA.

El Servicio de Reclamaciones para la Defensa del Cliente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, comprobados los antecedentes, procederá a la apertura del correspondiente procedimiento administrativo, dando audiencia a las partes, y terminando con la Resolución correspondiente.

2. Asimismo, si las dos partes contratantes mostraran su conformidad, podrán someter sus diferencias a la decisión arbitral en conflictos para asuntos de libre disposición conforme a derecho.
3. En cualquier caso, el reclamante puede acudir a los Tribunales de Justicia competentes en defensa de sus derechos.

El Tomador del Seguro reconoce haber recibido, leído y entendido el contenido de esta Póliza o Contrato de Seguro de Salud, y acepta las condiciones del mismo, tanto las que delimitan y definen el riesgo, como las que fijan las prestaciones aseguradas, y declara expresamente aceptar las exclusiones y limitaciones de cobertura resaltadas todas ellas convenientemente, considerando el texto del presente documento como un todo indivisible, lo que también suscribe el Asegurador, otorgando ambas partes su pleno consentimiento.

Leído y conforme
EL TOMADOR DEL SEGURO
P.P.

Asefa S.A.
Seguros y Reaseguros.
P.P.



Director Técnico

DELEGACIÓN NORTE

Tel.: 944 702 332 / Fax: 944 701 543
bilbao@asefa.es

Oficina Territorial A Coruña

Tel.: 981 160 374 / Fax: 981 160 273
coruna@asefa.es

DELEGACIÓN NORDESTE

Tel.: 932 658 587 / Fax: 932 653 462
barcelona@asefa.es

DELEGACIÓN CENTRO

Tel.: 917 182 200 / Fax: 917 812 222
madrid@asefa.es

Oficina Territorial Valencia

Tel.: 961 199 612 / Fax: 961 199 601
valencia@asefa.es

DELEGACIÓN SUR

Tel.: 954 467 610 / Fax: 954 467 612
sevilla@asefa.es

Centros Médicos propios

Centro Médico Magariños

Calle de Serrano, 129 / 28006 Madrid
Tel.: 917 82 25 55
info@cmmagarinos.es

Centro Médico La Boreal

C/ Provença, 360 / 08037 Barcelona
Tel.: 932 651 514
centromedicoboreal@asefa.es

asefa
salud

917 886 744

900 828 829

www.asefasalud.es

Avda. de Manoteras, 32 Edificio A 28050 Madrid