

Condiciones Generales

SALUD

ESPECIALISTAS



Índice

01 Preliminar	2
02 Definiciones	2
03 ¿Qué aseguramos?	4
04 ¿Quien puede contratar el seguro? ¿Quién puede ser asegurado?	4
05 Garantías aseguradas ¿Qué se cubre y qué no se cubre?	4
06 Exclusiones comunes y derecho de elección del médico	8
07 Asistencia sanitaria y derecho de elección del médico	9
08 Cláusula de subrogación	10
09 Perfección, efectos, duración y resolución del contrato	10
10 Periodos de carencia	11
11 Pago de primas	11
12 Declaraciones del riesgo	12
13 Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador del seguro y/o asegurado	13
14 Otras obligaciones de la aseguradora	13
15 Pérdida de derechos del asegurado	14
16 Comunicaciones	14
17 Grabación conversaciones telefónicas	14
18 Contratación a distancia	14
19 Recargos e impuestos	15
20 Atención al cliente, quejas y reclamaciones	15
21 Jurisdicción	15
22 Prescripción	15
23 Tratamiento de los datos de carácter personal	16
Servicios adicionales	17
Atención al cliente	18
¿Cómo acceder al servicio?	19
Servicios que requieren autorización	19
Preguntas frecuentes	20

01 PRELIMINAR

Este contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE de 17 de octubre de 1980) y demás normas que lo complementan, por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean de aplicación y por lo convenido en las condiciones generales, particulares y especiales del contrato.

Igualmente al presente contrato le es aplicable la Ley 20/2015 de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencias de las entidades aseguradora y reaseguradoras, el reglamento que la desarrolla y demás normas complementarias.

Integran el presente contrato: la solicitud, la declaración de estado de salud, las condiciones generales, particulares y especiales, las cláusulas limitativas y los suplementos o apéndices que se emitan al mismo.

El control de la actividad aseguradora de Divina Pastora Seguros, Mutua de Seguros ("Divina Seguros"), corresponde al Reino de España y, en concreto, al Ministerio de Economía y Competitividad a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

02 DEFINICIONES

¿QUIÉN ES QUIÉN?

ASEGURADOR: entidad aseguradora que asume el riesgo contractualmente pactado. Divina Pastora Seguros, Mutua de Seguros (en adelante, "entidad aseguradora", "Divina Seguros").

TOMADOR DEL SEGURO: la persona física o jurídica que, junto con el asegurador, suscribe el presente contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, y en especial, el pago de la prima.

ASEGURADO/ BENEFICIARIO: persona física, titular del interés asegurado, con derecho a las prestaciones y coberturas aseguradas.

ATS/DUE: asistente Técnico Sanitario o Diplomado Universitario en Enfermería. Profesionales legalmente capacitados y habilitados para desarrollar la actividad de enfermería.

MÉDICO: profesional legalmente habilitado para ejercer la medicina.

MÉDICO ESPECIALISTA: médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

EL CONTRATO

CONDICIONES PARTICULARES: documento integrante de la póliza de seguro en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

COPAGO: importe prefijado por acto médico que el tomador y/o asegurado asume por la utilización de la tarjeta sanitaria.

BAREMO DE PRECIOS MÁXIMOS: documento complementario en el que se describen las prestaciones odontológicas incluidas en la cobertura de la póliza y las franquicias establecidas.

CUESTIONARIO O DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD: cuestionario facilitado al tomador del seguro y al asegurado, que forma parte del contrato y cuyo objeto es determinar el estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro. Dicho formulario se realiza al amparo de lo establecido en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro y las reservas o declaraciones inexactas podrían producir la exoneración de las obligaciones de la entidad aseguradora.

PÓLIZA: contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, la declaración de estado de salud, las condiciones generales, las condiciones particulares y las condiciones especiales, si las hubiese, las cláusulas limitativas así como los suplementos, anexos o apéndices que se añadan a la misma para completarla o modificarla.

Se informa que durante el año se pueden producir altas y bajas entre los profesionales y centros contenidos en el mismo. Dispone en todo momento de la información actualizada en la página web www.divinaseguros.com

PRIMA/CUOTA: precio del seguro. El recibo de prima incluirá, además, los impuestos, tributos y recargos legalmente repercutibles.

SOLICITUD DE SEGURO: formulario en el que el tomador del seguro solicita la inclusión de la/s persona/s física/s a asegurar por el contrato y describe el riesgo con todas las circunstancias que conoce y pueden influir en la valoración del riesgo.

Periodo de exclusión o periodo de carencia: periodo de tiempo, contado a partir de la fecha de alta del asegurado en la póliza, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza. Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los asegurados incluidos en ella.

PLAZO O PERIODO DE INDISPUTABILIDAD: 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 de seguro alegando la existencia de enfermedades anteriores del asegurado y que este no declaró en la declaración o cuestionario de estado de salud. Transcurrido dicho plazo el rechazo del asegurador deberá fundarse en la existencia de una ocultación dolosa o culpable del asegurado.

EL SINIESTRO / PRESTACIÓN DEL SERVICIO

ACCIDENTE: lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza y que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

ACCIDENTE PREEXISTENTE: lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, acontecido antes de la fecha de incorporación del asegurado a la póliza aunque sus síntomas o secuelas se manifiesten con posterioridad.

ASISTENCIA SANITARIA: asistencia o prestación médica realizada en consulta o en domicilio por un profesional de la sanidad legalmente habilitado para ello.

CUADRO MÉDICO: guía médica que recoge los centros y médicos concertados para la cobertura de asistencia sanitaria de la póliza y de entre los que el asegurado puede escoger libremente el que desee. A título informativo se hace constar que se pueden producir altas y bajas puntualmente entre los médicos y centros contenidos en el mismo. En la página web de la entidad www.divinaseguros.com encontrará en todo momento el cuadro médico actualizado.

ENFERMEDAD: toda alteración del estado de salud contraída durante la vigencia de la póliza, que no sea consecuencia de accidente y cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente habilitado para el ejercicio de su concreta especialidad. Se considera una misma enfermedad todas las lesiones y secuelas derivadas de la misma, así como todas las afecciones debidas a las mismas causas o a causas relacionadas. Si una afección se debe a una misma causa que produjo una enfermedad anterior, o a causas relacionadas con ella (incluyendo secuelas y complicaciones derivadas de la anterior enfermedad), la enfermedad será considerada como una continuación de la anterior y no como una enfermedad distinta.

ENFERMEDAD/LESIÓN/DEFECTO/DEFORMACIÓN CONGÉNITA: 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, bien se manifieste al nacer o sea descubierta más tarde en cualquier periodo de la vida del asegurado.

ENFERMEDAD GRAVE: proceso patológico, que modifica de forma importante el estado de salud, requiriendo medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y/o cuyo pronóstico vital esté gravemente comprometido.

FRANQUICIA BUCODENTAL: importe que el tomador del seguro debe abonar al profesional sanitario o al centro médico por aquellas prestaciones de asistencia sanitaria bucodental no gratuitas que entran dentro de la cobertura. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y especialidades médicas, y su cuantía viene establecida en el baremo de precios máximos. Dicha franquicia puede ser actualizada anualmente.

HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO SANITARIO: todo establecimiento público, autorizado legalmente para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento, atendidos permanentemente por servicios médicos y de enfermería, y provisto de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. No se consideran hospitales, a efectos de esta póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de adicciones e instituciones similares.

HOSPITALIZACIÓN OBSTÉTRICA: ingreso hospitalario del asegurado, en su condición de paciente, en un centro sanitario, clínica u hospital para recibir tratamiento médico o quirúrgico obstétrico.

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA: el hecho de que una persona figura registrada como paciente y permanezca en aquellas unidades hospitalarias así denominadas específicamente para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de anestesia, sin que ello suponga pernoctar y pudiendo o no realizar alguna de las comidas principales en dicha unidad hospitalaria.

HOSPITALIZACIÓN DE CARÁCTER SOCIO FAMILIAR: asistencia no derivada de patologías médicas objetivas y, por tanto, no susceptibles de ingreso en un centro hospitalario.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico y que normalmente requiere la utilización de una sala de operaciones.

PREEXISTENCIA: condición médica (como el embarazo o la gestación) o alteración de salud padecida por el asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la póliza. Todos los procesos en curso anteriores a la fecha de efectos del contrato y las consecuencias de los mismos se excluyen de cobertura y no serán aceptados con cargo a la póliza.

PRESTACIÓN: es la asistencia sanitaria que se deriva de la presentación de un siniestro. Se entiende por asistencia, al acto de atender o cuidar la salud de una persona.

PRÓTESIS: productos sanitarios permanentes o temporales que en caso de ausencia, defecto o anomalía de un órgano o una estructura corporal sustituyen o restituyen, total o parcialmente, su función fisiológica.

REHABILITACIÓN: actos prescritos por un médico traumatólogo, neurólogo, reumatólogo o rehabilitador y realizados por un médico rehabilitador o por un fisioterapeuta en un centro específico de rehabilitación, destinados a restituir la funcionalidad de aquellas partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de una enfermedad o accidente originado durante la vigencia de la póliza.

SINIESTRO: hecho cuyas consecuencias estén cubiertas total o parcialmente por alguna de las garantías de la póliza. Se considera un único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.

TARJETA SANITARIA: documento propiedad de la aseguradora que se entrega a cada asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: servicio o área especialmente equipada de un hospital, donde se concentra personal médico y de enfermería especializado en realizar unos determinados tratamientos que tengan cobertura por la póliza.

URGENCIA: es la necesidad de ayuda médica para una condición que no amenace la vida o salud inmediata de la persona.

URGENCIA VITAL: situación del asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

03 ¿QUÉ ASEGURAMOS?

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante pago de la prima y copagos que, en cada caso, correspondan, DIVINA SEGUROS garantiza la cobertura de asistencia médica que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios que figuran en la descripción de las coberturas (cláusula quinta) de la presente póliza, previo pago de la prima correspondiente.

No forma parte del objeto del seguro la cobertura por estancia o ingreso hospitalario, ni las cirugías ni intervenciones quirúrgicas, salvo las expresamente incluidas.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley de Contrato de Seguro, el contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro. Por tanto, **todos los hechos en curso antes de la fecha de efectos del contrato y las consecuencias de los mismos se excluyen de cobertura y no serán aceptados con cargo a la póliza.**

En todo caso, y de conformidad con lo establecido en el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, la entidad aseguradora asume la cobertura de la asistencia sanitaria contratada cuando la misma tenga el carácter de urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones generales y/o particulares de la póliza.

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, en el periodo de cobertura de este seguro, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre que los estudios de validación de su efectividad sean introducidos como tratamiento generalizado dentro del Sistema Nacional de Salud, para ello, en cada renovación de la póliza, Divina Seguros comunicará las técnicas o tratamientos que pasan a formar parte de las coberturas de la póliza para el siguiente periodo de renovación.

En el presente seguro de asistencia sanitaria no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria cubierta.

Forma parte de las normas de uso de este seguro de asistencia sanitaria el pago por parte del tomador y/o asegurado de unos determinados copagos o de una determinada franquicia, que le permitirá acceder a determinadas prestaciones o servicios sanitarios. Dichas cantidades y conceptos podrán ser actualizados cada año, circunstancia que será comunicada anualmente por escrito al tomador con dos meses de preaviso.

04 ¿QUIÉN PUEDE CONTRATAR EL SEGURO? ¿QUIÉN PUEDE SER ASEGURADO?

Podrán ser parte contratante del seguro y, por tanto, tomador de la póliza, tanto las personas físicas mayores de edad como las personas jurídicas.

Podrán ser asegurados de la presente póliza, toda persona física mayor de edad, que a la firma del contrato, o en el momento de su inclusión, tenga una edad igual o inferior a los 74 años, siempre que tenga su residencia habitual en España y no padezca una enfermedad grave. Debe entenderse como residencia habitual la residencia durante un periodo mínimo de nueve meses al año.

Los asegurados de esta póliza que durante la vigencia de la misma superen los 74 años de edad, podrán permanecer como asegurados de la misma.

Los menores de 18 años de edad solo podrán ser incluidos como asegurados de la presente póliza cuando el tomador de la póliza sea una de las personas que ejerzan la patria potestad, o en su caso, ejerza la tutela del mismo.

Los hijos recién nacidos, cuando la madre sea asegurada, siempre que el parto o cesárea haya sido objeto de cobertura de la presente póliza, podrán ser incluidos en la póliza de la madre desde su nacimiento y en las mismas condiciones, sin aplicación de plazos de carencia. En estos supuestos, es requisito de obligado cumplimiento que el tomador cumplimente la solicitud del seguro para el recién nacido dentro del plazo **máximo de 7 días** desde la fecha del parto o cesárea. Si el alta se solicita con posterioridad, el tomador del seguro deberá cumplimentar, además de la solicitud de seguro, el correspondiente cuestionario de salud, estando condicionada el alta a la previa aceptación por la compañía aseguradora del riesgo a asegurar, aplicándose, en todo caso, los periodos de carencia establecidos en las condiciones particulares y salvo pacto expreso en contrario, no supondrá, en ningún caso, cobertura de las enfermedades preexistentes a la fecha de alta en la póliza.

La incorporación del recién nacido no tendrá efecto y, por tanto, no tendrá derecho a cobertura de ningún riesgo hasta que se hubiese pagado por el tomador la prima correspondiente al recién nacido.

En el caso de enfermedades congénitas, la aceptación del recién nacido en el seguro **requerirá que la madre haya suscrito la póliza con, al menos, veinticuatro meses de antelación al nacimiento** y siempre que el alta del niño, como asegurado, se produzca **dentro de los siete primeros días de vida.**

05 GARANTÍAS ASEGURADAS ¿QUÉ SE CUBRE Y QUÉ NO SE CUBRE?

El presente seguro cubre la asistencia médica en las consultas descritas en este apartado, las prestaciones sanitarias y aquellas pruebas diagnósticas expresamente incluidas, todo ello **con los límites establecidos en las condiciones particulares. EL PRESENTE SEGURO NO CUBRE LA HOSPITALIZACIÓN EN NINGÚN CENTRO SALVO LA OBSTÉTRICA, QUEDANDO, POR TANTO, EXCLUIDAS Y FUERA DE LA COBERTURA DEL SEGURO, TODAS AQUELLAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS, ASISTENCIAS MÉDICAS Y PRESTACIONES SANITARIAS QUE NO ESTÉN EXPRESAMENTE INCLUIDAS EN LOS SIGUIENTES APARTADOS.**

La cobertura del seguro comprende las siguientes asistencias:

5.1. ASISTENCIA PRIMARIA

- 5.1.1. Medicina general:** asistencia médica en consulta e indicación de pruebas y medios de diagnóstico básicos (análisis clínicos básicos, ecografías simples y radiología simple o convencional) siempre que sean prescritos y se realicen por profesionales pertenecientes al cuadro médico de Divina Seguros.
- 5.1.2. Pediatría y puericultura:** asistencia médica a niños hasta los 15 años de edad en consulta y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos (análisis clínicos básicos, ecografías simples y radiología simple o convencional), siempre que sean prescritas y se realicen por profesionales pertenecientes al cuadro médico de Divina Seguros. Quedan incluidos los programas de promoción de salud en la infancia y plan dental infantil.
- 5.1.3. Servicios de ATS/DUE:** asistencia en consultorio, previa petición escrita del médico que asista al asegurado.

5.2. URGENCIAS

- 5.2.1.** Comprende la asistencia sanitaria urgente que se prestará en los centros de urgencias permanentes que el asegurador tenga establecidos en el cuadro médico.
- 5.2.2.** La asistencia médica domiciliaria de urgencia se solicitará y cubrirá exclusivamente en los casos en que el carácter de la enfermedad impida el desplazamiento del enfermo al centro hospitalario y siempre que la aseguradora disponga de servicios domiciliarios concertados en la población de residencia del asegurado.
- 5.2.3.** Las urgencias de obstetricia o tocológicas solo tendrán cobertura en los casos y en las condiciones establecidas en la póliza y siempre que el parto o cesárea sea objeto de cobertura en la presente póliza.

5.3. ASISTENCIA DE ESPECIALISTAS

Los asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas que formen parte del cuadro médico de Divina Seguros. Esta libertad de elección de médico y de centro supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la aseguradora por los actos de aquellos, sobre los que Divina Seguros no tiene capacidad de control a causa de la protección del secreto profesional, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo en la actividad sanitaria.

Quedan cubiertas, solamente, las consultas, el estudio, las pruebas diagnósticas en consulta o en régimen ambulatorio prescritas y realizadas por profesionales pertenecientes al cuadro médico y únicamente de las siguientes especialidades:

- 5.3.1. Alergología.** Incluidos test de provocación de alto riesgo con alimentos y con medicamentos. Las vacunas, de cualquier clase, y el suministro de extractos en procesos alérgicos, serán por cuenta del asegurado.

- 5.3.2. Anestesiología y reanimación.** Queda incluida la anestesia epidural en el parto y la sedación para la realización de pruebas diagnósticas ambulatorias expresamente incluidas en el apartado "5.3. Asistencia de Especialistas".

- 5.3.3. Angiología y cirugía vascular.**

- 5.3.4. Aparato digestivo.** Incluye un programa anual de prevención del cáncer colorrectal para personas mayores de 40 años, que comprende consulta médica, exploración física y colonoscopia, en caso de ser necesario. **Se excluyen los test alimenticios.**

- 5.3.5. Cardiología.** Incluye un programa anual de prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años que comprende consulta cardiológica, electrocardiogramas, la realización de una analítica básica, una ergometría y radiografía de tórax. **Queda excluida la hemodinamia, los estudios electrofisiológicos y holter implantable.**

- 5.3.6. Cirugía cardiovascular.** Solo consultas.

- 5.3.7. Cirugía general y aparato digestivo.** Solo consultas.

- 5.3.8. Cirugía maxilofacial.** Solo consultas.

- 5.3.9. Cirugía pediátrica.** Solo consultas.

- 5.3.10. Cirugía plástica y reparadora.** Solo consultas. **En cualquier caso, queda excluido el diagnóstico y/o tratamiento realizados con fines puramente estéticos o cosméticos.**

- 5.3.11. Cirugía torácica.** Solo consultas.

- 5.3.12. Dermatología.** Consultas y resección de lesiones en consulta. **Queda excluida la anatomía patológica en caso de biopsia o procedimientos con requerimiento de quirófano.**

- 5.3.13. Endocrinología y nutrición.** **Se excluyen los tratamientos dietéticos.**

- 5.3.14. Geriátrica.**

- 5.3.15. Obstetricia y ginecología.**

- Comprende el diagnóstico y tratamiento, la planificación familiar por anovulatorios (consulta y revisión), la implantación del DIU. **No incluye, en ningún caso, el coste del dispositivo intrauterino que será siempre a cargo de la asegurada.**
- Se incluye un programa anual de prevención del cáncer de mama endometrio y cérvix.
- Se incluye mamografía 3D/tomosíntesis digital de mama.
- Quedan incluidas las consultas y el diagnóstico para la detección de problemas de infertilidad y esterilidad, aunque los tratamientos de reproducción asistida serán a cargo de la asegurada. También se incluyen el siguiente medio diagnóstico, triple screening.
- **Queda excluida la interrupción voluntaria del embarazo y la reducción embrionaria instrumental selectiva en cualquier supuesto,**

así como el tratamiento de la esterilidad e infertilidad y las técnicas de fecundación asistida como, por ejemplo, inseminación artificial y fecundación in vitro. Queda excluido cualquier gasto derivado de la gestación subrogada tanto de la madre como del recién nacido.

- Se garantiza la asistencia al parto normal o por cesárea, incluyendo la anestesia epidural, los servicios necesarios para la vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por este a los partos auxiliado por matronas. Quedan incluidas las técnicas de preparación al parto.
- **Queda incluida, única y exclusivamente, la hospitalización obstétrica.** La hospitalización se realizará en las clínicas u hospitales concertadas con la compañía y previa prescripción de un facultativo del cuadro médico concertado por Divina Seguros y con la correspondiente autorización.

Comprende, durante el ingreso hospitalario, los siguientes gastos generados:

1. Los honorarios médicos y quirúrgicos derivados de los tratamientos realizados (ginecólogo obstetra, matrona, ayudantes, anestesistas, ATS/DUE). Los gastos derivados de la utilización de quirófano, sala de partos, cualquier otro servicio médico prestado durante la hospitalización o intervención obstétrica, incluidos medios complementarios de diagnóstico, tratamientos, material necesario, productos anestésicos y medicamentos. Asimismo, comprende los gastos por manutención de la paciente durante el internamiento hospitalario.

Por lo que respecta al recién nacido, la cobertura hospitalaria, en caso de ser necesaria, abarcará todo tipo de cuidados y tratamientos necesarios para su salud, desde el nacimiento y hasta que la madre reciba el alta hospitalaria **y, en todo caso, como máximo hasta un plazo de 7 días desde el nacimiento, aunque la madre no haya sido dada de alta.** Dicha cobertura comprenderá, además de los cuidados ordinarios, también el ingreso en unidad de cuidados intensivos, nido y/o incubadora, **quedando expresamente excluida la cobertura por cualquier tipo de cirugía o intervención quirúrgica que haya que efectuarle al recién nacido, debiendo el tomador/a asumir el coste del mismo en el supuesto de realizarse.** A partir del séptimo día desde el nacimiento, el recién nacido dejará de tener cualquier tipo de cobertura por la póliza de la madre, salvo que el tomador lo incluya como asegurado en los términos y condiciones descritos en las presentes condiciones generales, (apartado 4) en cuyo caso le serán de aplicación tanto las coberturas como exclusiones y resto de condiciones de la presente póliza en su condición de asegurado del seguro de salud especialistas.

2. Comprende, durante el ingreso hospitalario obstétrico, la utilización de habitación individual convencional con aseo y cama para el acompañante (siempre que exista disponibilidad hospitalaria). En ningún caso se cubren los gastos correspondientes

al uso de teléfono, televisión, cafetería, manutención del acompañante o cualquier otro no directamente relacionado con el parto y/o cesárea.

- 5.3.16. **Hematología/hemoterapia. Solo consultas y analíticas básicas. Excluidas transfusiones.**
- 5.3.17. **Medicina interna.**
- 5.3.18. **Nefrología. Queda excluida la litotricia, la diálisis y hemodiálisis.**
- 5.3.19. **Neumología.**
- 5.3.20. **Neurocirugía. Sólo consultas.**
- 5.3.21. **Neurología.**
- 5.3.22. **Oftalmología. Solo consultas.** Para personas mayores de 40 años incluye, una vez al año, el programa de prevención de glaucoma que consiste en consulta y medición de presión intraocular, en caso de ser necesario.
Queda excluida la corrección quirúrgica con láser Excimer o Lasik de la miopía, hipermetropía o astigmatismo, así como la ortoqueratología. No se incluyen las consultas para la adaptación de lentes o lentillas.
- 5.3.23. **Oncología médica. Solo consultas. Quedan excluidos el estudio y tratamiento de las enfermedades subsidiarias de esta especialidad, así como la quimioterapia y radioterapia.**
- 5.3.24. **Otorrinolaringología.**
- 5.3.25. **Psiquiatría. Solo consultas. Quedan excluidas las técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, como el psicoanálisis, la hipnosis o narcolepsia ambulatoria, la sofrología y las curas de reposo o sueño, técnicas de terapia conductista, técnicas de terapia ocupacional, técnicas de terapia musical, técnicas de psicoterapia con la ayuda de animales, los test psicotécnicos, psicológicos y psicométricos de cualquier tipo, la rehabilitación psicosocial y neuropsiquiátrica, la terapia educativa o cognitivo-conductual en los trastornos de la comunicación oral y escrita y del desarrollo de diverso origen.**
- 5.3.26. **Reumatología.**
- 5.3.27. **Rehabilitación y medicina física.**
- 5.3.28. **Traumatología y cirugía ortopédica. Excluido el tratamiento o infiltración con plasma rico en plaquetas y/o factores de crecimiento.**
- 5.3.29. **Tratamiento del dolor. Solo consultas. Queda excluido resto de actos.**
- 5.3.30. **Urología. Solo consultas.** Se incluye estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad. Incluye programa de prevención del cáncer de próstata para personas mayores de 40 años, una vez al año, que comprende consulta médica, exploración física, PSA y ecografía vesico-prostática en caso de ser necesario. Incluye resonancia multiparamétrica de próstata. **Queda excluido el estudio, diag-**

nóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia y de la disfunción eréctil. Excluida la biopsia prostática por fusión.

5.4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Siempre que se realicen en centros de diagnóstico no hospitalario o en servicios de diagnóstico hospitalario en régimen ambulatorio y pertenecientes al cuadro médico de la compañía, se incluyen:

5.4.1. Análisis clínicos. Análisis clínicos: bioquímica, hematología, microbiología y parasitología y pruebas genéticas.

5.4.2. Pruebas genéticas: exclusivamente en paciente afecto y sintomático, cuya finalidad sea el diagnóstico de una determinada enfermedad que no pueda ser diagnosticada por otros estudios y para las siguientes determinaciones:

- Cariotipo de sangre periférica, de médula ósea, en líquido amniótico y en vellosidades coriales.
- Panel de Trombofilia (Factor II, V, XII y MTHFR).
- Hemocromatosis (Mutación C282Y, H63D, S65C).
- Biología molecular de patógenos (Hepatitis, HPV, VIH, ETS).
- Oncohematología, estudios de FISH/Reordenamiento y mutación JAK2 (V617F).
- Secuenciación BRCA1 y BRCA2 exclusivamente en los siguientes casos:

* Mujer no afecta con antecedente familiar de cáncer de mama diagnosticado antes de los 50 años de edad y/o cáncer de ovario a cualquier edad.

* Mujer de más de 50 años con cáncer de mama y con antecedente familiar de cáncer de mama diagnosticado antes de los 50 años de edad y/o cáncer de ovario a cualquier edad.

* Mujer de menos de 50 años con cáncer de mama.

* Mujer con cáncer de ovario.

* Varón con cáncer de mama.

Diagnóstico genético (HLA-DQ2/DQ8) de la intolerancia al gluten o celiaquía, para niños sintomáticos de hasta 16 años con marcadores serológicos alterados, y para aquellos adultos en los que la endoscopia o la biopsia digestiva esté contraindicada o no sea concluyente.

5.4.3. Anatomía patológica. Únicamente cubierta la citología vaginal y el cariotipo fetal dentro de la amniocentesis cubierta en los casos descritos en el apartado 5.3.

5.4.4. Diagnóstico por imagen. La radiología general, la radiología especial digestiva, ginecológica y urológica, las ecografías, las mamografías, la resonancia nuclear magnética, (no se incluyen estudios funcionales de resonancia magnética), el TAC y la

densitometría ósea. Los contrastes están incluidos dentro de las coberturas de la póliza, **excluido expresamente PET TAC y PET RMN.**

5.4.5. Medios de diagnóstico en la especialidad de cardiología. Electrocardiograma, Holter (de TA y ECG), prueba de esfuerzo (ergometría), Ecocardiograma y Ecodoppler cardíaco. Queda incluido el TAC coronario, quedando excluida la valoración de score cálcico, también se excluye el Holter implantable.

5.4.6. Medios de diagnóstico en angiología. Doppler y Ecodoppler arterial y venoso.

5.4.7. Medios de diagnóstico en la neurofisiología clínica. Electroencefalograma simple y electromiogramas.

5.4.8. Aparato digestivo: cubiertas endoscopias digestivas con fines diagnósticos. Queda excluida la anatomía patológica en caso de biopsia y/o polipectomía, Test H2 espirado (para intolerancia y SIBO) y test DAO .

5.4.9. Medios de diagnóstico en la medicina nuclear. Únicamente gammagrafía tiroidea.

5.5. OTROS SERVICIOS

• **Fisioterapia y tratamiento rehabilitador.**

¿Qué se cubre? Sesiones de rehabilitación hasta el alta médica o recuperación funcional. Es imprescindible la prescripción de un médico especialista en rehabilitación y medicina física perteneciente al cuadro médico de la aseguradora. Se prestará exclusivamente para las afecciones del aparato osteoarticular, siempre con carácter ambulatorio y en centros concertados con la compañía.

¿Qué se excluye? **Queda excluida la rehabilitación domiciliaria, neurológica, cardiologica y respiratoria, así como la derivada de cualquier intervención quirúrgica del tipo que sea no cubierto por la compañía. Quedan expresamente excluidos cualquier tipo de transporte para realizar dichos tratamientos, así como la gimnasia y terapias de mantenimiento, excluida la rehabilitación temporomandibular.**

• **Servicio de ambulancia: solo para los casos de necesidad urgente,** comprende exclusivamente los traslados terrestres desde el lugar en el que se encuentre el asegurado hasta el hospital más cercano perteneciente al cuadro médico de Divina Seguros, siempre y cuando concurren especiales circunstancias de imposibilidad física que le impidan la utilización de los servicios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi o vehículo particular, cuyo coste nunca soportará la aseguradora), y previa autorización de la compañía.

• **Preparación al parto.**

• **Podología, limitado a 12 sesiones –exclusivamente quiropodia.**

• **Psicología. Solo tratamiento en consulta.**

06 EXCLUSIONES COMUNES A TODAS LAS GARANTÍAS

Quedan expresamente excluidos de la cobertura de este seguro todos aquellos tratamientos, especialistas y pruebas diagnósticas y técnicas médicas que no vengan expresamente detallados en el apartado 5 denominado "garantías aseguradas". En cualquier caso, y además de las exclusiones específicas contenidas a lo largo del contrato, quedan excluidos de las coberturas de la póliza los siguientes riesgos:

- 6.1. Enfermedades o accidentes derivados de causa mayor: guerra, erupciones volcánicas, fenómenos sísmicos o meteorológicos de índole extraordinaria, inundaciones, los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear, actos de terrorismo o de carácter político y social, así como las epidemias declaradas oficialmente.
- 6.2. Toda clase de enfermedades, lesiones, dolencias o estados médicos (por ejemplo, embarazo o gestación) preexistentes y sus consecuencias, así como las anomalías o defectos constitucionales o congénitos, invalideces físicas o mentales o imperfecciones físicas existentes, y los que sean consecuencia de accidentes de tráfico o enfermedades, siempre y cuando sean anteriores a la fecha de entrada en vigor de la póliza, así como las secuelas de estos hechos aun cuando a la entrada en vigor del contrato no se haya producido un diagnóstico concreto, salvo que el asegurador lo acepte expresamente en las condiciones particulares de la póliza. Para las enfermedades no conocidas y anteriores a la contratación, se establece un plazo de indisputabilidad de un año desde la formalización del contrato o la inclusión de nuevos asegurados. El tomador y los asegurados se obligan a presentar a la aseguradora toda la documentación que se precise con el objeto de verificar los antecedentes y la fecha de origen de cualquier prestación.
- 6.3. Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones y de la práctica, como aficionado o profesional, de actividades de alto riesgo como el toreo y encierro de reses bravas, pirotecnia y accidentes pirotécnicos, de la práctica de deportes peligrosos, tales como el esquí fuera de pistas, buceo, el bobsleigh, el boxeo, las artes marciales, la escalada, las carreras de vehículos a motor, rugby, quad, espeleología, parapente, ala delta, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación o en aguas bravas, puenting, barranquismo, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa o deporte o actividad de los denominados de riesgo o aventura.
- 6.4. La asistencia sanitaria que exija el tratamiento de enfermedades o accidentes laborales, profesionales y la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el seguro del automóvil de suscripción obligatoria, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, incluidas las comunidades autónomas, que no estén concertados con el asegurador.
- 6.5. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) y las enfermedades relacionadas con este así como sus complicaciones y secuelas.
- 6.6. La asistencia sanitaria para el tratamiento del alcoholismo crónico y/o la adicción a drogas de cualquier tipo, así como sus complicaciones y secuelas, y la asistencia sanitaria a lesionados por embriaguez, agresión, riña, intento de suicidio o autolesiones así como por enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del asegurado.
- 6.7. Las consecuencias o complicaciones de actos médicos no cubiertos por la presente póliza.
- 6.8. Los gastos de asistencia médica, pruebas complementarias y tratamientos realizados o prescritos por facultativos ajenos al cuadro médico ni de los gastos de ingresos hospitalarios o servicios que los mismos pudieran prescribir. Las consecuencias o complicaciones de actos médicos cubiertos por la póliza realizados por facultativos, centros médicos u hospitalarios ajenos al cuadro médico concertado por la entidad.
- 6.9. Queda expresamente EXCLUIDA LA HOSPITALIZACIÓN de cualquier tipo a excepción de la obstétrica referida.
- 6.10. QUEDAN EXCLUIDAS TODO TIPO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICAS salvo las obstétricas.
- 6.11. 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, el descanso y los tratamientos dietéticos.
- 6.12. La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos anuales salvo los expresamente detallados en el apartado "5.3. Asistencia de especialistas" de condiciones generales.
- 6.13. Todas aquellas consultas y pruebas que sean precisas para la expedición de certificaciones, emisión de informes y libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
- 6.14. Quedan excluidas por la presente póliza aquellas pruebas diagnósticas, tratamientos o técnicas médico-quirúrgicas, cuya utilidad diagnóstica, eficacia clínica o reconocimiento científico no esté demostrada, las técnicas diagnósticas o tratamientos cuyo uso no sea habitual o no esté aceptado en el Sistema Nacional de Salud

en el momento de la prescripción de la misma, así como los de nueva aparición. No obstante, Divina Seguros se reserva, expresamente, el derecho a incluir cada año en el baremo general de la compañía dichas técnicas o tratamientos, una vez valorados los mismos por su dirección médica, en cuyo caso serán objeto de cobertura por la presente póliza.

No están cubiertas aquellas pruebas que hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles y "otras terapias alternativas" y complementarias tales como la acupuntura, organometría, naturopatía, homeopatía, el quiromasaje, el drenaje linfático (excepto el drenaje linfático postmastectomía de origen neoplásico), la mesoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente.

- 6.15. Quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso compasivo, así como los que estén en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- 6.16. Se excluyen las técnicas diagnósticas, quirúrgicas y tratamientos de nueva aparición no incluidos en las condiciones generales de la presente póliza, y no hayan sido expresamente comunicadas por Divina Seguros.
- 6.17. La medicina regenerativa, biológica, la inmunoterapia o terapia biológica, la terapia génica o genética, así como sus aplicaciones, excluido el plasma rico en plaquetas y factores de crecimiento.
- 6.18. Quedan excluidas la logopedia y la logofoniatría.
- 6.19. Queda excluido el tratamiento domiciliario de oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia. Quedan expresamente excluidos los tratamientos con CPAP, BIPAP y la mochila en oxigenoterapia.
- 6.20. Quedan excluidos los tratamientos desensibilizadores, la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, la terapia endocrina, los inhibidores enzimáticos y/o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación.
- 6.21. Quedan excluidos los fármacos, medicamentos y productos de parafarmacia de cualquier clase fuera del régimen de hospitalización obstétrica.
- 6.22. Queda excluida cualquier prueba terapéutica y cirugía no contemplada o especialmente no detallada en el apartado 5, de las condiciones generales.
- 6.23. Las endodoncias, obturaciones, radiografías dentales, tratamientos con fines estéticos, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los contemplados en la descripción de prestaciones cubiertas por la asistencia dental incluida en póliza.
- 6.24. Queda excluida cualquier prueba diagnóstica no incluida expresamente en el apartado 5 de condicionado general.
- 6.25. Todo tipo de prótesis y material de osteosíntesis, implantes, piezas anatómicas y ortopédicas. Se excluyen además el corazón artificial, marcapasos, desfibriladores, los expansores de piel, los implantes de columna, las prótesis auditivas (los audífonos), los biomateriales y/o materiales biológicos, sintéticos y ortopédicos, y los tratamientos podológicos correctores. Queda excluido el material de refuerzo vertebral percutáneo.
- 6.26. Quedan excluidos los trasplantes de órganos, tejidos, sangre y/o plasma, células o componentes celulares.
- 6.27. Queda excluido el láser endoluminal vascular.

07 ASISTENCIA SANITARIA Y DERECHO DE ELECCIÓN DEL MÉDICO

- 7.1. El seguro de asistencia sanitaria contratado se basa en el principio de libertad de elección de facultativos y centros hospitalarios de entre los que figuran en el cuadro médico de Divina Seguros.
- 7.2. El asegurador se obliga a prestar los servicios asegurados únicamente en el domicilio que figura en la póliza, con el ámbito de cobertura especificado en la misma, de conformidad con las garantías contratadas, siendo el domicilio del asegurado uno de los factores de riesgo para el cálculo actuarial de la prima precisa. Cualquier cambio del mismo deberá ser notificado a la compañía aseguradora de manera fehaciente, produciendo tal comunicación los efectos previstos en la condición general duodécima.
- 7.3. El derecho de libertad de elección de médico y centro hospitalario o ambulatorio supone la ausencia de cualquier clase de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la entidad aseguradora por los actos de aquellos. La entidad aseguradora no tiene capacidad de control sobre los profesionales independientes, con fundamento en el secreto profesional a que están obligados los facultativos, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad profesional sanitaria. A estos efectos, no cabe considerar en ningún caso, que los médicos y centros hospitalarios tienen vinculación laboral con Divina Seguros, no pudiendo considerarse, en ningún caso, que la actuación profesional de los mismos está dirigida o supervisada por la aseguradora, respecto de la que no existe dependencia jerárquica.
- 7.4. La asistencia médica cubierta por la presente póliza se prestará, de conformidad con lo previsto en las condiciones generales y particulares de la misma, en todo el ámbito nacional español donde Divina Seguros tenga dispuesta o concierte la prestación de los servicios de asistencia sanitaria con facultativos, clínicas y otros establecimientos e instituciones,

incluso con otras entidades de seguros, en toda clase de enfermedades o lesiones, así como en las especialidades especificadas en la descripción de las coberturas de la póliza.

- 7.5. Cuando en alguna población no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, Divina Seguros, previa solicitud del asegurado, informará de la localidad más cercana al domicilio donde disponga de este servicio concertado.
- 7.6. La presente póliza, en lo que a cobertura de riesgos se refiere, considera como delimitación y concreción de los riesgos cubiertos las estipulaciones relativas a la limitación de sesiones o actos médicos a favor de los asegurados en las especialidades y tratamientos médicos establecidos en las condiciones particulares de la póliza.
- 7.7. Igualmente, las estipulaciones relativas al pago por parte del asegurado de unas determinadas franquicias, que le permitirán acceder a determinadas prestaciones descritas en la póliza, deben ser consideradas como delimitadoras de los riesgos cubiertos.
- 7.8. Asimismo, el establecimiento de cláusulas relativas a la obligación del tomador y/o asegurado de abonar determinadas cantidades para tener derecho a las prestaciones, en las que así se establezca y que se denomina sistema de "copago", han sido expresamente pactadas y aceptadas por la aseguradora, el tomador y, en su caso, por el asegurado y responden al derecho de los contratantes, conforme a la libertad de pactos, y son conformes a lo dispuesto en la legislación aplicable.
- 7.9. **En ningún caso se concederán indemnizaciones en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.**

08 CLÁUSULA DE SUBROGACIÓN

El asegurador, una vez prestada la asistencia sanitaria con cargo a la presente póliza, podrá ejercer los derechos y acciones que, por razón del siniestro causado, correspondan al asegurado frente a las personas responsables del mismo y hasta el límite del importe abonado en concepto de gastos de asistencia sanitaria.

El asegurado se obliga a suscribir a favor de Divina Seguros cuantos documentos sean necesarios para facilitar la subrogación.

Este derecho de subrogación no podrá ejercerse contra el cónyuge del asegurado ni contra otros familiares hasta el tercer grado de consanguinidad, ni contra el padre o madre adoptante o hijo adoptivo, que convivan con el asegurado.

09 PERFECCIÓN, EFECTOS, DURACIÓN Y RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro y sus modificaciones entran en vigor una vez haya sido perfeccionado el contrato y satisfecho el primer recibo de prima, en el día y hora establecido en las condiciones particulares de la póliza.

Por lo que respecta al recién nacido, la cobertura hospitalaria abarcará todo tipo de cuidados y tratamientos necesarios para su salud, desde el nacimiento y hasta que la madre reciba el alta hospitalaria, **fijándose un plazo máximo 7 días desde el nacimiento** si el recién nacido tuviera que continuar en el hospital. Dicha cobertura comprenderá, además de los cuidados ordinarios, el ingreso en unidad de cuidados especiales, nido y/o incubadora, **quedando expresamente excluida la cobertura por cualquier tipo de cirugía o intervención quirúrgica que haya que efectuarle al recién nacido, debiendo el tomador /a asumir el coste del mismo en el supuesto de realizarse. A partir del séptimo día desde el nacimiento, el recién nacido dejará de tener cualquier tipo de cobertura por la póliza de la madre, salvo que el tomador lo incluya como asegurado en los términos y condiciones descritos en las presentes condiciones generales, en cuyo caso le serán de aplicación tanto las coberturas como exclusiones y resto de condiciones de la presente póliza en su condición de asegurado del seguro de salud especialistas.**

De no asegurarse al recién nacido en el plazo de 7 días desde la fecha de su nacimiento, las coberturas quedarán suspendidas de manera automática e inmediata, siendo a cargo del tomador cualquier tipo de gasto ocasionado por el recién nacido a partir del mencionado plazo, no estando la entidad aseguradora obligada al pago de ningún siniestro relacionado con el recién nacido a partir del mencionado periodo.

Asimismo, si el alta en el seguro del recién nacido se produce con posterioridad al plazo indicado de 7 días, será necesario que se cumplimente la declaración de estado de salud, pudiendo la aseguradora denegar la admisión tras la realización de la valoración del riesgo a asegurar. En caso de aceptarse se aplicarán, en todo caso, los periodos de carencia establecidos en el contrato, no dando cobertura a las enfermedades preexistentes a la fecha de alta en la póliza, salvo pacto en contrario y de conformidad con lo establecido en las condiciones particulares de la póliza. La incorporación del recién nacido no tendrá efecto y, por tanto, no tendrá derecho a prestaciones hasta que se hubiese pagado por el tomador la prima correspondiente.

El seguro se estipula por el periodo previsto en las condiciones particulares de la póliza y, salvo pacto en contrario, su duración se ajusta al año contractual, prorrogándose tácitamente por periodos anuales. Las partes podrán oponerse a esta prórroga mediante notificación escrita dirigida a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del seguro en curso, cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y, de dos meses, cuando sea la aseguradora.

La aseguradora podrá ejercer su derecho de rescisión del contrato en los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del tomador y /o asegurado o de existencia de inexactitud, dolo o culpa en las respuestas proporcionadas en el cuestionario de salud de la solicitud del seguro.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar de Divina Seguros 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.

El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos, con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso cualquier modificación del contrato de seguro.

El contrato de seguro se extingue, respecto de los asegurados incluidos en la cobertura del seguro:

- a) **Por fallecimiento.**
- b) **Por traslado de la residencia habitual del asegurado al extranjero o por no residir en el territorio del reino de España un mínimo de nueve (9) meses al año.**
- c) **En el caso de que los asegurados incluidos en la cobertura de la póliza sean los familiares del tomador del seguro, se extingue cuando dejen de convivir con el citado de manera habitual, hecho que deberán comunicar a Divina Seguros. Si dichos familiares contratan esta misma póliza de asistencia sanitaria dentro del plazo de un mes desde el cese de la convivencia comunicada, Divina Seguros mantendrá los derechos de antigüedad por ellos adquiridos.**

El asegurador no podrá resolver el presente contrato de seguro cuando el asegurado se halle en tratamiento hasta el alta del mismo, salvo renuncia expresa del asegurado a continuar con el tratamiento prescrito y sin perjuicio del derecho del asegurador a repetir contra el asegurado los gastos en el supuesto de que, por cualquier motivo, la prestación o asistencia no sea objeto de cobertura por la presente póliza.

10 PERIODOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asume la entidad aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del contrato de seguro para cada uno de los asegurados, **con la excepción de los periodos carenciales establecidos en las condiciones particulares y cláusulas limitativas de la póliza.**

11 PAGO DE PRIMAS

- 11.1. El tomador del seguro, de conformidad con lo establecido en el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, que se realizará mediante domiciliación bancaria, salvo pacto en contrario establecido en las condiciones particulares. El tomador del seguro deberá entregar a Divina Seguros los datos de la cuenta corriente o de ahorros en la que se domiciliarán los recibos del presente seguro y autorizará a la entidad financiera a hacerlos efectivos.
- 11.2. Asimismo, de conformidad con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, la primera prima o fracción será exigible una vez firmado el contrato. Las sucesivas primas o fracciones se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.
- 11.3. Si la primera prima o fracción de la prima, no hubiera sido satisfecha, Divina Seguros se reserva el derecho a resolver el contrato, o a exigir el pago de la misma en vía ejecutiva, con base en la póliza de seguro.

En todo caso si la primera prima o fracción no ha sido pagada en el momento de producirse el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

- 11.4. La prima del seguro es anual. En caso de fraccionamiento de pago de la cuota anual en los términos establecidos en las condiciones particulares, se aplicará el recargo correspondiente. El fraccionamiento de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la prima anual completa, no pudiendo entenderse, en ningún caso, que la prima ha sido abonada en su totalidad si el importe satisfecho no es el correspondiente al de la prima total, sin perjuicio de que la fecha de efectos de la póliza se adapte a la anualidad contractual, de conformidad con lo establecido en el apartado 8 de la presente estipulación.
- 11.5. **En caso de falta de pago de una de las cuotas o fracciones de primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida desde el mes siguiente al día de su vencimiento hasta el transcurso de seis meses. De esta manera, el impago de una fracción de la cuota anual llevará aparejada la suspensión de los derechos derivados de la condición de asegurado, permaneciendo en esta situación hasta transcurridos seis meses desde el vencimiento de la fracción de la cuota.**

Si Divina Seguros no reclamase el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

Si el contrato no hubiese sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó su prima.

El tomador del seguro/asegurado perderá el derecho al fraccionamiento de la prima que se hubiese pactado, cuando se produzca el impago de cualquiera de los recibos a su vencimiento, produciéndose el vencimiento anticipado y siendo exigible, desde ese mismo momento, la prima total acordada para ese periodo. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

- 11.6. En caso de extinción anticipada del contrato, imputable al tomador del seguro, la parte de la prima anual no consumida corresponderá al asegurador.
- 11.7. La aseguradora solo queda obligada por los recibos librados por Divina Seguros. El único documento válido para justificar el pago es el recibo emitido por la aseguradora.
No tendrán carácter liberatorio las cantidades pagadas a correduñas.
- 11.8. La prima se determinará en el momento de entrada en vigor de la póliza, teniendo en consideración el número de asegurados, edad y zona geográfica de residencia de los mismos. Asimismo, la incorporación o baja de algún asegurado durante la vigencia del seguro producirá automáticamente el recálculo de la prima. Si la contratación de la cobertura se realiza

dentro de una póliza ya existente, la revisión de la prima se llevará a cabo en el mismo momento en que se realice la del resto de asegurados de la póliza.

- 11.9.** En cada renovación del contrato de seguro, Divina Seguros podrá modificar la prima anual y el coste por acto médico (franquicias y copagos) en función de los cálculos técnico-actuariales realizados, basados en las modificaciones de los costes de los servicios asistenciales sanitarios y en las innovaciones médicas que sea necesario incorporar en la póliza.

Se aplicarán las tarifas que Divina Seguros tenga en vigor en la fecha de la renovación, tarifas que podrán variar en función de la edad y domicilio de la persona asegurada.

Además de lo previsto en este apartado, Divina Seguros podrá establecer grupos de edad para la aplicación de las tarifas de prima. En este caso, si el asegurado cumple durante el año en curso una edad comprendida en otro grupo, se aplicará la prima correspondiente al nuevo grupo de edad en la anualidad siguiente.

Divina Seguros no está sujeta a límite alguno en las variaciones anuales de la prima. La prima responderá a los principios de suficiencia, equidad y equilibrio conforme a la normativa reguladora del seguro.

- 11.10.** El tomador del seguro, una vez recibida la comunicación de la variación de la prima con respecto a la anualidad siguiente, podrá optar entre la prórroga del contrato o la extinción del mismo al vencimiento del año en curso, conforme se establece en la estipulación novena de las presentes condiciones generales.

En caso de optar por la prórroga del contrato se entiende que el tomador del seguro acepta las nuevas condiciones económicas.

En caso de optar por la extinción del contrato al vencimiento del mismo, el tomador del seguro deberá notificar por escrito a Divina Seguros, con un mes de antelación, su voluntad expresa de dar por finalizada la relación contractual al término de la misma.

12 DECLARACIONES DEL RIESGO

- 12.1.** El presente contrato de seguro se basa tanto en las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y el asegurado contenidas en la solicitud del seguro y en el cuestionario de salud previo presentado por la aseguradora, como en las declaraciones que, durante la vigencia del contrato, pueden ser efectuadas por aquellos, siendo datos esenciales para la apreciación del riesgo y constituyen base fundamental de la póliza, que **solo alcanza, dentro de los límites pactados, los riesgos especificados en la misma.**

- 12.2.** En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones del tomador del seguro y el asegurado, la aseguradora podrá rescindir la póliza mediante de-

claración dirigida al tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de tal reserva o inexactitud. Corresponderán al asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

En el caso de que sobreviniere el siniestro antes de que el asegurado haga la declaración antes referida, la prestación de este quedará reducida proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. El asegurador queda liberado de su prestación si el tomador del seguro o el asegurado han actuado con dolo o culpa grave.

- 12.3.** El tomador del seguro o el asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo anterior 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.

El asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del tomador, 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 la rescisión definitiva.

El asegurador igualmente podrá 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. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador 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.

- 12.4.** Deberá el asegurado comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una disminución del riesgo será de aplicación lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de Contrato de Seguro, en el sentido de que, al final del periodo en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima siguiente a abonar en la proporción correspondiente, de tal forma que el importe de la prima se ajuste a la zona de nuevo domicilio del tomador.

Si determina agravación del riesgo se estará a lo previsto en el apartado 3 de esta condición.

13 OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

13.1. El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

- a) Abonar puntualmente y en la forma que se haya convenido tanto la prima del seguro como el importe en concepto de copagos.
- b) Declarar a la Entidad Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario de salud que esta le someta y antes de la perfección del contrato de seguro, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.
- c) Comunicar a Divina Seguros, tan pronto como le sea posible, el cambio de profesión habitual o de domicilio del asegurado.
- d) Comunicar a Divina Seguros, tan pronto como le sea posible, todas las altas y bajas de asegurados que se produzcan durante la vigencia de la póliza, tomando efecto las altas al día siguiente de la fecha de comunicación efectuada por el tomador y/o asegurado y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.
- e) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento y reducir las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Entidad Aseguradora u obtener un lucro adicional, liberará a la aseguradora de toda prestación derivada del siniestro.
- f) Facilitar la cesión de sus derechos o subrogación a la Entidad Aseguradora conforme a lo establecido en la cláusula 8ª de la presente póliza.
- g) Cuando la asistencia prestada al asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El asegurado o, en su caso, el tomador vendrán obligados a facilitar a la aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.

13.2. Para la utilización de los servicios de asistencia sanitaria cubiertos por la presente póliza, el asegurado deberá presentar la tarjeta entregada por la aseguradora.

La tarjeta de asistencia sanitaria entregada a cada asegurado incluido en la póliza es propiedad única y exclusiva de la aseguradora, siendo su uso personal e intransferible por cada asegurado. El uso indebido de la tarjeta sanitaria puede constituir fraude. En caso de incidencias, pérdida, sustracción, deterioro, extravío o robo, el asegurado deberá comunicarlo a

la aseguradora en el plazo máximo de 72 horas.

En tales casos, Divina Seguros procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del asegurado que figura en la póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el tomador del seguro y/o el asegurado se obligan a devolver a Divina Seguros, la tarjeta correspondiente al asegurado que hubiere causado baja en la póliza.

La aseguradora no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

13.3. Para el uso de los servicios de asistencia sanitaria que requieren autorización por parte de la aseguradora, deberá presentar junto con la tarjeta personal de asistencia el documento de prescripción facultativa del servicio con la autorización aceptada por la aseguradora.

14 OTRAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

14.1. Además de prestar la asistencia médica contratada, Divina Seguros entregará al tomador del seguro la póliza misma o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro, así como un ejemplar del cuestionario de salud y demás documentos que haya suscrito el tomador.

14.2. En caso de extravío de la póliza, la Entidad Aseguradora, a petición del tomador del seguro, tendrán obligación de expedir copia de la misma, que tendrá igual eficacia que la original. La petición se hará por escrito y el solicitante se compromete a devolver la póliza original a la aseguradora si la misma apareciese.

14.3. Divina Seguros entregará también al tomador del seguro la tarjeta de asistencia sanitaria personal correspondiente a cada uno de los asegurados incluidos en la póliza.

La tarjeta sanitaria individual contendrá los siguientes datos: número de tarjeta, nombre y apellidos del asegurado, los dos últimos dígitos del año de nacimiento del asegurado, la fecha de alta en la póliza y la modalidad de póliza contratada.

El cuadro médico podrá ser actualizado anualmente por Divina Seguros mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran. Será obligación del tomador del seguro y/o asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren de alta en la fecha de solicitud de la asistencia sanitaria. El tomador del seguro o el asegurado pueden consultar en cualquier momento el cuadro médico actualizado que figura en la página web de la entidad aseguradora www.divinaseguros.com/seguro-salud/cuadro-medico.aspx.

15 PÉRDIDA DE DERECHOS DEL ASEGURADO

15.1. El asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de estado de salud por parte del tomador del seguro o el asegurado, no respondiendo con veracidad y ocultando de manera consciente circunstancias relevantes o no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se piden.
- b) En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo han comunicado previamente a Divina Seguros.
- c) Si el siniestro cuya cobertura se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la prima inicial, salvo que se pacte expresamente lo contrario.
- d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del asegurado o del tomador del seguro.
- e) En todo caso, el asegurador podrá rescindir el contrato de seguro en el plazo de un mes a contar desde el momento en que se conociera de forma fehaciente la reserva o inexactitud del tomador del seguro o asegurado en la declaración del riesgo o agravamiento del riesgo que no se hubiera comunicado.

15.2. Si el tomador del seguro, al solicitar el seguro, hubiere declarado de forma inexacta la fecha de nacimiento de alguno o algunos asegurados, la Entidad Aseguradora solo podrá rescindir el contrato de seguro si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la póliza, excediere de los límites de admisión establecidos por la aseguradora.

En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta de la fecha de nacimiento, la prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el tomador del seguro vendrá obligado a abonar a Divina Seguros la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a la aseguradora en concepto de prima y las que, de conformidad con las tarifas aplicables, le hubiere correspondido abonar en concepto de prima, según su verdadera edad.

Si la prima pagada por el tomador del seguro como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento hubiese sido superior a la que debería de haberse abonado, la aseguradora estará obligada a reintegrar al tomador del seguro el importe correspondiente por el exceso percibido de conformidad con las tarifas que resultaran aplicables.

16 COMUNICACIONES

16.1. Las comunicaciones a Divina Seguros por parte del tomador del seguro o asegurado se realizarán en el domicilio social o dirección de correo electrónico de la aseguradora que figure en la póliza, pero si

se realizan a un agente o a un representante de ella, surtirán los mismos efectos que si estos las hubieran efectuado directamente a esta, conforme dispone el artículo 12 de la Ley de Mediación en Seguros y Reaseguros Privados.

Sin embargo, las comunicaciones efectuadas por el tomador del seguro o asegurado al corredor de seguros, no se entenderán realizadas a la entidad aseguradora.

16.2. Por su parte, las comunicaciones realizadas por Divina Seguros al tomador del seguro o al asegurado se realizarán en el domicilio o dirección de correo electrónico de los mismos recogidos en la póliza, salvo que se hubiera notificado a la entidad aseguradora el cambio de domicilio o dirección de correo electrónico de los mismos.

En caso de autorizaciones de prestaciones de asistencia sanitaria, el tomador del seguro acepta expresamente que se puedan realizar las mismas a la dirección de correo electrónico designada en la póliza o mediante el envío de mensaje SMS al número de teléfono móvil proporcionado en la póliza de seguros, o las que, con posterioridad, designe de manera expresa.

16.3. Las comunicaciones que haga un corredor de seguros en nombre del tomador del seguro al asegurador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de este. En todo caso se precisará el consentimiento expreso y escrito del tomador de seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el vigente.

17 GRABACIÓN CONVERSACIONES TELEFÓNICAS

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado autoriza a Divina Seguros para que, si la aseguradora lo considera necesario y con el objeto de prestar un mejor servicio a los asegurados, pueda proceder a la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan en relación a las coberturas de la presente póliza. Asimismo, autorizan expresamente a que estas grabaciones puedan ser utilizadas en los procesos de control interno y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes.

Las grabaciones telefónicas de contrataciones, solicitudes de prestaciones y bajas se conservarán durante los plazos de prescripción de las acciones legales. En todo caso, la aseguradora queda obligada a preservar la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

18 CONTRATACIÓN A DISTANCIA

Se entiende por contratación a distancia la suscripción de la presente cobertura sin la presencia física de las partes contratantes, utilizando como medios para la misma la vía telefónica, o a través de internet.

Antes de la celebración del contrato de seguro a distancia, Divina Seguros pondrá a disposición del tomador del seguro la información requerida al respecto por la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia así como la prevista en el artículo 96 de la Ley 20/2015 de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

El tomador del seguro tiene derecho a desistir del contrato de seguro realizado a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 14 días a contar desde la fecha en que se le comunique que el contrato se ha celebrado o desde la recepción de la información contractual (póliza) si esta recepción fuera posterior.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento deberá comunicarlo a Divina Seguros dentro del plazo anteriormente establecido, por un procedimiento que permita dejar constancia de la voluntad de desistir. En cualquier caso, se considerará que la notificación ha sido realizada dentro de plazo si se efectúa en papel u otro soporte duradero, disponible y accesible a la aseguradora y se remite antes de expirar el plazo.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento está obligado al pago de la parte proporcional de la prima correspondiente al período durante el cual el contrato de seguro ha estado en vigor.

19 RECARGOS E IMPUESTOS

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles correrán a cargo del tomador del seguro y/o asegurado.

20 ATENCIÓN AL CLIENTE, QUEJAS Y RECLAMACIONES

Divina Seguros, de conformidad con la legislación vigente (Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo), dispone de un Departamento de Atención al Asegurado al que pueden dirigirse los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores para presentar sus quejas y reclamaciones.

A tal fin existe a su disposición en las oficinas un ejemplar del reglamento del departamento para la formulación de las mismas.

Este departamento atiende las quejas y reclamaciones de las entidades aseguradoras que forman el Grupo Divina Seguros.

Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al Departamento de Atención al Asegurado por cualquiera de los siguientes medios.

- Personalmente, mediante su entrega en cualquiera de las oficinas de Divina Seguros.
- Por correo postal remitido al apartado de correos 1280, 46080 Valencia, con la referencia "Departamento de Atención al Asegurado".
- Por correo electrónico a la dirección reclamaciones@divinaseguros.com.

El Departamento de Atención al Asegurado acusará recibo por escrito de las mismas y tiene obligación de resolver de forma motivada y en el plazo máximo legal de un mes a contar desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el citado departamento.

Asimismo, los interesados podrán interponer reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid (www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/index.asp). Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de entrada de la reclamación o queja ante el Departamento de Atención al Asegurado sin que este hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

A los efectos oportunos, se indica a los interesados que el funcionamiento del Departamento de Atención al Asegurado, aparte de lo recogido en su propio reglamento, se encuentra regulado en las siguientes normas legales:

- Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y normas ulteriores modificadoras de la misma.
- Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras.
- Orden ECC 2.502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Asimismo, se registrá por cuantas normas legales ulteriores modificadoras de las mismas y disposiciones reglamentarias de desarrollo se promulguen, y en lo que dichas disposiciones encomienden a la autonomía de la voluntad, se estará a lo que se disponga en el reglamento de funcionamiento del propio departamento.

Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, las decisiones de Divina Seguros o de cualquiera de sus órganos serán susceptibles de impugnación ante la jurisdicción competente, según el orden de distribución de competencia entre los órganos jurisdiccionales y con arreglo a las reglas de competencia, procedimiento y fuero territorial que la regulan.

21 JURISDICCIÓN

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

22 PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse, conforme dispone el artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro.

23 TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Protección de datos de carácter personal

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	Divina Pastora Seguros, Mutua de Seguros ("Divina Seguros") Calle Xàtiva, n.º 23. 46002 Valencia.
Delegado de protección de datos	protecciondedatos@divinaseguros.com
Finalidad	Gestión y desarrollo del contrato de seguro, incluida la comunicación de datos personales a mediadores, otras entidades aseguradoras y a terceros colaboradores o proveedores de servicios; gestión administrativa, contable, fiscal y de facturación; gestión de quejas y conflictos; prevención del fraude y blanqueo de capitales. Envío de ofertas publicitarias o promocionales de Divina Seguros, incluido perfilados. Comunicación de los datos a las empresas del Grupo Divina Seguros para el envío de ofertas publicitarias o promocionales, incluido perfilados. Comunicación de los datos a las empresas del Grupo Divina Seguros con finalidades de supervisión, y a ficheros comunes del sector y otros legalmente establecidos. Perfilado con fines actuariales y análisis de mercados objetivos.
Legitimación	Ejecución de las relaciones precontractuales y contractuales. Obligación legal. Consentimiento del interesado. Interés legítimo. Interés público.
Destinatarios	Proveedores de servicios, incluido el reaseguro y/o coaseguro. Mediadores de seguros. Entidades financieras y bancarias. Administración Pública y/o judicial. Empresas del Grupo Divina Seguros. Ficheros comunes del sector.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos personales en la Política de Privacidad de nuestra página web: http://www.divinaseguros.com/corporativo/politica-de-privacidad.aspx

Además de las coberturas aseguradas mediante la presente póliza, el asegurado tendrá derecho también a los siguientes servicios adicionales.

Si por cualquier causa se produjera la resolución de la garantía principal contratada relativa a la póliza de asistencia sanitaria, necesariamente se producirá la resolución de las modalidades complementarias y accesorias.

SERVICIOS ADICIONALES

MÓDULO DE REEMBOLSO DE GASTOS EN ASISTENCIA SANITARIA URGENTE PARA VIAJE EN EL EXTRANJERO

El seguro tiene una cobertura de asistencia en viaje en el extranjero, **que se extiende hasta un máximo de 90 días consecutivos por viaje o desplazamiento, en el mundo entero, excluyendo España.** Para poder beneficiarse de esta cobertura el asegurado debe tener su domicilio y residencia habitual en España, y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia no podrá exceder de 90 días consecutivos por desplazamiento.

Divina Seguros se hará cargo de los siguientes costes y gastos médicos, siempre que los mismos sobrevengan a consecuencia de urgencias médicas ocurridas al asegurado durante su viaje en el extranjero o de enfermedades que requieran de un tratamiento de urgencia y se encuentren cubiertos por póliza:

- Los gastos y honorarios médicos por consultas o tratamientos urgentes al asegurado, farmacéuticos y los traslados en ambulancia.
- Los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores, rotura de piezas, caída de empastes, etc. que requieran un tratamiento de urgencia.

Estas coberturas se prestarán en la **modalidad de reembolso** de gastos, comprometiéndose la aseguradora al reintegro al asegurado de los gastos efectivamente satisfechos **hasta los límites cuantitativos económicos establecidos en las condiciones particulares de la póliza.**

Para poder hacer efectivo el reembolso de los gastos el asegurado deberá aportar los informes médicos relativos a la atención médica recibida y las facturas o justificantes de pago, así como la documentación justificativa del desplazamiento.

Estas coberturas no suponen, en ningún caso, que la aseguradora sea la encargada de facilitar al asegurado los servicios médicos, hospitalarios o farmacéuticos necesarios para su atención.

EXCLUSIONES PARA LOS SERVICIOS ADICIONALES

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales y, en su caso, en las condiciones particulares de la póliza, aplicables a todas las garantías, quedan excluidos de la presente modalidad de reembolso de gastos los siguientes riesgos:

- Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.
- Viajes que tengan por objeto recibir tratamiento médico.
- Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos.
- El tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.

- La adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentillas, aparatos de sordera, muletas, etc.
- Tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo los supuestos de urgencia.
- Tratamientos especiales, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental.
- Cualquier gasto médico incurrido en España aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.
- Viajes de duración superior a 90 días consecutivos.

La entidad aseguradora no responderá de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas, políticas o médicas de un país determinado.

La aseguradora se reserva el derecho de subrogación en los derechos y acciones que puedan corresponder al asegurado por hechos que hayan motivado su intervención y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados. El asegurado o, en su caso, el tomador vendrán obligados a facilitar a la aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.

MÓDULO DE ASISTENCIA SANITARIA BUCODENTAL

Incluye la asistencia médica y quirúrgica en enfermedades o lesiones comprendidas en la especialidad de odontostomatología, prestada por los facultativos y centros médicos establecidos en el cuadro médico dental de la aseguradora de la provincia de contratación de la póliza.

Incluye los siguientes servicios:

- Diagnóstico oral:** examen inicial oral, diagnóstico, presupuesto, exámenes de urgencia, la consulta del profesional y posterior revisión.
- Radiografías:** radiografía periapical, oclusal, de aleta, ortopantomografía, telerradiografía, radiografía de ATM, y serie radiográfica periodontal. **Las radiografías han de estar prescritas por un especialista del cuadro médico dental concertado por la aseguradora, en caso contrario, las clínicas radiológicas concertadas en el cuadro médico dental, no tienen obligación de ajustarse al baremo de precios máximos vigente.**
- Odontología preventiva:** educación de higiene dental, enseñanza en las técnicas del cepillado, planificación de dieta para el control y prevención de caries, así como **la aplicación tópica de flúor con el límite de dos veces al año. Queda incluida una limpieza bucal al año.**
- Cirugía oral ambulatoria:** se incluye la extracción dental simple, la extracción dental con sutura, extracción de diente retenido en tejido óseo, frenectomía, quistectomía con o sin extracción dental, cirugía menor o de tejidos blandos y cirugía pre-protésica.

Aquellos actos quirúrgicos propios de la medicina maxilofacial solo podrán ser realizados por especialistas incluidos en el cuadro médico de salud concertado por la aseguradora.

- **Plan dental infantil:** destinado a cuidar la salud de todos los menores de 15 años de edad que hayan pasado una revisión anual. Con objeto de garantizar una correcta formación y crecimiento de la salud bucodental de los niños se incluye: sellados de puntos y fisuras, obturaciones, reconstrucciones, corona prefabricada de acero inoxidable, recubrimiento pulpar indirecto, pulpotomía, apicoformación (por visita), apertura y drenaje pulpar (curas) y extracción de diente temporal.
- **Servicio de urgencias odontológicas,** para atención de urgencias de etiología dental. Este servicio dispone de odontólogo de guardia que puede atender cualquier consulta relacionada con la salud dental. En caso de necesidad de visita presencial, se deriva al asegurado al centro de urgencias más cercano.

Dentro de los servicios cubiertos en asistencia sanitaria hay dos tipos de servicios:

- a) **Sin franquicia a cargo del asegurado.** En este tipo de servicios, el asegurado no debe abonar cantidad alguna al médico odontoestomatólogo.

La asistencia sanitaria se prestará única y exclusivamente por los facultativos y centros médicos que aparecen en la guía médica correspondiente a la presente póliza, quedando excluida la asistencia prestada fuera de las consultas y centros establecidos.

Para una mejor identificación, son objeto de cobertura sin franquicia los servicios y actos médicos que se indican "sin cargo" en el baremo de precios máximos establecido como anexo en el cuadro médico dental.

- b) **Con franquicia a cargo del asegurado.** El coste del resto de tratamientos será asumido directamente por el asegurado beneficiario de conformidad con el baremo de precios máximos vigente en el momento de la prestación.

Dicho baremo se entrega junto con las condiciones generales, siendo objeto de periódicas actualizaciones en función del coste de los tratamientos.

El precio fijado en dicho baremo por la actuación o tratamiento bucodental deberá abonarse directamente por el asegurado/beneficiario en la consulta del médico odontoestomatólogo.

En el caso de que se produjera alguna modificación en el importe de las franquicias a cargo del asegurado, la aseguradora comunicará a los asegurados, con anterioridad a su entrada en vigor, las nuevas franquicias establecidas para los servicios, siendo el pago de la prima la aceptación de dichos cambios.

Las franquicias de estos servicios vienen indicadas en el baremo de precios máximos del cuadro médico dental, diferenciándose y agrupándose en distintas zonas geográficas de aplicación.

Quedan excluidos de la asistencia sanitaria bucodental los siguientes riesgos:

- a) Las radiografías, en caso de no estar prescritas por un especialista perteneciente al cuadro médico dental concertado por Divina Seguros, el asegurado las abonará directamente al facultativo o centro médico, no teniendo éstos obligación de ajustarse al baremo de precios máximos vigente publicado por la aseguradora.
- b) La presente cobertura no incluye las prótesis dentales, por lo que el asegurado abonará directamente al facultativo o centro médico dental el importe correspondiente a la prótesis implantada. Divina Seguros no se hace responsable de los honorarios de los facultativos ajenos a su cuadro dental, ni del importe de las actuaciones sanitarias que los mismos puedan prescribir.
- c) La cirugía maxilofacial y los actos quirúrgicos que requieren la utilización de quirófano y/o hospitalización.
- d) Los tratamientos que tengan una finalidad estética.
- e) En general, cualesquiera otros servicios odontológicos no incluidos ni contemplados expresamente en las condiciones generales, condiciones particulares y/o especiales, si las hubiese.

ATENCIÓN AL CLIENTE

Divina Seguros dispone de un servicio de atención al cliente para facilitar a sus mutualistas y asegurados las consultas y gestiones relacionados con todos nuestros servicios. Igualmente, se pone a su disposición los siguientes servicios de atención telefónica, tanto para caso de urgencia, como la solicitud de asistencia telefónica médica y pediátrica en donde un equipo de profesionales le informará según su necesidad.

Atención al cliente	
De 8h a 21h lunes a viernes	963 113 340 935 171 987 (catalán) atencion.clientes@divinaseguros.com
Solicitud de autorizaciones médicas	
De 8h a 21h lunes a viernes	963 113 350 atencion.clientes@divinaseguros.com
Servicio de urgencias y orientación médica	
De 24h/365 días	932 532 176
Servicio de urgencias dentales	
De 24h/365 días	917 880 202

* En caso de urgencia vital, diríjase a cualquier centro médico.

¿CÓMO ACCEDER AL SERVICIO?

Para solicitar una cita

1. Consulte su cuadro médico de salud a través www.divinaseguros.com o descargue la app de Divina Seguros para su móvil. Es importante que recuerde que el cuadro médico puede estar sujeto a cambios.
2. Llame directamente al teléfono del profesional o centro elegido para la asignación de la visita e identifíquese como asegurado de Divina Seguros.
3. Al acudir a su cita deberá llevar y acreditar su identidad con su tarjeta sanitaria personalizada junto con su DNI, de forma que pueda ser identificado como cliente.

Para solicitar una autorización

Los servicios cubiertos pueden ser de libre acceso o precisar autorización previa por parte de Divina Seguros.

En el caso de un ingreso urgente hay un plazo máximo de 24 horas desde el momento del ingreso para solicitar la autorización.

1. Llame al teléfono 963 113 350 o envíe un correo electrónico a autorizaciones@divinaseguros.com con un mínimo de 48 horas de antelación, antes de recibir la prestación.
2. Al solicitar la autorización le pedirán los datos de su tarjeta de cliente Divina Seguros, el servicio o prueba médica solicitada y el nombre del médico prescriptor y del realizador. Ambos han de pertenecer al cuadro médico** de la compañía.

Para emitir determinadas autorizaciones, Divina Seguros podrá solicitarle la aportación de un informe médico adicional en el que consten los antecedentes, los factores de riesgo, el diagnóstico y la necesidad de tratamiento.

3. Una vez le hayan asignado el número de autorización le recordamos que tiene un plazo máximo de 30 días naturales para recibir la prestación.
4. En el momento de percibir la prestación del servicio en la consulta o centro correspondiente, usted presentará junto su tarjeta sanitaria el número de autorización.

** Divina Seguros no se responsabiliza, ni se hace cargo de los honorarios profesionales de los médicos o facultativos ajenos al cuadro médico de Divina Seguros, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos profesionales pudieran prescribir, salvo los cubiertos por el módulo de reembolso de gastos en consulta de ginecología, obstetricia y pediatría definido en el apartado de servicios generales incluido en las condiciones generales de la póliza.

SERVICIOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

Tienen que estar prescritos por un facultativo del cuadro médico de Divina Seguros y requieren AUTORIZACIÓN PREVIA las pruebas diagnósticas complejas, los traslados en ambulancia, las consultas en oncología, las sesiones de fisioterapia, psicología, y podología, la preparación al parto, los chequeos preventivos, los tratamientos médicos y, en especial, las siguientes prestaciones:

\ Hospitalización obstétrica	\ Test DAO
\ Estudios preoperatorios obstétricos	\ Pruebas genéticas
\ Intervenciones quirúrgicas obstétricas	\ Rehabilitación
\ Endoscopias digestivas diagnósticas	- Rehabilitación y fisioterapia
\ Doppler (cualquier técnica)	\ Ambulancias
\ Diagnóstico por imagen	\ Parto o cesárea
- RNM	\ Programa de prevención de glaucoma
- Estudios urodinámicos y digestivos	\ Programa de prevención de riesgo coronario
\ Neurofisiología (cualquier técnica)	\ Programa de prevención del cáncer colorectal
\ Anatomía patológica (cualquier técnica)	\ Programa de prevención del cáncer de mama endometrio y cérvix
\ Test H2 espirado	

Cuando una prestación sanitaria no haya sido debidamente autorizada por Divina Seguros quedará excluida de la presente póliza y la aseguradora no abonará el importe correspondiente a la misma.

Para solicitar una asistencia de urgencia u orientación médica y pediátrica:

1. Llame al Servicio de Atención Médica Telefónica, al teléfono 932 532 176, donde será atendido por médicos altamente cualificados.
2. Le pedirán los datos de su tarjeta cliente Divina Seguros.
3. Un médico experimentado escuchará sus dudas, le orientará correctamente y canalizará el tipo de asistencia médica más adecuada para sus necesidades. Si es necesario, enviaremos un médico a su domicilio.
4. Si lo considera oportuno puede acudir a cualquiera de los centros de urgencia concertados, que puede consultar en el cuadro médico de la web www.divinaseguros.com

Para solicitar un reembolso de los servicios adicionales en modalidad de reembolso incluidos en su póliza

1. Llame al teléfono 963 113 350 o envíe un correo electrónico a autorizaciones@divinaseguros.com
2. Le remitirán el formulario de reembolso y le indicarán la documentación necesaria que debe aportar para solicitar la prestación.

PREGUNTAS FRECUENTES

SOBRE EL CONTRATO

¿Qué es un condicionado?

El condicionado, también llamado "condiciones generales" y/o "condiciones particulares", es un contrato que recoge los derechos y obligaciones de Divina Seguros y de los del asegurado o persona que contrata el seguro.

¿Cuál es el objeto del seguro?

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la póliza, y mediante pago de la prima y las franquicias y copagos que, en cada caso, correspondan, DIVINA SEGUROS garantiza la cobertura de asistencia médica que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios que figuran en la descripción de las coberturas (cláusula quinta) de la presente póliza, previo pago de la prima correspondiente.

No forma parte del objeto del seguro la cobertura por estancia o ingreso hospitalario, ni las cirugías ni intervenciones quirúrgicas, salvo en caso de parto o cesárea.

¿Qué es una exclusión general de cobertura?

Aquella exclusión de cobertura recogida expresamente en las condiciones generales de la póliza.

¿Qué es una exclusión por preexistencia?

Todos los hechos en curso antes de la fecha de efectos del contrato y las consecuencias de los mismos se excluyen de cobertura y no serán aceptados con cargo a la póliza.

¿Qué documentación entregamos al contratar su seguro?

Las condiciones generales y particulares de la póliza y, la tarjeta sanitaria

¿Qué es el cuadro médico de la compañía?

Es el conjunto de centros médicos, ATS, fisioterapeutas y médicos especialistas dados de alta en la compañía.

Las consultas de cuadro médico y cuadro médico dental se realizarán a través de la página web de internet www.divinaseguros.com o mediante la descarga la app de Divina Seguros para su smartphone.

¿Hay que comunicar la prórroga del contrato?

No es necesario. Los contratos se prorrogan automáticamente cada año, a no ser que una de las partes no lo desee y lo comunique por escrito, en los términos de la legislación vigente.

¿Quién es asegurable en mi póliza?

Podrán ser asegurados de la presente póliza, toda persona física mayor de edad, que a la firma del contrato tenga una edad igual o inferior a los 74 años, siempre que tenga su residencia habitual en España y no padezca una enfermedad grave.

Los asegurados de esta póliza que durante la vigencia de la misma superen los 74 años de edad, podrán permanecer como asegurados de la misma.

Los menores de 18 años de edad solo podrán ser incluidos como asegurados de la presente póliza cuando el tomador de la póliza sea una de las personas que ejerzan la patria potestad, o en su caso, ejerza la tutela del mismo.

¿Los recién nacidos son asegurables?

Los hijos recién nacidos, cuando la madre sea asegurada, siempre que el parto o cesárea haya sido objeto de cobertura de la presente póliza, podrán ser incluidos en la póliza de la madre desde su nacimiento y en las mismas condiciones, sin aplicación de plazos de carencia. En estos supuestos, es requisito de obligado cumplimiento que el tomador cumplimente la solicitud del seguro para el recién nacido dentro del plazo máximo de 7 días desde la fecha del parto o cesárea.

¿Qué debe hacerse para presentar una reclamación o una queja?

Puede presentarla por escrito, habrán de dirigirse al Departamento de Atención al Asegurado por cualquiera de los siguientes medios:

- Personalmente, mediante su entrega en cualquiera de las oficinas de Divina Seguros.
- Por correo postal remitido al apartado de correos 1280, 46080 Valencia, con la referencia "Departamento de Atención al Asegurado".
- Por correo electrónico a la dirección reclamaciones@divinaseguros.com

Asimismo, puede enviarla al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid. En este caso, es necesario haber reclamado previamente ante el Departamento de Atención al Asegurado de Divina Seguros.

PAGO DEL SEGURO

¿Todos los meses se paga lo mismo?

No. Algunos meses usted recibirá además de la prima el cargo por los actos médicos realizados (copagos).

Aquellos asegurados que hayan comunicado a la compañía la dirección de su correo electrónico, recibirán el detalle de los mismos por este medio, en caso contrario, podrán consultarlo en el área del cliente de la web de Divina Seguros.

¿Qué quiere decir que el contrato es anual, si se paga todos los meses?

La duración del contrato establecido en la póliza es anual, lo cual es compatible con el pago mensual de la prima. También puede optarse por un pago trimestral, semestral o anual. El fraccionamiento de la prima no supone coste adicional para el tomador del seguro.

PRESTACIONES SANITARIAS

¿Se puede ir al médico al día siguiente de contratar la póliza de salud?

Se puede ir desde la fecha de efecto de la póliza excepto para algunos servicios que tienen periodo de carencia.

¿Qué coberturas hay en atención primaria?

Medicina general, Pediatría y Puericultura, ATS/DUE, urgencias y urgencias domiciliarias (siempre que Divina Seguros disponga de este servicio en su población).

¿Hay que solicitar autorización para acudir a las consultas de las especialidades médicas o quirúrgicas?

No. Las especialidades médicas y quirúrgicas son de libre acceso para cualquier profesional dado de alta en la compañía. Algunos servicios sí requieren autorización, viene especificados en las condiciones generales de la póliza, apartado "Servicios que requieren autorización".

¿Cuándo se puede solicitar un servicio a domicilio urgente?

Cuando, por el estado del enfermo, el desplazamiento a una consulta o centro hospitalario es médicamente desaconsejable.

El uso adecuado de este servicio requiere que se utilice solo por motivos estrictamente médicos que justifiquen la necesidad de su prestación urgente y únicamente en el domicilio del asegurado que figura en la póliza y siempre y cuando dicho servicio esté concertado por la compañía en esa zona.

¿Se cubren las enfermedades anteriores a la contratación de la póliza?

No.

¿Qué está cubierto en la especialidad de odontología?

Esta póliza tiene incluida la asistencia dental completa con actos gratuitos y actos franquiciados.

Entre los actos gratuitos se cubren el diagnóstico oral, el servicio de urgencias dentales, las radiografías, la Odontología preventiva, la Cirugía oral ambulatoria y un plan dental infantil para niños de 0 a 15 años de edad.

Usted puede acceder al cuadro médico dental a través de la web de Divina Seguros www.divinaseguros.com.

¿Se cubren los medicamentos?

Únicamente en el caso de ingreso o internamiento hospitalario.

¿Y qué se incluye en planificación familiar?

Se incluye la implantación del DIU (salvo el coste del dispositivo intrauterino), la ligadura de trompas, y la vasectomía.

En estos dos últimos casos, por tratarse de intervenciones quirúrgicas tiene definido un periodo de carencia.

La interrupción voluntaria del embarazo está excluida.

¿Y la preparación al parto?

Sí, es una prestación que no requiere autorización previa por parte de la compañía.

¿Están cubiertas las urgencias?

Sí, aunque no todas. Están incluidas exclusivamente las urgencias médicas y pediátricas. También las urgencias obstétricas siempre y cuando el parto sea objeto de cobertura.

¿Quedan incluidos los ingresos hospitalarios programados?

No, salvo por parto/cesárea.

Si se produce una lesión durante la práctica deportiva de competición, en accidentes laborales o de tráfico ¿queda cubierta la asistencia sanitaria?

No

¿Qué ocurre si en mi provincia no existe nadie que pueda hacerme una prueba determinada?

Divina Seguros le prestará el servicio en la provincia que usted elija en la que exista un prestador para dicha prueba.

¿Tiene la póliza programas anuales preventivos de salud?

La póliza incluye un programa anual de prevención de cáncer colorrectal, de riesgo cardiovascular, de prevención de cáncer de mama, endometrio y cérvix, de prevención de cáncer de próstata y un programa anual de prevención de glaucoma.



Atención al Cliente **963 113 340**
atencion.clientes@divinaseguros.com

Apdo. de Correos 1280
46080 Valencia

www.divinaseguros.com