



CONDICIONES GENERALES

Nara - Asistencia Sanitaria A Medida

Índice

Definiciones	4
Conceptos aseguradores.....	4
Conceptos médicos	5
Cláusula Preliminar	6
Objeto del seguro	7
Cobertura del Seguro	7
Exclusiones de la cobertura de asistencia sanitaria	9
Periodos de Carencia	9
Utilización del Cuadro Médico	9
Tarjeta sanitaria	9
Autorización de prestaciones.....	10
Copagos	10
Duración del Seguro	11
Primas	12
Derechos y Deberes del Tomador y Asegurados	12
Subrogación	14
Indisputabilidad	15
Tributos	15
Extravío o Destrucción	15
Comunicaciones	15
Reclamaciones	16
Centro De Atención De Reclamaciones	16
Servicio De Reclamaciones De La Dirección General De Seguros Y Fondos De Pensiones	16
Juzgados Y Tribunales	16
Prescripción	16
Jurisdicción	16
Política de Privacidad	17
Anexo I. Segunda Opinión Médica Internacional	20
Anexo II. Servicio Médico Telefónico	20

Condiciones Generales

Definiciones

Conceptos aseguradores

Asegurado

Persona física sobre la que se estipula la cobertura de los riesgos objeto de esta Póliza.

Carencia

Periodo de tiempo computado desde la fecha de efecto de la Póliza para cada Asegurado, durante el cual no son efectivas determinadas coberturas para dicho Asegurado.

Copago

Pago que debe satisfacer el Tomador o Asegurado a la Entidad Aseguradora por el uso del Cuadro Médico concertado, según las condiciones establecidas en la Póliza.

Condiciones Particulares

Documento integrante de la Póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Entidad Aseguradora

Persona jurídica que, en contraprestación al cobro de la correspondiente prima, asume la cobertura del riesgo objeto de esta Póliza y garantiza las prestaciones que correspondan con arreglo a las estipulaciones de la misma.

Fecha de efecto

Fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada para cada uno de los Asegurados.

Póliza

Documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales, las Particulares, así como los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prestación

Consiste en la cobertura de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del Siniestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.

Prima

Precio de la cobertura cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente Póliza.

Siniestro

Acontecimiento que ocasiona un daño cuya reparación requiere la asistencia sanitaria objeto de cobertura por la Póliza.

Tarjeta sanitaria

Documento propiedad de la Entidad Aseguradora que se expide y entrega a cada Asegurado incluido en la Póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la Póliza.

Tomador

Persona física o jurídica que contrata la cobertura del riesgo objeto de esta Póliza para cada Asegurado.

Conceptos médicos

Accidente

Todo evento acaecido durante la vigencia de esta Póliza derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca lesiones corporales y haga preciso tratamiento médico o quirúrgico.

Acto médico

Toda asistencia sanitaria realizada por un profesional de la medicina, prueba médica diagnóstica o terapéutica, y/o tratamiento médico encaminado a la recuperación del estado de salud de un Asegurado.

A.T.S./D.U.E.

Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la actividad de enfermería.

Cuadro Médico

Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por la Entidad Aseguradora a nivel nacional. En el Cuadro Médico se relacionan, los profesionales y establecimientos sanitarios concertados, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. El Tomador y los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia.

Cuestionario de salud

Declaración de salud del Tomador y/o Asegurado, validada escrita, telefónica o electrónicamente en entorno seguro antes de la formalización de la Póliza, que sirve a la Entidad Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

Enfermedad

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que sea diagnosticada por un médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad pre-existente

Toda enfermedad del Asegurado contraída y/o padecida con anterioridad a la contratación de este seguro.

Hospital

Todo establecimiento autorizado legalmente para el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, atendido permanentemente por un médico. No se consideran hospitales, a efectos de esta Póliza, los hoteles, residencias de tercera edad, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento o tratamiento de enfermedades crónicas, drogadictos o alcohólicos, o instituciones similares.

Hospitalización

Se entiende por hospitalización a efectos de este contrato la permanencia del Asegurado como paciente en un hospital por un periodo mínimo de 24 horas.

Intervención quirúrgica

Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un médico y que requiere la utilización de una sala de operaciones.

Médico

Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la medicina en el lugar en que la practica.

Médico especialista o especialista

Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

Prótesis

Todo aquel aparato o dispositivo destinado a reparar artificialmente la falta de un órgano o parte de él.

Urgencia

Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato, entendiéndose por tal aquella situación en la que la demora por más de 6 horas en la realización de la intervención o tratamiento ponga en peligro la vida del Asegurado, a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

Urgencia domiciliaria

Asistencia en el domicilio del Asegurado en caso de Urgencia prestada por Médico generalista y/o A.T.S./D.U.E.

Cláusula Preliminar

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, y por lo dispuesto en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la propia Póliza, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean expresamente aceptadas por el Tomador en las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

hna, cuya denominación social es Hermandad Nacional de Arquitectos, Arquitectos Técnicos y Químicos, Mutualidad de Previsión Social, está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 25.316, Sección 8, Folio 178, Hoja M-62064, y en el Registro Administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número P3028, tiene su domicilio social en España, sito en la Avenida de Burgos, número 17 de Madrid y tiene como número de identificación fiscal V28306678.

El control y supervisión de la actividad de la Entidad Aseguradora corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía del Estado Español.

Objeto del seguro

La Entidad Aseguradora se compromete, dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la Prima y Copagos que en cada caso corresponda, a facilitar al Asegurado en régimen de consulta ambulatoria a través de la modalidad de asistencia sanitaria las consultas de Enfermería, de Medicina familiar, de Pediatría y de Especialidades médicas (Dermatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología, etc.). Medios de diagnóstico: **Solo ecografía prostática y mamografía**. Podología. Fisioterapia y tratamientos de rehabilitación. **Estas garantías de asistencia sanitaria se prestan exclusivamente a través del Cuadro Médico de la Entidad Aseguradora.**

No se encuentra incluida en la cobertura de este Seguro la asistencia que precise internamiento hospitalario o en Hospital de día, así como tampoco las Intervenciones quirúrgicas aunque las mismas se realicen en régimen ambulatorio. Asimismo quedan excluidas las asistencias en servicios de urgencias, tanto las ambulatorias, como las hospitalarias y de urgencia domiciliaria.

Cobertura del Seguro

Con carácter general, las prestaciones sanitarias cubiertas que se especifican a continuación, realizados exclusivamente por los servicios que la Entidad Aseguradora designe, siempre con las exclusiones indicadas en el apartado Exclusiones, así como las limitaciones y Copagos previstos en Condiciones Particulares:

Consultas de:	
Atención Primaria	Medicina Familiar
	Pediatría (1)

(1)Asistencia pediátrica de niños hasta cumplir los 16 años de edad. Cuando el niño supere la edad mencionada pasará a ser atendido por Médicos de medicina familiar.

Consultas de:	
Especialidades	Alergología e inmunología (2)
	Angiología y cirugía vascular
	Aparato digestivo
	Cardiología
	Cirugía cardiovascular
	Cirugía general y digestiva
	Cirugía maxilofacial
	Cirugía pediátrica
	Cirugía plástica y reparadora
	Cirugía torácica
	Dermatología
	Endocrinología
	Geriatría
	Medicina interna
	Nefrología
	Neumología
	Neurocirugía
	Neurología
	Obstetricia y ginecología
	Oftalmología
	Oncología médica
	Otorrinolaringología
Proctología	
Psiquiatría	
Reumatología	
Traumatología y cirugía ortopédica	
Urología	

(2) No incluye el coste de las vacunas, que serán a cargo del Asegurado.

Otros Servicios asistenciales:	
Enfermería	Curas
	Inyectables
	Retiradas de yeso
	Toma de tensión
	Vendajes
Medios de diagnóstico (3)	Ecografía Prostática
	Mamografía
Podología	Quiropodias
Fisioterapia y rehabilitación (3) (4)	Tratamientos rehabilitación

(3) Será necesaria la previa prescripción escrita de un Médico concertado con la Entidad Aseguradora.

(4) Tratamientos, con fines curativos, de rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor siempre que deriven de problemas traumatológicos agudos, cubiertos por la presente Póliza.

Exclusiones de la cobertura de asistencia sanitaria

Quedan formalmente excluidos de la cobertura los siguientes conceptos:

- **La asistencia sanitaria que precise ingreso en un centro hospitalario, tanto en régimen ambulatorio, Hospital de día, o ingresado.**
- **La asistencia en servicios de urgencias ambulatorias y hospitalarias. Asimismo, quedan excluidas las asistencias de Urgencia domiciliaria.**
- **Las intervenciones quirúrgicas.**
- **Los medios de diagnóstico a excepción de la ecografía prostática y mamografía.**
- **Cualquier asistencia médica no prevista expresamente en las Garantías de Asistencia Sanitaria de estas Condiciones Generales.**

Periodos de Carencia

Se establecen los periodos de Carencia, reflejados en las Condiciones Particulares, para los tratamientos de fisioterapia.

Utilización del Cuadro Médico

La Entidad Aseguradora pondrá el Cuadro Médico a disposición del Tomador y de los Asegurados, en el momento de suscribir esta Póliza. El Cuadro Médico incluirá los Médicos, A.T.S./D.U.E., laboratorios de análisis y cualquier otro centro o profesional necesarios, para prestar los servicios médicos incluidos en las coberturas de esta Póliza.

En cualquier caso no existe ningún tipo de limitación o restricción a nivel geográfico de acceso a la utilización del Cuadro Médico por parte del Asegurado.

En el supuesto de que no exista algún servicio de los recogidos en la Póliza en la provincia de residencia del Asegurado, le serán facilitados en otra provincia a su libre elección.

Tarjeta sanitaria

- 1.** La Entidad Aseguradora proporcionará a cada Asegurado una Tarjeta Sanitaria o localizador. Esta Tarjeta Sanitaria es propiedad de la Entidad Aseguradora y su uso es personal e intransferible por el Asegurado.
- 2.** El Asegurado se obliga a presentar la citada Tarjeta Sanitaria o localizador, al requerir del Cuadro Médico cualquiera de los servicios médicos cubiertos por esta Póliza.
- 3.** La Entidad Aseguradora liquidará directamente la totalidad de los gastos correspondientes a la utilización de tales servicios.

- 4. La Entidad Aseguradora queda exonerada de efectuar reembolso alguno de los gastos que el Asegurado hubiera podido satisfacer por no presentar su Tarjeta Sanitaria, así como lo que hubiese abonado por mejoras por él solicitadas y no comprendidas en los acuerdos firmados por la Entidad Aseguradora con el profesional sanitario para la confección del Cuadro Médico.**

Autorización de prestaciones

- 1. Prestaciones que precisan de autorización previa.** Precisan autorización previa de la Entidad Aseguradora para su realización por el Cuadro Médico:
 - Tratamientos de rehabilitación: todas las técnicas.
- 2. Documentación necesaria para la autorización:**

Todas las solicitudes de autorización del Asegurado deberán ir acompañadas necesariamente por la prescripción médica correspondiente.

- Si su Médico o Especialista le prescribe una prueba que requiere Autorización previa, por favor asegúrese de disponer de la siguiente documentación antes de abandonar la consulta:
 - **Descripción de la prueba a realizar.**
 - **Antecedentes y detalles acerca del proceso para el que se solicita la realización de la prueba.**
- La Entidad Aseguradora podrá solicitar del Asegurado toda la información médica adicional que precise para su adecuada tramitación.**
- La Entidad Aseguradora comunicará al Asegurado, en el plazo máximo de 48 horas, la concesión o denegación, si fuese el caso, de dicha autorización.
- En el supuesto de que se superase ese plazo, la Entidad Aseguradora abonará al Asegurado la indemnización que tenga establecida.
- Para garantizar una correcta gestión, las solicitudes de autorizaciones médicas han de realizarse con al menos 24 horas de antelación a la cita médica.**

Copagos

- El Asegurado abonará a la Entidad Aseguradora, una vez superado el límite establecido en Condiciones Particulares, un importe por cada acto o servicio médico que reciba del Cuadro Médico.
- El importe vigente a la contratación inicial correspondiente a cada Copago será el fijado en las Condiciones particulares.**

3. Con anterioridad al 31 de octubre de cada año, la Entidad Aseguradora comunicará al Tomador el importe de los copagos aplicables a la siguiente anualidad, de existir alguna variación respecto de los anteriores.
4. El Tomador podrá optar, en caso de discrepancia con las condiciones previstas para la siguiente anualidad, por comunicar a la Entidad Aseguradora su voluntad de extinguir la Póliza de seguro al vencimiento de la anualidad en curso.

Duración del Seguro

1. La presente Póliza de seguro entrará en vigor en el día indicado en las Condiciones Particulares y vence el 31 de diciembre siguiente a la suscripción de la misma. La Póliza será renovable tácitamente por periodos anuales. Asimismo, las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada en un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea la Entidad Aseguradora. Este seguro podrá rescindirse por la Entidad Aseguradora mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes desde el conocimiento de una reserva o inexactitud en la declaración del Tomador o de cualquiera de los Asegurados.
2. Las coberturas de la Póliza cesarán automáticamente al producirse la resolución del contrato, quedando el Asegurado sin derecho a la prestación de los servicios.
3. En todo caso, la presente Póliza de seguro se extinguirá para un Asegurado:
 - A su fallecimiento.
 - Si al contratar incurrió en dolo o culpa grave o en caso de agravación del riesgo si no lo comunica a la Entidad Aseguradora, o actuó de mala fe.
 - Si no emplea los medios a su alcance para limitar razonablemente los costes de la prestación, pudiendo perder el derecho a la misma si se comprueba que ha obrado con mala fe o abuso manifiesto.
 - Si no facilita a la Entidad Aseguradora, en caso de accidente con un tercero civilmente responsable, la información y documentación necesarias para la reclamación que proceda.
4. La extinción de la Póliza para un Asegurado por cualquiera de estos motivos se producirá en el día de su ocurrencia o en el día en que la Entidad Aseguradora tenga conocimiento de ellos, **no existiendo para el Asegurado derecho a la devolución de la prima no consumida en el mes en el que se hace efectiva.**
5. En caso de solicitarse por parte del Tomador la baja de alguno de los Asegurados de una Póliza, con anterioridad a su segunda renovación, y como consecuencia de dicha baja se agravase el riesgo global, **la Entidad Aseguradora se reserva el derecho de rescindir la misma, puesto que, de haber sido esas las condiciones en el momento de la suscripción de la Póliza, la Entidad Aseguradora no habría celebrado este contrato de acuerdo con su política de selección de riesgos.**

Primas

1. La prima se determinará en el momento del alta en la Póliza, teniendo en cuenta el número de asegurados incluidos en la misma, así como sus características personales declaradas a la Entidad Aseguradora. Esta prima se recalculará cuando se produzcan altas o bajas de asegurados.
2. Esta prima se determinará para cada anualidad, si bien las Condiciones Particulares podrán prever su fraccionamiento mensual, trimestral o semestral, incluyendo en su caso el correspondiente recargo. Si la cobertura es contratada una vez iniciado el año natural, se prorrateará la prima anual por los meses que resten hasta el 31 de diciembre.
3. El pago de la prima se realizará mediante la domiciliación bancaria facilitada por el Tomador a la Entidad Aseguradora para efectuar el pago de los recibos correspondientes.
4. La primera prima o fracción de ésta será exigible una vez suscrita la presente Póliza de seguro. **Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador o del Asegurado, la Entidad Aseguradora podrá resolver la Póliza o exigir el pago de la prima en vía ejecutiva. En todo caso, si esta prima no hubiera sido pagada en el plazo de 30 días desde su emisión, la Póliza quedará resuelta.**
5. **Transcurrido un mes desde el impago de cualquier otra prima, el contrato de seguro quedará en suspenso, excluyéndose, a partir de ese momento, la cobertura de cualquier acto médico o quirúrgico que pudiese requerir el Asegurado.** Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que la Póliza queda extinguida.
6. Si el contrato no ha quedado resuelto o extinguido conforme a lo previsto en los números anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima.
7. Con anterioridad al 31 de octubre de cada año, la Entidad Aseguradora comunicará al Tomador el importe de las primas aplicables en la siguiente anualidad para cada asegurado. El Tomador podrá optar, en caso de discrepancia con las primas previstas para la siguiente anualidad, por comunicar con anterioridad al 30 de noviembre a la Entidad Aseguradora, su voluntad de extinguir la Póliza de seguro al vencimiento de la anualidad en curso.

Derechos y Deberes del Tomador y Asegurados

1. El Tomador y cada Asegurado para contratar la presente Póliza, formalizarán una solicitud de aseguramiento que incluirá, tanto un Cuestionario de Salud como todas aquellas circunstancias personales por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

2. La cumplimentación de dicha solicitud podrá realizarse por el Tomador y Asegurado de forma telemática, con y sin firma electrónica, o telefónica o presencial. En la misma, el Tomador y cada Asegurado declararán que:
 - Son ciertos y veraces todos los datos y contestaciones expresados a la Entidad Aseguradora, no existiendo ocultación de circunstancias o hechos que pudiesen influir en la valoración de los riesgos cubiertos.
 - **Han sido informados de los extremos contenidos en los artículos 122 y 126 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y, en su caso, de los artículos 42 y 43 de la Ley de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados y de la normativa de consumidores y usuarios que resulte de aplicación y, en particular, pero sin limitación en la Ley 22/2007, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.**
 - **Conocen las Condiciones Generales y Particulares y aceptan las mismas y, en concreto, las Cláusulas Limitativas y Exclusiones Expresas.**
 - **Han sido informados de los extremos contenidos en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) y en la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, aceptando que sus datos sean tratados conforme al contenido de la misma.**
3. En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma telemática y el Tomador disponga de firma electrónica para todos los Asegurados mayores de 18 años, la Póliza quedará formalizada de forma inmediata. Si no dispusiera de firma electrónica la formalización será inmediata a través del intercambio de correos electrónicos previsto en la legislación vigente sobre contratación electrónica, los cuales serán autenticados a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo.
4. En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma telefónica, la Póliza quedará formalizada para el Tomador y los menores de edad mediante la grabación y el registro de la llamada. Cada mayor de edad ratificará sus datos personales mediante llamada telefónica para formalizar su incorporación a la Póliza. Los ficheros en los que se registre la grabación de estas llamadas telefónicas serán igualmente autenticados a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo.

5. En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma presencial, la formalización de la Póliza se realizará por escrito.
6. A la vista del Cuestionario de Salud y de todas las circunstancias personales, la Entidad Aseguradora comunicará a cada posible Asegurado la aceptación de su solicitud de aseguramiento o, en su caso, la denegación de la misma.
7. Una vez aceptada por parte de la Entidad Aseguradora, se le remitirá al Tomador y a cada Asegurado la documentación correspondiente a esta Póliza, poniéndole asimismo ésta a su disposición de forma telemática a través de una clave de acceso.
8. El Tomador y cada Asegurado, una vez recibida esta documentación, deberán comprobar que los datos en ella contenidos son correctos. En caso de no ser así, podrán solicitar, en el plazo de un mes, la rectificación de los errores producidos. **Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación alguna, surtirán efecto las disposiciones contenidas en las mismas.** La Entidad Aseguradora deberá rectificar, en el plazo de un mes, los errores producidos, lo que podrá conllevar la modificación de las primas, sin que la modificación entre en vigor hasta que la mayor prima, en su caso, se satisfaga.
9. Ni el Asegurado, ni el Tomador tienen la obligación de comunicar a la Entidad Aseguradora la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo contratado.
10. **El Asegurado deberá minorar las consecuencias del Siniestro, empleando los medios a su alcance. El incumplimiento de este deber liberará a la Entidad Aseguradora de toda prestación relacionada con el Siniestro.**
11. **La Entidad Aseguradora podrá solicitar del Asegurado los informes médicos que se determinen necesarios para proceder a la autorización de prestaciones solicitadas o en los procesos de control y detección de lesiones, enfermedades o dolencias previas a la contratación del seguro.**

Subrogación

El Asegurado deberá facilitar la subrogación a la Entidad Aseguradora, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del Siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo.

La Entidad Aseguradora no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. **El Asegurado será responsable de los perjuicios que, en sus actos u omisiones, pueda causar a la Entidad Aseguradora en su derecho a subrogarse.**

La Entidad Aseguradora no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del Siniestro que sea, respecto del Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. **Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un contrato de seguro.**

En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

En caso de concurrencia de la Entidad Aseguradora y Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

Indisputabilidad

En el supuesto de existencia de reserva o declaración inexacta en las declaraciones del Tomador o del Asegurado, **la Entidad Aseguradora podrá rescindir la relación contractual en el plazo de un mes desde que se haya conocido dicha reserva o inexactitud.**

Transcurrido el plazo de un año desde que se hubiera satisfecho la primera prima o fracción de ésta, la Entidad Aseguradora no podrá impugnar la Póliza, salvo que el Tomador o el Asegurado hubieran actuado con dolo al efectuar las declaraciones esenciales.

Tributos

Todos **los tributos** que graven la presente Póliza, y que sean legalmente repercutibles, serán por **cuenta del Tomador.**

Extravío o Destrucción

En caso de extravío o destrucción de la Póliza, la Entidad Aseguradora, a petición del Tomador del seguro o, en su defecto, del Asegurado, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original.

Comunicaciones

Todas las comunicaciones derivadas de la presente Póliza deberán hacerse de forma telemática, telefónica o por escrito, utilizando los medios de comunicación tecnológica o tradicional que figuren en las Condiciones Particulares.

Reclamaciones

Los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de los anteriores podrán plantear reclamación ante:

Centro De Atención De Reclamaciones

Si el Asegurado estuviera disconforme con la resolución dictada por la Entidad Aseguradora, podrá formular su queja o reclamación ante este Departamento.

Para ello será necesario que el interesado presente un escrito en el que se haga constar sus datos personales, el motivo de la queja o reclamación con especificación clara sobre las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento, el departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos, declaración expresa de no tener conocimiento de que la materia objeto de la queja o reclamación esté siendo sustanciada en un procedimiento administrativo arbitral o judicial, y el lugar, fecha y firma. Asimismo, el interesado deberá aportar las pruebas que obren en su poder.

La reclamación se podrá presentar en la dirección de correo electrónico, habilitada al efecto, mediante el sistema de firma electrónica avanzada.

Servicio De Reclamaciones De La Dirección General De Seguros Y Fondos De Pensiones

Si se acredita que ha transcurrido el plazo de dos meses sin recibir respuesta del Centro de Atención de Reclamaciones o que éste ha desestimado su petición, podrá acudir al Servicio de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Juzgados Y Tribunales

En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales, siendo competentes los del domicilio del Asegurado.

Prescripción

Todas las acciones para el reconocimiento de los derechos que puedan derivarse de la presente Póliza quedarán extinguidas en el plazo de 5 años a computar desde el día en que aquéllos pudieron ejercerse.

Jurisdicción

La presente Póliza de seguro queda sometida a la jurisdicción española, siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado fijado en Condiciones Particulares, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en caso de que residiese temporalmente en el extranjero, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Política de Privacidad

¿Quién es el responsable del tratamiento de sus datos?

Hermandad Nacional de Arquitectos, Arquitectos Técnicos y Químicos, Mutualidad de Previsión Social ("hna"), con CIF V-28306678.

Avenida de Burgos, 17. 28036 Madrid.

Teléfono: 91 383 47 50.

Correo electrónico: protecciondedatos@naradigital.es

Correo electrónico del delegado de protección de datos: dpo@naradigital.es

¿Con qué finalidad tratamos sus datos personales?

En hna tratamos sus datos con el fin de ejecutar su/s contrato/s de seguros con hna, así como para la prevención del fraude en el seguro y la cesión de riesgos en reaseguro. Asimismo, con el fin de ofrecerle productos y servicios de acuerdo con sus intereses, mejorar su experiencia de usuario y elaborar un "perfil comercial", con base en la información facilitada, si bien no se tomarán decisiones automatizadas con base en dicho perfil.

¿Por cuánto tiempo conservaremos sus datos?

Los datos personales proporcionados se conservarán durante un plazo de 1 año desde la finalización de la relación contractual.

¿Cuál es la legitimación para el tratamiento de sus datos?

Las bases legales para el tratamiento de sus datos son la ejecución del/de los contrato/s de seguro con hna, que justifica la gestión de las prestaciones, la selección de riesgos; asimismo del/de los contrato/s de seguro con hna unido a los intereses legítimos de hna en evitar un incremento de la siniestralidad, justifican la prevención del fraude y la cesión en reaseguro y; el interés legítimo de ofrecer productos similares a los que disfrutaban sus clientes, que justifica la gestión de envío de información, la oferta prospectiva de productos y servicios y la elaboración a tal fin de un "perfil comercial". Para cualquier otro tratamiento se requerirá el consentimiento del interesado, el cual podrá revocar en cualquier momento.

¿A qué destinatarios podrá hna comunicar sus datos?

- A otras empresas del grupo hna para fines administrativos internos.
- A entidades reaseguradoras.
- A encargados del tratamiento.

¿Cuáles son sus derechos cuando nos facilita sus datos?

- Cualquier persona tiene derecho a obtener confirmación sobre si en hna estamos tratando datos personales que les conciernan, o no.
- Las personas interesadas tienen derecho a acceder a sus datos personales, así como a solicitar la rectificación de los datos inexactos o, en su caso, solicitar su supresión cuando, entre otros motivos, los datos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- En determinadas circunstancias, los interesados podrán solicitar la limitación del tratamiento de sus datos, en cuyo caso únicamente los conservaremos para el ejercicio o la defensa de reclamaciones.
- Asimismo en determinadas circunstancias y por motivos relacionados con su situación particular, los interesados podrán oponerse al tratamiento de sus datos. hna dejará de tratar los datos, salvo por motivos legítimos imperiosos, o el ejercicio o la defensa de posibles reclamaciones.
- La revocación de los consentimientos dados para el tratamiento de sus datos personales.
- El ejercicio de tales derechos puede ser ejercitado mediante escrito dirigido al delegado de protección de datos de hna, en la sede social de hna, en Avenida de Burgos, 17, Madrid o a través del correo electrónico protecciondedatos@naradigital.es
- Frente a cualquier hecho que considerase una violación de sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Anexos a Condiciones Generales

Anexo I. Segunda Opinión Médica Internacional

La Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado un servicio de segundo diagnóstico internacional, por el que podrá solicitar a través de la Entidad Aseguradora un informe de segunda opinión médica de la Enfermedad que padezca, así como recomendaciones diagnósticas y/o terapéuticas, a los Especialistas, centros asistenciales o académicos internacionales que a tal efecto la Entidad Aseguradora le facilite.

Este servicio cubrirá las siguientes enfermedades graves:

- **Cáncer.**
- **Enfermedades Cardiovasculares.**
- **Trasplantes de órganos.**
- **Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares.**
- **Insuficiencia renal crónica.**
- **Enfermedad idiopática de Parkinson (parálisis agitans).**
- **Enfermedad de Alzheimer.**
- **Esclerosis múltiple.**

Anexo II. Servicio Médico Telefónico

La Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado un servicio médico telefónico permanente, atendido por médicos de familia que le asesorarán sobre cualquier duda o consulta médica.