Ctra. de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda **Madrid** España
T 902.20.40.60

MAPFRE Salud

SOLICITUD DE SEGURO DENTAL

Datos de Producción

Subcentral | Intervención 1 | CD10

Oficina | Intervención 2

Nº Solicitud/Póliza **Fecha de efecto solicitada** .....

DATOS DEL SOLICITANTE **Tipo de Documento:** ☐ NIF ☐ NIE **Nº de Documento:** .....

Razón Social .....

Nombre ..... **Apellido 1** ..... **Apellido 2** .....

Fecha de nacimiento ..... **Sexo** ..... **E. Civil** ..... **Profesión** .....

Domicilio .....

Localidad ..... **C. Postal** ..... **Provincia** .....

Teléfono particular ..... **Teléfono trabajo** ..... **Correo electrónico** .....

Domicilio familiar Rellenar este apartado si el domicilio del grupo familiar asegurado es distinto al domicilio del solicitante

Dirección ..... Teléfono .....

Código Postal ..... Localidad ..... Provincia .....

Domicilio cobro de recibos y/o pago de la indemnización

Entidad Cobro IBAN: ES ....

Entidad Abono IBAN: ES ....

Forma de pago: Anual

DATOS DE LOS ASEGURADOS La edad máxima de contratación es de 65 años

Asegurado Titular/Nombre .....

Apellidos .....

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento ..... Sexo ..... E. Civil.....

Profesión.....Parentesco con Tomador .....

Asegurado 2/Nombre.....

Apellidos .....

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento ..... Sexo ..... E. Civil.....

Profesión.....Parentesco con Titular.....

Asegurado 3/Nombre.....

Apellidos .....

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento ..... Sexo ..... E. Civil.....

Profesión.....Parentesco con Titular.....

Asegurado 4/Nombre.....

Apellidos .....

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento ..... Sexo ..... E. Civil.....

Profesión.....Parentesco con Titular.....

SOBREPRIMAS

Esta solicitud no obliga a la entidad a formalizar el contrato de seguro ni da derecho a utilizar sus prestaciones hasta el momento en que MAPFRE ESPAÑA acepte la solicitud emitiendo la póliza correspondiente y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, se haga efectiva la primera prima del seguro.
En caso de que algunos de los asegurados carezcan de número de identificación de extranjeros, se comprometen a facilitarlo una vez que lo tengan en su poder.

Firma del Solicitante / Asegurado Titular En .....a .....de .....de.....

Cláusulas

CONTROL DE CONTRATACIÓN

NO VALIDO COMO JUSTIFICANTE DE PAGO

MAPFRE ESPAÑA Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Registro Mercantil de Madrid, tomo 487 folio 166, hoja M-9333 inscripción 121. C.I.F.: A-28141935.

ORIGINAL: CENTRAL, COPIA: OFICINA EMISORA

Ctra. de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda **Madrid** España
T 902.20.40.60

MAPFRE Salud

SOLICITUD DE SEGURO DENTAL

Datos de Producción

Subcentral | Intervención 1 | CD10

Oficina | Intervención 2

Nº Solicitud/Póliza **Fecha de efecto solicitada** .....

DATOS DEL SOLICITANTE **Tipo de Documento:** ☐ NIF ☐ NIE **Nº de Documento:** .....

Razón Social .....

Nombre ..... **Apellido 1** ..... **Apellido 2** .....

Fecha de nacimiento ..... **Sexo** ..... **E. Civil** ..... **Profesión** .....

Domicilio .....

Localidad ..... **C. Postal** ..... **Provincia** .....

Teléfono particular ..... **Teléfono trabajo** ..... **Correo electrónico** .....

Domicilio familiar Rellenar este apartado si el domicilio del grupo familiar asegurado es distinto al domicilio del solicitante

Dirección ..... Teléfono .....

Código Postal ..... Localidad ..... Provincia .....

Domicilio cobro de recibos y/o pago de la indemnización

Entidad Cobro IBAN: ES ....

Entidad Abono IBAN: ES ....

Forma de pago: Anual

DATOS DE LOS ASEGURADOS La edad máxima de contratación es de 65 años

Asegurado Titular/Nombre .....

Apellidos .....

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento ..... Sexo ..... E. Civil.....

Profesión.....Parentesco con Tomador .....

Asegurado 2/Nombre.....

Apellidos .....

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento ..... Sexo ..... E. Civil.....

Profesión.....Parentesco con Titular.....

Asegurado 3/Nombre.....

Apellidos .....

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento ..... Sexo ..... E. Civil.....

Profesión.....Parentesco con Titular.....

Asegurado 4/Nombre.....

Apellidos .....

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento ..... Sexo ..... E. Civil.....

Profesión.....Parentesco con Titular.....

SOBREPRIMAS

Esta solicitud no obliga a la entidad a formalizar el contrato de seguro ni da derecho a utilizar sus prestaciones hasta el momento en que MAPFRE ESPAÑA acepte la solicitud emitiendo la póliza correspondiente y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, se haga efectiva la primera prima del seguro.
En caso de que algunos de los asegurados carezcan de número de identificación de extranjeros, se comprometen a facilitarlo una vez que lo tengan en su poder.

Firma del Solicitante / Asegurado Titular En .....a .....de .....de.....

Cláusulas

CONTROL DE CONTRATACIÓN

NO VALIDO COMO JUSTIFICANTE DE PAGO

MAPFRE ESPAÑA Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.
Registro Mercantil de Madrid, tomo 487 folio 166, hoja M-9333 inscripción 121. C.I.F.: A-28141935.

ORIGINAL: CENTRAL, COPIA: OFICINA EMISORA

EXTRACTO DE LAS CLÁUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS DEL SEGURO "DENTAL"

En este Extracto figuran las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados, que han sido leídas y aceptadas expresamente por el Tomador, lo que se acredita mediante su firma en el presente documento.

A) COBERTURA ODONTOLÓGICA

ARTÍCULO 3. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Garantiza una serie de servicios odonto-estomatológicos básicos, de los que podrá hacer uso sin coste alguno, y otros servicios específicos con un coste franquiciado, todo ello de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales.

No se incluyen dentro de esta garantía los honorarios profesionales, gastos hospitalarios ni de anestesia, cuando se precise medio hospitalario para la realización de los actos garantizados.

2. **Franquicias dentales:**

   El Asegurado participará en el coste de determinados servicios mediante el pago del importe que, en concepto de franquicia dental, figure en el apartado de ACTOS GARANTIZADOS.

3. **Prestación de los servicios dentales:**

   El asegurado podrá elegir libremente el profesional sanitario entre los que figuren en la Guía Médica. Asistencia que el Asegurador ofrece a nivel nacional. El especialista seleccionado le realizará el examen oportuno, facilitándole un presupuesto bucodental que deberá ser firmado por ambas partes.

ARTÍCULO 4. RIESGOS EXCLUIDOS

1. **Quedan en todo caso excluidos los servicios odontoestomatológicos que pudieran ordenar facultativos no concertados con MAPFRE ESPAÑA, salvo autorización previa y por escrito de la Compañía.**

B) INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA

ARTÍCULO 6. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Mediante esta garantía el Asegurador se obliga al pago de la indemnización diaria indicada en dichas Condiciones si, como consecuencia de una enfermedad contraída o un accidente sufrido durante la vigencia de la póliza y que resulten cubiertos por esta garantía, el Asegurado tuviera que ser necesariamente internado en un hospital más de 24 horas.

1. Devengo de la indemnización:

La indemnización se devengará durante el tiempo que el Asegurado figure como paciente interno del hospital y con un máximo de 365 días, salvo los supuestos especiales siguientes, cuyo periodo máximo indemnizable por siniestro, Asegurado y por anualidad será el que se indica:

- **Enfermedades psiquiátricas y trastornos psicológicos: máximo 20 días.**

Si dentro del periodo de doce meses siguientes a una hospitalización del Asegurado, por la cual se hubieran abonado INDEMNIZACIONES por esta cobertura, el Asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en un hospital por la misma causa o por causas relacionadas con el anterior internamiento, el nuevo internamiento será considerado, a todos los efectos, como prolongación del anterior. Cuando el periodo transcurrido entre ambos internamientos sea superior a doce meses, el segundo internamiento será considerado como nuevo periodo de hospitalización.

ARTÍCULO 7. BONIFICACIÓN POR INGRESO EN DIFERENTE PROVINCIA

Si el Asegurado tuviera que ser ingresado en un hospital que esté ubicado en una provincia distinta a la de su residencia habitual, se le abonará el capital garantizado incrementado en un 50%.

ARTÍCULO 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. **Recibida de conformidad por el Asegurador la documentación requerida que se especifica en las presentes Condiciones, el Asegurador abonará al Asegurado la indemnización que corresponda.**
2. **El cálculo de la indemnización que corresponda, se realizará tomando como base la cuantía asegurada a la fecha en que se haya iniciado la hospitalización del Asegurado. No se tomarán en consideración para el cálculo las revalorizaciones anuales de las sumas aseguradas o mejora de las coberturas que se produzcan con posterioridad a dicha fecha.**

   El importe máximo de indemnización diaria que abonará el Asegurador será el señalado en las Condiciones Particulares, aún en el caso de que el Asegurado sufriera varias enfermedades simultáneas y durante un máximo de 365 días, menos los días de franquicia en su caso convenidos.

4. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiese cumplido su prestación por causa no justificada o que le fuese imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50%. Una vez transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual a partir de ese día no podrá ser inferior al 20%.

ARTÍCULO 11. RIESGOS EXCLUIDOS

Se excluyen de las coberturas de la póliza los riesgos que se indican a continuación:

a) Enfermedades, defectos y malformaciones preexistentes a la fecha de contratación del seguro que, siendo conocidas por el Asegurado, no hayan sido declaradas en el correspondiente cuestionario de salud.

b) Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.

c) Las esterilizaciones para ambos sexos, la fecundación in vitro, la inseminación artificial y el estudio o tratamiento de la esterilidad.

d) Los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo y los tratamientos psicológicos.

e) La participación del Asegurado en apuestas, desafíos y riñas, salvo que en este último caso hubiese actuado en legítima defensa.

f) El suicidio y sus tentativas, así como la autolesión.

g) Los actos de guerra, (haya o no declaración de guerra), terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, fugas radioactivas y otros hechos que sean declarados de carácter extraordinario o catastrófico.

h) Las enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos que no requieran ingreso hospitalario.

i) El SIDA y/o enfermedades asociadas al virus VIH; el consumo por parte del Asegurado de estupefacientes no prescritos médicamente, la ingestión de bebidas alcohólicas, la toxicomanía y el alcoholismo.

j) La cirugía de refracción (corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.), y cirugía de la presbicia.

k) Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarias como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

l) Epidemias oficialmente declaradas.

m) La utilización como pasajero o tripulante de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público de viajeros.

n) La práctica como profesional de cualquier deporte y, la práctica como profesional o aficionado de actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carrera de vehículos, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses bravas y cualquier otro deporte de alto riesgo.

ñ) La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda indemnización relacionada con dicha interrupción.

Estas exclusiones comprenden tanto la enfermedad, accidente o hecho que se señala, como las secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados por, o a consecuencia de, todo lo anterior.

ARTÍCULO 13. PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

5. **En cualquier caso, el seguro se extinguirá, cesando automáticamente sus coberturas:**

   a. **Cuando el Asegurado traslade su domicilio fuera de España.**

La extinción del contrato surtirá efectos desde la fecha en la que se haya producido el hecho que de lugar a la misma.

El Asegurado deberá comunicar inmediatamente al Asegurador la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias expresadas, al objeto de proceder al extorno de la prima que, en su caso, corresponda efectuar.

En el supuesto de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hayan efectuado dicha comunicación y sobreviniera un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación.

FOLLETO PARA EL TOMADOR

ARTÍCULO 14. PLAZOS DE CARENCIA

Las coberturas de la póliza tomarán efecto, una vez transcurrido el periodo de UN MES desde la fecha de efecto del alta del Asegurado en la póliza, salvo prescripción médica de urgencia.

CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El tomador/asegurado/afectado autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento, así como de todos aquellos que pudiera facilitar a MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., (en adelante, MAPFRE ESPAÑA) directamente o a través de su mediador, incluidos los documentos que los contengan, y los que se obtengan mediante grabación de conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual para las siguientes finalidades: • La gestión de la actividad aseguradora y/o el cumplimiento del contrato o precontrato así como de las obligaciones legales. • Valoración y delimitación del riesgo, la prevención e investigación del fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso aunque no se formalice el contrato de seguro o, en su caso, una vez extinguido el mismo. • Realización de estudios y cálculos estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y control de calidad. • La tramitación, seguimiento, y actualización de cualquier solicitud de información, relación negocial, precontractual o contractual, de cualquiera de las distintas entidades del Grupo MAPFRE y la gestión de la actividad con mediadores de seguros. • El mantenimiento y gestión integral y centralizada de su relación con las distintas entidades del GRUPO MAPFRE. Todos los datos recabados, así como los tratamientos y finalidades indicadas anteriormente son necesarios o guardan relación con el adecuado mantenimiento, desarrollo y control de la relación negocial. • El envío de información y publicidad, incluso por vía electrónica, sobre ofertas, productos, recomendaciones, servicios y artículos promocionales, y campañas de fidelización de MAPFRE ESPAÑA y de las distintas entidades del Grupo MAPFRE (www.mapfre.com) o de aquellas entidades terceras con las que cualquier empresa del Grupo MAPFRE haya suscrito acuerdos de colaboración; la extracción, almacenamiento de datos y estudios de marketing al objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil particular, tanto si se formaliza o no operación alguna, como en su caso, una vez extinguida la relación contractual existente. Asimismo, acepta que sus datos, incluidos los de salud y los de siniestros vinculados a las pólizas, puedan ser cedidos, exclusivamente para las finalidades indicadas anteriormente, a otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, de mediación en seguros, financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios relacionados con su campo de actividad pertenecientes al Grupo MAPFRE (www.mapfre.com), filiales y participadas, Fundación MAPFRE, administraciones públicas y a otras personas físicas o jurídicas que, asimismo, desarrollen cualesquiera de las referidas actividades y con las que las distintas entidades del Grupo MAPFRE concluyan acuerdos de colaboración, incluso cuando la cesión suponga una transferencia internacional de datos, todo ello tanto si se formalizase o no operación alguna como, en su caso, una vez extinguida la relación contractual existente. De manera específica el afectado consiente y autoriza expresamente a cualquier entidad perteneciente al Grupo MAPFRE (www.mapfre.com) filiales y participadas, para que comunique sus datos a cualquiera de las antes indicadas entidades con la finalidad de mantener una gestión integral y centralizada de su relación con las distintas entidades del Grupo MAPFRE, y beneficiarse de la posibilidad de acceso a sus datos desde cualquiera de ellas, y a que puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas y antecedentes médicos del asegurado que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones y, en su caso, recobrar los gastos, respetando en todo caso la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe. La comunicación de los datos entre entidades del Grupo MAPFRE resulta necesaria para el mantenimiento de la gestión integral y centralizada de su relación con MAPFRE, la aplicación de los descuentos de prima y demás beneficios obtenidos por tal circunstancia y la gestión de programas de fidelización en caso de suscripción a los mismos. Si el Tomador/Asegurado Titular es distinto del asegurado, éste acepta que sus datos, excluidos los de salud, puedan ser comunicados entre el tomador del seguro y la aseguradora para el cumplimiento de todas las finalidades indicadas anteriormente. El fichero se encuentra bajo la supervisión y control de MAPFRE ESPAÑA con domicilio en la Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid), de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y demás legislación aplicable, y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicación escrita dirigida a MAPFRE, Oficina Corporativa de Privacidad y Protección de Datos. Carretera de Pozuelo, 52 - 28222 Majadahonda – Madrid o en cualquier oficina de MAPFRE. MAPFRE ESPAÑA podrá consultar sus datos en ficheros de información sobre cumplimiento o incumplimiento de obligaciones dinerarias. El tomador/asegurado/afectado garantiza la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados, comprometiéndose a mantenerlos debidamente actualizados y a comunicar a MAPFRE ESPAÑA cualquier variación que se produzca en los mismos. En caso de que los datos facilitados se refieran a terceros y personas físicas distintas del tomador/asegurado/afectado, éste garantiza haber recabado y contar con el consentimiento previo de los mismos para la comunicación de sus datos y haberles informado con carácter previo a su inclusión en el presente documento, de las finalidades del tratamiento, cesiones y demás términos previstos en la presente cláusula.

☐ **Vd. puede marcar esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal por parte de MAPFRE ESPAÑA para el envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios de MAPFRE ESPAÑA y de las distintas entidades del Grupo MAPFRE en cuyo caso no podremos informarle de los descuentos, obsequios, promociones, y otras ventajas asociadas a los planes de fidelización de MAPFRE.**

En todo caso, el consentimiento tiene carácter revocable, pudiendo denegar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos mencionados en la forma indicada en la presente clausula. Si en el plazo de 30 días no manifiesta su negativa, se entenderá que presta su consentimiento para el conjunto de finalidades indicadas en la presente cláusula.

En caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del Tomador/Asegurado Titular, éste reconoce, con la firma del presente documento, que ha obtenido el consentimiento expreso de todas ellas para el tratamiento, cesión y transferencia.

Recibí un ejemplar de las Condiciones Generales del seguro, así como copia del presente documento que he leído y acepto en su integridad.

PÓLIZA Nº……..

Nombre y Apellidos del Tomador/Asegurado Titular

Firma

EXTRACTO DE LAS CLÁUSULAS LIMITATIVAS DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS DEL SEGURO "DENTAL"

En este Extracto figuran las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados, que han sido leídas y aceptadas expresamente por el Tomador, lo que se acredita mediante su firma en el presente documento.

A) COBERTURA ODONTOLÓGICA

ARTÍCULO 3. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Garantiza una serie de servicios odonto-estomatológicos básicos, de los que podrá hacer uso sin coste alguno, y otros servicios específicos con un coste franquiciado, todo ello de acuerdo con lo estipulado en las Condiciones Generales.

No se incluyen dentro de esta garantía los honorarios profesionales, gastos hospitalarios ni de anestesia, cuando se precise medio hospitalario para la realización de los actos garantizados.

2. **Franquicias dentales:**

   El Asegurado participará en el coste de determinados servicios mediante el pago del importe que, en concepto de franquicia dental, figure en el apartado de ACTOS GARANTIZADOS.

3. **Prestación de los servicios dentales:**

   El asegurado podrá elegir libremente el profesional sanitario entre los que figuren en la Guía Médica. Asistencia que el Asegurador ofrece a nivel nacional. El especialista seleccionado le realizará el examen oportuno, facilitándole un presupuesto bucodental que deberá ser firmado por ambas partes.

ARTÍCULO 4. RIESGOS EXCLUIDOS

1. **Quedan en todo caso excluidos los servicios odontoestomatológicos que pudieran ordenar facultativos no concertados con MAPFRE ESPAÑA, salvo autorización previa y por escrito de la Compañía.**

B) INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA

ARTÍCULO 6. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Mediante esta garantía el Asegurador se obliga al pago de la indemnización diaria indicada en dichas Condiciones si, como consecuencia de una enfermedad contraída o un accidente sufrido durante la vigencia de la póliza y que resulten cubiertos por esta garantía, el Asegurado tuviera que ser necesariamente internado en un hospital más de 24 horas.

1. Devengo de la indemnización:

La indemnización se devengará durante el tiempo que el Asegurado figure como paciente interno del hospital y con un máximo de 365 días, salvo los supuestos especiales siguientes, cuyo periodo máximo indemnizable por siniestro, Asegurado y por anualidad será el que se indica:

- **Enfermedades psiquiátricas y trastornos psicológicos: máximo 20 días.**

Si dentro del periodo de doce meses siguientes a una hospitalización del Asegurado, por la cual se hubieran abonado INDEMNIZACIONES por esta cobertura, el Asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en un hospital por la misma causa o por causas relacionadas con el anterior internamiento, el nuevo internamiento será considerado, a todos los efectos, como prolongación del anterior. Cuando el periodo transcurrido entre ambos internamientos sea superior a doce meses, el segundo internamiento será considerado como nuevo periodo de hospitalización.

ARTÍCULO 7. BONIFICACIÓN POR INGRESO EN DIFERENTE PROVINCIA

Si el Asegurado tuviera que ser ingresado en un hospital que esté ubicado en una provincia distinta a la de su residencia habitual, se le abonará el capital garantizado incrementado en un 50%.

ARTÍCULO 10. PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. **Recibida de conformidad por el Asegurador la documentación requerida que se especifica en las presentes Condiciones, el Asegurador abonará al Asegurado la indemnización que corresponda.**
2. **El cálculo de la indemnización que corresponda, se realizará tomando como base la cuantía asegurada a la fecha en que se haya iniciado la hospitalización del Asegurado. No se tomarán en consideración para el cálculo las revalorizaciones anuales de las sumas aseguradas o mejora de las coberturas que se produzcan con posterioridad a dicha fecha.**

   El importe máximo de indemnización diaria que abonará el Asegurador será el señalado en las Condiciones Particulares, aún en el caso de que el Asegurado sufriera varias enfermedades simultáneas y durante un máximo de 365 días, menos los días de franquicia en su caso convenidos.

4. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiese cumplido su prestación por causa no justificada o que le fuese imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50%. Una vez transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual a partir de ese día no podrá ser inferior al 20%.

ARTÍCULO 11. RIESGOS EXCLUIDOS

Se excluyen de las coberturas de la póliza los riesgos que se indican a continuación:

a) Enfermedades, defectos y malformaciones preexistentes a la fecha de contratación del seguro que, siendo conocidas por el Asegurado, no hayan sido declaradas en el correspondiente cuestionario de salud.

b) Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.

c) Las esterilizaciones para ambos sexos, la fecundación in vitro, la inseminación artificial y el estudio o tratamiento de la esterilidad.

d) Los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo y los tratamientos psicológicos.

e) La participación del Asegurado en apuestas, desafíos y riñas, salvo que en este último caso hubiese actuado en legítima defensa.

f) El suicidio y sus tentativas, así como la autolesión.

g) Los actos de guerra, (haya o no declaración de guerra), terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, fugas radioactivas y otros hechos que sean declarados de carácter extraordinario o catastrófico.

h) Las enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos que no requieran ingreso hospitalario.

i) El SIDA y/o enfermedades asociadas al virus VIH; el consumo por parte del Asegurado de estupefacientes no prescritos médicamente, la ingestión de bebidas alcohólicas, la toxicomanía y el alcoholismo.

j) La cirugía de refracción (corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.), y cirugía de la presbicia.

k) Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarias como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.

l) Epidemias oficialmente declaradas.

m) La utilización como pasajero o tripulante de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público de viajeros.

n) La práctica como profesional de cualquier deporte y, la práctica como profesional o aficionado de actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carrera de vehículos, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses bravas y cualquier otro deporte de alto riesgo.

ñ) La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda indemnización relacionada con dicha interrupción.

Estas exclusiones comprenden tanto la enfermedad, accidente o hecho que se señala, como las secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados por, o a consecuencia de, todo lo anterior.

ARTÍCULO 13. PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

5. **En cualquier caso, el seguro se extinguirá, cesando automáticamente sus coberturas:**

   a. **Cuando el Asegurado traslade su domicilio fuera de España.**

La extinción del contrato surtirá efectos desde la fecha en la que se haya producido el hecho que de lugar a la misma.

El Asegurado deberá comunicar inmediatamente al Asegurador la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias expresadas, al objeto de proceder al extorno de la prima que, en su caso, corresponda efectuar.

En el supuesto de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hayan efectuado dicha comunicación y sobreviniera un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación.

ARTÍCULO 14. PLAZOS DE CARENCIA

Las coberturas de la póliza tomarán efecto, una vez transcurrido el periodo de UN MES desde la fecha de efecto del alta del Asegurado en la póliza, salvo prescripción médica de urgencia.

CLÁUSULA DE TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

El tomador/asegurado/afectado autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a través del presente documento, así como de todos aquellos que pudiera facilitar a MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., (en adelante, MAPFRE ESPAÑA) directamente o a través de su mediador, incluidos los documentos que los contengan, y los que se obtengan mediante grabación de conversaciones telefónicas o como consecuencia de su navegación por las páginas web de Internet u otro medio, con motivo del desarrollo del contrato o de la consulta, solicitud o contratación de cualquier servicio o producto, incluso una vez finalizada la relación precontractual o contractual para las siguientes finalidades: • La gestión de la actividad aseguradora y/o el cumplimiento del contrato o precontrato así como de las obligaciones legales. • Valoración y delimitación del riesgo, la prevención e investigación del fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, incluso aunque no se formalice el contrato de seguro o, en su caso, una vez extinguido el mismo. • Realización de estudios y cálculos estadísticos, encuestas, análisis de tendencias del mercado y control de calidad. • La tramitación, seguimiento, y actualización de cualquier solicitud de información, relación negocial, precontractual o contractual, de cualquiera de las distintas entidades del Grupo MAPFRE y la gestión de la actividad con mediadores de seguros. • El mantenimiento y gestión integral y centralizada de su relación con las distintas entidades del GRUPO MAPFRE. Todos los datos recabados, así como los tratamientos y finalidades indicadas anteriormente son necesarios o guardan relación con el adecuado mantenimiento, desarrollo y control de la relación negocial. • El envío de información y publicidad, incluso por vía electrónica, sobre ofertas, productos, recomendaciones, servicios y artículos promocionales, y campañas de fidelización de MAPFRE ESPAÑA y de las distintas entidades del Grupo MAPFRE (www.mapfre.com) o de aquellas entidades terceras con las que cualquier empresa del Grupo MAPFRE haya suscrito acuerdos de colaboración; la extracción, almacenamiento de datos y estudios de marketing al objeto de adecuar nuestras ofertas comerciales a su perfil particular, tanto si se formaliza o no operación alguna, como en su caso, una vez extinguida la relación contractual existente. Asimismo, acepta que sus datos, incluidos los de salud y los de siniestros vinculados a las pólizas, puedan ser cedidos, exclusivamente para las finalidades indicadas anteriormente, a otras entidades aseguradoras, reaseguradoras, de mediación en seguros, financieras, inmobiliarias o de prestación de servicios relacionados con su campo de actividad pertenecientes al Grupo MAPFRE (www.mapfre.com), filiales y participadas, Fundación MAPFRE, administraciones públicas y a otras personas físicas o jurídicas que, asimismo, desarrollen cualesquiera de las referidas actividades y con las que las distintas entidades del Grupo MAPFRE concluyan acuerdos de colaboración, incluso cuando la cesión suponga una transferencia internacional de datos, todo ello tanto si se formalizase o no operación alguna como, en su caso, una vez extinguida la relación contractual existente. De manera específica el afectado consiente y autoriza expresamente a cualquier entidad perteneciente al Grupo MAPFRE (www.mapfre.com) filiales y participadas, para que comunique sus datos a cualquiera de las antes indicadas entidades con la finalidad de mantener una gestión integral y centralizada de su relación con las distintas entidades del Grupo MAPFRE, y beneficiarse de la posibilidad de acceso a sus datos desde cualquiera de ellas, y a que puedan ser comunicados entre la aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria, el reembolso o indemnización garantizada en el contrato de seguro y solicitar o verificar de dichos prestadores sanitarios las causas y antecedentes médicos del asegurado que motivan las prestaciones, reembolsos o indemnizaciones y, en su caso, recobrar los gastos, respetando en todo caso la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe. La comunicación de los datos entre entidades del Grupo MAPFRE resulta necesaria para el mantenimiento de la gestión integral y centralizada de su relación con MAPFRE, la aplicación de los descuentos de prima y demás beneficios obtenidos por tal circunstancia y la gestión de programas de fidelización en caso de suscripción a los mismos. Si el Tomador/Asegurado Titular es distinto del asegurado, éste acepta que sus datos, excluidos los de salud, puedan ser comunicados entre el tomador del seguro y la aseguradora para el cumplimiento de todas las finalidades indicadas anteriormente. El fichero se encuentra bajo la supervisión y control de MAPFRE ESPAÑA con domicilio en la Carretera de Pozuelo nº 50, Edificio MAPFRE 3, 28222, Majadahonda (Madrid), de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y demás legislación aplicable, y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante comunicación escrita dirigida a MAPFRE, Oficina Corporativa de Privacidad y Protección de Datos. Carretera de Pozuelo, 52 - 28222 Majadahonda – Madrid o en cualquier oficina de MAPFRE. MAPFRE ESPAÑA podrá consultar sus datos en ficheros de información sobre cumplimiento o incumplimiento de obligaciones dinerarias. El tomador/asegurado/afectado garantiza la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados, comprometiéndose a mantenerlos debidamente actualizados y a comunicar a MAPFRE ESPAÑA cualquier variación que se produzca en los mismos. En caso de que los datos facilitados se refieran a terceros y personas físicas distintas del tomador/asegurado/afectado, éste garantiza haber recabado y contar con el consentimiento previo de los mismos para la comunicación de sus datos y haberles informado con carácter previo a su inclusión en el presente documento, de las finalidades del tratamiento, cesiones y demás términos previstos en la presente cláusula.

☐ **Vd. puede marcar esta casilla en caso de oponerse al tratamiento y comunicación de los datos de carácter personal por parte de MAPFRE ESPAÑA para el envío de información y publicidad sobre ofertas de productos y servicios de MAPFRE ESPAÑA y de las distintas entidades del Grupo MAPFRE en cuyo caso no podremos informarle de los descuentos, obsequios, promociones, y otras ventajas asociadas a los planes de fidelización de MAPFRE.**

En todo caso, el consentimiento tiene carácter revocable, pudiendo denegar en cualquier momento el consentimiento prestado o ejercitar cualquiera de los derechos mencionados en la forma indicada en la presente clausula. Si en el plazo de 30 días no manifiesta su negativa, se entenderá que presta su consentimiento para el conjunto de finalidades indicadas en la presente cláusula.

En caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del Tomador/Asegurado Titular, éste reconoce, con la firma del presente documento, que ha obtenido el consentimiento expreso de todas ellas para el tratamiento, cesión y transferencia.

Recibí un ejemplar de las Condiciones Generales del seguro, así como copia del presente documento que he leído y acepto en su integridad.

PÓLIZA Nº……..

Nombre y Apellidos del Tomador/Asegurado Titular

Firma