

Seguro de Salud

CONDICIONADO GENERAL MUTUASALUD PREMIUM (AS-6)

Capital suscrito	11.160.000 €
Capital desembolsado	11.160.000 €

Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona,
Tomo: 38533, Folio: 219, Hoja: B-1466, C.I.F. A-08-169716

Condiciones Generales Mutuasalud Premium

CLÁUSULA PRELIMINAR.

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre de 1980), Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Boletín Oficial del Estado de 5 de noviembre) y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto 2486/98, de 20 de noviembre); por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean aplicables, y por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares.

No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias de preceptos legales imperativos, ni las normas sobre delimitación del riesgo.

ARTÍCULO 1.- DEFINICIONES

A los efectos del presente contrato se entenderá por:

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

Tomador del seguro: La persona física o jurídica que suscribe el contrato, y al que le corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo que por su naturaleza, deban de ser cumplidas por el Asegurado.

Asegurado: La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el seguro.

Modalidad Acto médico: Tipo de seguro definido por tener contratado un cuadro médico múltiple con varios médicos por especialidad de libre elección:

Plazo de carencia: Período de tiempo durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza.

Prima: Es el precio del seguro e incluye los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

Enfermedad: Toda alteración de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido.

Accidente: Se entiende por accidente la lesión corporal objetivamente comprobable producida por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del Asegurado.

Enfermedad preexistente: Alteración del estado de salud que cause sintomatología antes de la fecha de incorporación a la póliza del Asegurado.

Condiciones Generales Mutuasalud Premium

Franquicia: Importe a abonar por el Tomador al Asegurador por cada uno de los servicios sanitarios utilizados por los Asegurados incluidos en la póliza. La cuantía de la franquicia, si existe, viene indicada en el anexo de Servicios correspondiente.

ARTÍCULO 2.- OBJETO DEL SEGURO

2.1.- Riesgos cubiertos:

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza y mediante aplicación de la prima que en cada caso corresponda, el Asegurador asume la asistencia médica en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en el Anexo de Servicios indicado en las Condiciones Particulares de la Póliza. La cobertura de todo ello queda circunscrito a los límites detallados en dicho Anexo así como en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la póliza.

El Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de las presentes condiciones Generales de la Póliza y dentro de los servicios cubiertos por la misma.

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

2.2.- Riesgos excluidos:

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

a. La Asistencia Sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, aún cuando no se hubiera establecido un diagnóstico concreto, salvo que dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en el cuestionario de salud y expresamente aceptada su cobertura por el Asegurador en Condiciones Particulares. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento.

b. Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación nuclear, así como los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y fenómenos sísmicos o meteorológicos).

c. La Asistencia Sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de las siguientes actividades: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, hípica, toreo y encierro de reses bravas, deportes de aventura.

- d. La Asistencia Sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte.
- e. La Asistencia Sanitaria derivada de procesos crónicos o abusos del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, y autolesiones, así como la Asistencia Sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por el dolo del Asegurado.
- f. Análisis u otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
- g. La Medicina y chequeos de carácter preventivo (salvo los detallados en el Anexo de Servicios de la póliza). También queda excluido todo tipo de vacunas y autovacunas.
- h. La interrupción voluntaria del embarazo en cualquier supuesto, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. También está excluido el tratamiento de la esterilidad y las técnicas de fecundación asistida.
- i. La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética y/o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte afectada (no siendo válidas las razones puramente psicológicas). Quedan asimismo excluidos los tratamientos de varices con fin estético, las curas de adelgazamiento y los tratamientos dermoestéticos.
- j. El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos, la psicoterapia individual o en grupo y cualquier método de asistencia psicológica (salvo los detallados en el Anexo de Servicios de la póliza).
- k. La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar, así como los ingresos hospitalarios derivados de procesos terminales.
- l. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto los indicados en el Anexo de Servicios de la Póliza. La Aseguradora no se hace cargo de la conservación, traslado y órgano a trasplantar.
- m. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, cualquier tipo de material ortopédico, materiales biológicos o sintéticos, injertos y el corazón artificial; salvo las que figuran expresamente incluidas en el Anexo de Servicios de la póliza que figura en las Condiciones Particulares.
- n. Los estudios de carácter genético.
- o. La Asistencia Sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria salvo que se especifique lo contrario en las Condiciones Particulares de la póliza.

p. Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con el Asegurador.

q. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta.

r. Tratamientos de diálisis y hemodiálisis salvo en aquellos casos que figuran expresamente incluidas en el Anexo de Servicios de la póliza que figura en las Condiciones Particulares

ARTÍCULO 3.- FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS.

3.1.-Prestación de los servicios

El Asegurado podrá acudir libremente a las consultas de los médicos especialistas que formen parte del cuadro médico del Asegurador, debiendo presentar la tarjeta magnética de Asegurado u otro documento acreditativo contra la visita o cualquier otro acto profesional.

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en la ciudad que se indica en las Condiciones Particulares o en las que dispongan de cuadros médicos concertados

3.2.-Urgencias

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

El servicio de urgencia de carácter domiciliario se garantiza en las capitales de provincia y en aquellas poblaciones en las que la Entidad preste dicho servicio.

3.3.-Normas Generales

Cuando en alguna población no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato y detallados en el anexo de servicios de la póliza, éste será facilitado en la localidad donde éste pueda realizarse, a elección del Asegurado de entre los indicados en el Cuadro Médico de la póliza.

La Aseguradora no se hace responsable de honorarios de médicos ajenos a la misma, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos facultativos pudieran ordenar.

Los servicios cubiertos por la póliza pueden ser de libre acceso o requerir una autorización previa por parte del Asegurador. Son de libre acceso las consultas de asistencia primaria, especialistas y las consultas de urgencia, así como los medios de diagnóstico básicos. Si requerirán autorización previa los ingresos hospitalarios, las intervenciones quirúrgicas, los traslados en ambulancia, los actos terapéuticos y los medios de diagnóstico especiales

detallados en el Anexo de Servicios de la póliza.

La autorización expresa previa por parte del Asegurador deberá ser ordenada por un médico de la Entidad y por escrito. Una vez otorgada ésta, vinculará económicamente a la Entidad, salvo que en dicha comunicación se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza. En los casos de urgencia será suficiente, a estos efectos, la orden del médico de la Entidad; pero el Asegurado deberá obtener la confirmación de la Entidad dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso.

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

La Entidad se obliga a prestar los servicios únicamente en el domicilio que figura en la póliza, y cualquier cambio del mismo habrá de ser notificado, con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio. La Entidad se obliga a emitir el correspondiente suplemento.

3.4.- Franquicias.-

El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de franquicia o participación en el coste de los mismos, se establece en el Anexo de Servicios indicado en las Condiciones Particulares de la póliza.

El Asegurador remitirá periódicamente al tomador un extracto donde figurarán los servicios que hubieran utilizados los Asegurados incluidos en la Póliza, junto con el importe de las franquicias correspondientes a los mismos.

El cobro de la cantidad total resultante se realizará conjuntamente con la prima en el siguiente recibo.

El importe de las franquicias podrá ser actualizado por el Asegurador de conformidad con lo establecido en las presentes Condiciones Generales de la póliza.

ARTÍCULO 4.- PROTECCIÓN DEL ASEGURADO Y CONTRATACIÓN A DISTANCIA

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

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 9 de estas Condiciones Generales, cuando el tomador del seguro o asegurado entienda que sus derechos derivados del contrato han sido lesionados, previa reclamación ante el Director del Departamento correspondiente de ARESA, podrá formular la oportuna reclamación ante el Departamento de Atención al Mutualista, al Asegurado y al Cliente del Grupo Mutua Madrileña, que será resuelta por el Defensor del

Condiciones Generales Mutuasalud Premium

Mutualista, del Asegurado y del Cliente del Grupo Mutua Madrileña en el plazo máximo de dos meses.

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

Las decisiones del Defensor del Mutualista y del Cliente vincularán a ARESA Seguros Generales, S.A. cuando resulten favorables al reclamante.

Agotada la vía de la reclamación ante el Defensor del Mutualista, del Asegurado y del Cliente, el reclamante podrá acudir al Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones.

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

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

ARTÍCULO 5.- PERÍODOS DE CARENCIA

1. Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma el Asegurador serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato.
2. Se exceptúan del principio general anterior los siguientes servicios:
 - a. Los servicios detallados en el apartado "Medios de Diagnóstico" del Anexo de Servicios de la póliza tendrán un periodo de carencia de tres meses a excepción de los servicios de Radiología y Analítica simple.
 - b. Todos los tratamientos terapéuticos detallados en la descripción de la cobertura de la póliza que se encuentra en el Anexo de Servicios de la póliza tendrán un periodo de carencia de seis meses.
 - c. Cualquier tipo de asistencia al parto presentará un periodo de carencia de doce meses.
 - d. Los servicios detallados dentro del apartado del Anexo de Servicios de la Póliza

de Medicina Preventiva tendrán un periodo de carencia de seis meses.

e. Las hospitalizaciones en centros sanitarios tendrán un periodo de carencia de seis meses con excepción de la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos en cuyo caso el periodo de carencia será de diez meses y la hospitalización por parto o cesárea donde el periodo de carencia será de doce meses.

f. Las Prótesis cubiertas por la póliza y descritas en el Anexo de Servicios de la póliza tendrán un periodo de carencia de seis meses.

3. De forma excepcional, en casos de urgencia vital (situación aguda que requiere atención médica inmediata por encontrarse comprometida la vida del paciente de forma inminente) y de partos en los que peligre la vida del feto o de la madre, o en partos prematuros, se tendrá derecho a la asistencia desde la fecha de entrada en vigor del contrato.

4. Podrán establecerse periodos de carencia distintos para servicios complementarios o modificarse los expresados en los números indicados siempre que se determine su duración en las Condiciones Particulares.

5. En aquellas pólizas en las que se detalle en las Condiciones Particulares que los asegurados gozarán de derechos inmediatos a los servicios de la póliza se excluirá de los mismos todos aquellos procesos en curso que tenga el Asegurado.

ARTÍCULO 6.- DURACIÓN

1. El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, se prorrogará tácitamente por periodos no superiores al año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del periodo; el Asegurador no podrá oponerse a la prórroga después del tercer vencimiento anual de la Póliza.

2. Durante la asistencia del Asegurado y hasta su curación, el Asegurador no podrá rescindir la Póliza.

ARTÍCULO 7.- PAGO DE PRIMAS

1. El Tomador del seguro, está obligado al pago de la prima, lo cual se realizará por domiciliación bancaria, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca otro procedimiento.

2. La primera prima será exigible una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

Condiciones Generales Mutuasalud Premium

3. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima. Si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario

4. El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la dirección o por sus representantes autorizados.

ARTÍCULO 8.- OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO.

El Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado, tiene las siguientes obligaciones:

1. Declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le presente, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a cuestionario alguno o, aún cuando lo haya cumplimentado, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

2. Comunicar al Asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que de acuerdo con el cuestionario presentado por el Asegurador antes de la conclusión del contrato, 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. En tales circunstancias el Asegurador podrá proponer una modificación de las condiciones o rescindir el contrato.

3. Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.

4. Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente contrato, tomando efecto las mismas, el primero del mes siguiente a la fecha de la notificación efectuada por el Tomador, adaptándose la prima a la nueva situación.

5. Los hijos recién nacidos tendrán derecho de ser incluidos en la Póliza desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador deberá comunicar al Asegurador esa circunstancia dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud. Las altas notificadas dentro de este plazo retrotraerán sus efectos a la fecha de nacimiento, no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre. Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y el Asegurador podrá denegar su admisión.

6. Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento; el incumplimiento de este deber liberará al Asegurador de toda prestación

derivada del siniestro.

7. Facilitar la subrogación que a favor del Asegurador establece el artículo 43 de la Ley.

8. El Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas.

ARTÍCULO 9.- OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

Además de prestar la asistencia asegurada, el Asegurador deberá entregar al Tomador del seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda, así como un ejemplar del cuestionario y demás documentos que haya suscrito el Tomador.

Igualmente el Asegurador entregará al Tomador del seguro cuadro médico con especificación del Centro de Urgencia Permanente , y de las direcciones y horarios de consulta de sus profesionales sanitarios.

ARTÍCULO 10.- OTRAS OBLIGACIONES DE LAS PARTES

1. Si el tomador del seguro o el Asegurado hubieran incurrido en reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, el Asegurador podrá rescindir el contrato; si el siniestro sobreviene antes de dicha rescisión, la prestación se reducirá proporcionalmente.

2. El Tomador o el Asegurado deberán comunicar al Asegurador todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste no habría suscrito el contrato o lo habría hecho en otras condiciones; en tal caso el Asegurador puede proponer una modificación del contrato adaptándolo al riesgo real.

3. Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima el asegurador quedará liberado de su obligación.

4. El Asegurador quedará liberado del pago de la prestación en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado

ARTICULO 11.- INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

La Póliza será indisputable transcurridos dos años desde la conclusión del contrato, salvo que el Tomador haya actuado con dolo o tuviera conocimiento de afección anterior a la firma del contrato no reseñada en la solicitud-cuestionario.

ARTICULO 12.- COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la Póliza, pero si se

Condiciones Generales Mutuasalud Premium

realizan a un Agente del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

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

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

ARTICULO 13.- JURISDICCIÓN

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

ARTÍCULO 14.- BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRIMAS

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

La Entidad podrá modificar anualmente las primas y las franquicias teniendo en consideración lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en función de los cálculos técnico-actuariales realizados y en base a las modificaciones de los costes asistenciales, de los servicios, de los capitales garantizados y en las innovaciones tecnológicas de incorporación necesaria.

De no aceptarse la modificación anual de la prima, la póliza quedará extinguida en la fecha de efecto de la nueva prima.

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

ARTÍCULO 15.- ACTUALIZACIÓN ANUAL DE GARANTÍAS PRESTACIONES

La Entidad podrá modificar o reducir anualmente las prestaciones garantías teniendo en consideración lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en función de los cálculos técnico-actuariales realizados y en base a las modificaciones de los

costes asistenciales, de los servicios, de los capitales garantizados y en las innovaciones tecnológicas de incorporación necesaria.

Cada vez que se modifiquen las garantías del presente contrato por la inclusión o exclusión de prestaciones, se emitirá a tal efecto un suplemento en el cual se harán constar dichas modificaciones, con una antelación de dos meses a la fecha de su efectividad, suponiendo el pago de la nueva prima la aceptación de las mismas.

ARTÍCULO 16.- TRATAMIENTO Y CESIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

El tomador/asegurado consiente de forma expresa:

- Que los datos personales proporcionados, así como cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación contractual, incluidos en ambos casos datos de salud, sean incluidos en un fichero, automatizado o no, cuyo responsable es Aresa Seguros Generales, S.A, (en adelante, Aresa), única destinataria de los datos, salvo en el supuesto de las cesiones previstas en la presente cláusula, con la finalidad de llevar a cabo la relación contractual, para la gestión propia de la actividad aseguradora, la prevención e investigación del fraude, la realización de campañas de fidelización de clientes, así como para valorar y delimitar el riesgo. Asimismo, consiente que sus datos (incluidos datos de salud) sean tratados por otras entidades aseguradoras, reaseguradoras o centros médicos y profesionales de la medicina que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa en la gestión de siniestros, intervengan en la gestión de la póliza y de sus siniestros.
- Que Aresa pueda solicitar de profesionales sanitarios y centros médicos (públicos y privados), información referente a la salud de los asegurados y de su proceso asistencial, con la finalidad de la correcta valoración del riesgo de la solicitud, verificación de las coberturas de la póliza, justificación de los siniestros, estudio de autorizaciones para los servicios que así lo requieran, prevención e investigación del fraude, atención de las reclamaciones que se pudieran efectuar, pago de los servicios recibidos por el asegurado a dichos profesionales sanitarios y centros médicos y cumplimiento de las obligaciones derivadas para Aresa en virtud del contrato de seguro. La presente autorización se hace extensiva a los profesionales y centros médicos a los que se requiera información médica para que procedan a su remisión a Aresa, únicamente de conformidad con lo previsto en la presente cláusula. Los datos personales (incluidos datos de salud) que se reciban en Aresa de dichos profesionales y centros médicos serán tratados de conformidad con las previsiones contenidas en la presente cláusula, incorporándose en un fichero, responsabilidad de Aresa, con las finalidades indicadas en el presente párrafo.
- La transferencia internacional de los datos del asegurado (incluidos datos de salud), incluso a países que no proporcionen un nivel de protección equiparable a la normativa sobre protección de datos española, cuando sea preciso para el cumplimiento de las finalidades indicadas en la presente cláusula.

- Que por parte de Aresa no se informe a los asegurados/beneficiarios/tomador de cada primera cesión de datos que se pudiera producir, de conformidad con las previsiones contenidas en la presente cláusula.

- La grabación de las llamadas telefónicas que realice a los números de teléfono de contacto de Aresa, a los efectos de control de calidad de las llamadas y gestión de reclamaciones.

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

El tomador, tras haber informado del contenido íntegro de la presente cláusula a los asegurados/beneficiarios, en los mismos términos en que ha sido informado el tomador, se compromete a obtener el consentimiento expreso de los asegurados/beneficiarios que se vayan a incluir en la póliza:

- Para facilitar sus datos personales a Aresa, para la realización de los tratamientos de datos previstos en la presente cláusula.

- Para que por parte de Aresa se pueda remitir al tomador un extracto donde figuren los servicios que hubieran sido utilizados por los asegurados incluidos en la póliza, junto con el importe de las franquicias que pudieran corresponder, (datos de salud) así como para, en su caso, que se pueda proceder al abono de la franquicia o participación en el coste de los servicios recibidos.

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

Todos los datos recabados, así como los anteriores tratamientos y cesiones, son imprescindibles para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual.

El tomador/asegurado autoriza a Aresa a que le remita información, incluso por medios electrónicos, sobre productos o servicios relacionados con productos o servicios financieros, de seguros, de telecomunicaciones, de hogar, sanitarios y asistenciales e inmobiliarios. Con la misma finalidad, el tomador/asegurado consiente que Aresa comunique sus datos personales a la entidad aseguradora Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija con domicilio social en Paseo de la Castellana 33, Madrid-28046 donde podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, salvo que en el plazo de 30 días nos remita una copia de esta carta a la dirección del Responsable del fichero, Aresa Servicios Generales, S.A., oponiéndose a la comunicación de sus datos personales a favor de Mutua Madrileña Automovilista, Sociedad de Seguros a Prima Fija con la antedicha finalidad publicitaria. La oposición al referido tratamiento no conllevará ningún perjuicio para el tomador/asegurado.

El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al domicilio de Aresa, Ronda Universidad 22, 08007 Barcelona

Garantía de Asistencia Sanitaria en el Extranjero

GARANTÍA DE ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTRANJERO

ÁMBITO DEL SEGURO Y DURACIÓN

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

VALIDEZ

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

Las Condiciones Generales de la Póliza de asistencia sanitaria son de aplicación en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen.

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

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

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

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

GARANTÍAS CUBIERTAS

1. Repatriación sanitaria de heridos y enfermos.

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

a) De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.

b) Del control por parte de su equipo médico, en contacto con el médico que atiende al Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.

c) De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el Asegurador se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

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

2. Repatriación de los Asegurados.

Cuando a uno de los Asegurados se le haya repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la garantía 1 anterior y esta circunstancia impida al resto de los familiares asegurados el regreso hasta su

Garantía de Asistencia Sanitaria en el Extranjero

domicilio por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hará cargo de los gastos correspondientes a:

a) El transporte de los restantes Asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado o repatriado.

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

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

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

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

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

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

Además, el Asegurador se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel,

contra los justificantes oportunos, **hasta 60 € por día y con un máximo de 600 €**.

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

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

a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.

b) Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.

c) Los gastos de hospitalización.

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

6. Gastos de prolongación de estancia en un hotel.

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

7. Repatriación de fallecidos y de los Asegurados acompañantes.

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

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

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

8. Transmisión de mensajes.

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

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

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

10. Envío de medicamentos en el extranjero.

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

11. Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales.

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

12. Informaciones de viaje.

El Asegurador facilitará, a petición del Asegurado, información referente a: Vacunación y petición de Visados para países extranjeros así como aquellos requisitos que están especificados en la publicación más reciente del T.I.M. (Travel Information Manual) Manual de Información sobre Viajes, publicación conjunta de catorce miembros de líneas aéreas de I.A.T.A.

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

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

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

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

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

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

En todos los casos señalados en la presente garantía, el Asegurador únicamente asumirá

Garantía de Asistencia Sanitaria en el Extranjero

la organización del envío, así como el coste de éste, hasta la cantidad de 120 €.

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

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

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

EXCLUSIONES

Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al Asegurador y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo, salvo en caso de fuerza mayor o de imposibilidad material demostrada.

Los eventos producidos en España.

Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones o recaídas.

La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento o causadas intencionadamente por el titular a sí mismo, así como las derivadas de acciones criminales del titular directa o indirectamente.

El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.

Los gastos de prótesis, gafas y lentillas, los partos y embarazos, excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses, y cualquier tipo de enfermedad mental.

Los eventos ocasionados en la práctica de los deportes en competiciones oficiales o privadas, así como en entrenamiento o pruebas y las apuestas, y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.

Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9 €.

En el traslado o repatriación de fallecidos: los gastos de inhumación y ceremonia.

Funcionamiento

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

Garantía Complementaria Dental

DEFINICIONES

Franquicia: Importe a abonar por el Asegurado como participación en el coste del servicio efectuado de acuerdo con la tabla baremo vigente.

OBJETO DEL SEGURO

Riesgos Cubiertos.

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la garantía y mediante aplicación de la prima, el Asegurador proporcionará al Asegurado la asistencia médica y quirúrgica en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en la especialidad de odontología.

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios.

Riesgos Excluidos.

Serán de aplicación las exclusiones detalladas en el Condicionado General del seguro de Asistencia Sanitaria quedando además excluidos de la cobertura de la presente garantía los tratamientos de cirugía máxilo-facial, odontología estética y la ortodóncia a mayores de 15 años.

PERIODO DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la garantía asuma el Asegurador serán facilitadas desde el momento de entrada en vigor de la garantía. Se exceptúan del anterior principio general las prestaciones en las que el Asegurado tenga una franquicia a su cargo que tendrán un periodo de carencia de SEIS MESES. El periodo de carencia para tener derecho a las prestaciones de prostodoncia, implantología y ortodoncia, será de DIEZ MESES.

DURACIÓN

La duración de la presente garantía va ligada a la duración del Seguro de Asistencia Sanitaria de la que es complemento. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga de la garantía mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del periodo de la garantía en curso.

Durante la asistencia del Asegurado y hasta su curación, el Asegurador no podrá rescindir la garantía.

Garantía Complementaria Dental

FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

La asistencia se prestará de acuerdo con las siguientes normas:

1. Por los servicios odontológicos indicados por la Entidad en el Cuadro Médico Dental
2. En los tratamientos alternativos decidirá el Asegurado de entre los que figuran en la tabla baremo vigente.
3. Será necesaria la aceptación del Asegurado del tratamiento y del presupuesto efectuado por el odontólogo de la Entidad, abonando la franquicia correspondiente a su participación en el coste de los servicios indicado en la Tabla Baremo Vigente y con antelación a la prestación del servicio.
4. A petición del Asegurado y siempre antes de la utilización del servicio se podrá solicitar la devolución de la franquicia abonada.
5. Los trabajos de prótesis tendrán una garantía de un año por desgastes o deterioro siempre que se haya efectuado una correcta utilización.
6. El siniestro se entiende comunicado al solicitar el Asegurado la prestación del servicio.

Garantía Complementaria de Hospitalización

DEFINICIONES

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

OBJETO DEL SEGURO

Riesgos Cubiertos.

Por la presente garantía la Compañía se obliga, dentro de los límites y condiciones estipuladas en la presente póliza, a pagar la indemnización diaria especificada en las Condiciones Particulares de la póliza al Asegurado cuando a consecuencia de enfermedad o accidente el Asegurado deba permanecer ingresado en un centro hospitalario.

En caso de siniestro, el periodo de devengo del proceso, ya sea de un modo consecutivo o en periodos con intervalos de salud, se establece en un máximo de 90 días para aquellos ingresos hospitalarios de carácter quirúrgico, y un máximo de 30 días para el resto de casos en los que el Asegurado deba permanecer hospitalizado.

En ningún caso el Asegurado podrá devengar un periodo de indemnización superior a 90 días por un mismo proceso.

Riesgos Excluidos.

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

- a) Hospitalizaciones para el diagnóstico y/o tratamiento de afecciones no orgánicas, que permitan filiar o tratar la esterilidad, y aquellas de carácter estético o reparador salvo si la intervención es médicamente necesaria para la recuperación funcional.
- b) Afecciones mentales y/o nerviosas de causa no orgánica.

PERIODO DE CARENCIA

La cobertura de la presente garantía comenzará transcurrido SEIS MESES desde la toma de efecto de este contrato excepto para los casos de accidente en que los derechos serán inmediatos. Para los partos el periodo de carencia será de DOCE MESES.

FRANQUICIA

En el caso de que la edad del Asegurado en el momento del siniestro no supere los 14 años de edad se le aplicará un periodo de franquicia de 7 días durante los cuales no tendrá derecho el Asegurado a percibir el subsidio.

Garantía Complementaria de Hospitalización

DURACIÓN

La duración de la presente garantía va ligada a la duración del seguro de Asistencia Sanitaria de la que es complemento. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga de la garantía mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del período de la garantía en curso.

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

TRAMITACIÓN DE SINIESTROS

Para la tramitación del siniestro se aplicarán las siguientes normas:

A los efectos del devengo de la indemnización diaria, deberá presentarse escrito del médico que lo asiste y del centro hospitalario, en el que figure el nombre del enfermo, establecimiento sanitario donde haya ingresado, naturaleza del ingreso y médico que lo asiste. Para las altas será necesario acreditar la fecha de alta del centro asistencial.

En todo caso y para todos los supuestos el Asegurador podrá solicitar cuantos documentos y certificados considere precisos para la justificación de los siniestros, debiendo ser suministrados a la misma por cuenta del Tomador, Asegurado o Beneficiario, pudiendo el Asegurador disponer las visitas de inspección que estime convenientes para comprobar el estado del Asegurado, siempre que no se opongan los médicos que lo asistan.

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

Garantía Complementaria de Accidentes

DEFINICIONES

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

OBJETOS DEL SEGURO

Riesgos Cubiertos.

El Asegurador pagará a los beneficiarios designados el capital indicado en las Condiciones Particulares si en el plazo de un año, a contar desde la fecha de su ocurrencia, el Asegurado fallece a consecuencia directa de un accidente cubierto por la presente garantía.

Riesgos Excluidos.

Serán de aplicación las exclusiones detalladas en el Condicionado General del seguro de Asistencia Sanitaria y los fallecimientos cuya causa sea:

- Actos dolosos que sean cometidos por el Asegurado y/o Beneficiario, o con su cooperación.
- El infarto de miocardio aún cuando fuera declarado accidente por resolución o sentencia administrativa o judicial a otros efectos legales.
- Las consecuencias de enfermedades u operaciones quirúrgicas que no hayan sido motivadas por un accidente.
- La muerte producida a personas de edad inferior a 14 años o incapacitadas.

ÁMBITO GEOGRÁFICO

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

BENEFICIARIOS

Salvo designación expresa los beneficiarios lo serán por el orden riguroso de preferencia que se indica a continuación:

- 1- Cónyuge.
- 2- Hijos supervivientes a partes iguales.
- 3- Padres del Asegurado, por partes iguales, o del superviviente.
- 4- A falta de éstos, a quien en derecho corresponda.

Garantía Complementaria de Accidentes

DURACIÓN

La duración de la presente garantía va ligada a la duración del seguro de Asistencia Sanitaria de la que es complemento. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga de la garantía mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del período de la garantía en curso.

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

TRAMITACIÓN DEL SINIESTRO

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

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

El Asegurador se reserva el derecho de pedir otra documentación que se estime oportuna.

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS.

Daños extraordinarios en las personas

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

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

Serán riesgos cubiertos:

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

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

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

Legislación aplicable

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

Procedimiento de actuación en caso de siniestro

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

ANEXO DE SERVICIOS PREMIUM AS-AM-106

Apartado A.- MEDICINA PRIMARIA

Los servicios serán prestados exclusivamente por médicos de la entidad que figuren en la Guía de Servicios de la póliza.

- Medicina General. Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.
- Pediatría y Puericultura. Asistencia de niños menores de 16 años con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- Servicio de ATS / DUE. Previa prescripción de un facultativo.

Apartado B.- SERVICIOS DE URGENCIA

- **Asistencia Permanente de Urgencia.** Se prestará en los centros concertados por el Asegurador y que figuran en la Guía de Servicios. En caso justificado, se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia (Medicina General y/o servicio de ATS/DUE), **de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza.**

- **Asistencia Permanente de Urgencia a Desplazados en España.**

- **Asistencia Permanente de Urgencia en el Extranjero. Ver detalle de esta garantía complementaria en las Condiciones Generales de la Póliza.**

- Ambulancia. Se prestará en caso de necesidad urgente y justificada para el traslado e ingreso del enfermo a las clínicas de urgencias de la Entidad. **La distancia máxima a cargo de la Entidad, comprendida ida y vuelta, será de 300 kilómetros, corriendo por cuenta del Asegurado el exceso de kilometraje, así como el regreso del enfermo a su domicilio.**

Apartado C.- ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS

Incluye la atención en consultorio y en centro sanitario de visitas, pruebas de diagnóstico, actos terapéuticos e intervenciones comprendidas en las especialidades descritas **y serán prestados únicamente por facultativos que figuren en la guía de Servicios de la póliza.**

- **Alergología. Incluidas las autovacunas.**

- **Anestesiología y Reanimación.** Toda clase de anestесias prescritas por médicos de la Entidad para intervenciones quirúrgicas cubiertas por la póliza.

- **Anatomía Patológica.**

- **Angiología y Cirugía Vasculар.**

- **Aparato Digestivo.**

ANEXO DE SERVICIOS PREMIUM AS-AM-106

- Cardiología.
- Cirugía Cardiovascular.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Cirugía Máxilo-Facial.
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía Plástica y Reparadora. Incluida la reconstrucción mamaria tras mastectomía radical. **Está excluida la cirugía con fines estéticos.**
- Cirugía Torácica.
- Dermatología medico-quirúrgica y venereología. **Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos.**
- Endocrinología y Nutrición.
- Estomatología-Odontología. Incluye únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas, radiografías y limpieza de boca. **A partir de la segunda limpieza de boca anual será necesaria la prescripción médica.**
- Geriatria.
- Hematología y Hemoterapia.
- Medicina del Deporte
- Medicina Interna.
- Nefrología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurología.
- Obstetricia y Ginecología. Incluye la vigilancia del embarazo por médico tocólogo, y asistencia por éste en todo tipo de partos, auxiliado por Matrona.
- Oftalmología. Incluye la fotocoagulación por láser y el trasplante de córnea **siendo la córnea a trasplantar por cuenta del Asegurado.**
- Oncología Médica.
- Otorrinolaringología.
- Psiquiatría. Excluidos cualquier tipo de test, tratamiento de drogadicción y alcoholismo, y terapias tanto de grupo como individuales.
- Radiología. Incluida la Radiología de carácter Intervencionista.
- Reumatología.

- Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- Urología.

Apartado D.- MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Las Pruebas de Diagnóstico se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita de un médico de la Entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma. Los medios de contraste y los radiofármacos utilizados se encuentran incluidos en la cobertura de los Medios de Diagnóstico.

- **Medios de Diagnóstico Básicos.** Comprende los siguientes servicios:
 - **Análisis Clínicos.** Bioquímica, Hematología, Microbiología, Parasitología, Anatomía Patológica y Citopatología; y las pruebas genéticas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades de carácter oncológico.
 - **Radiología Simple.**
 - **Otros Medios de Diagnóstico.** Periodo de Carencia de **TRES MESES.** Comprende los siguientes servicios:
 - **Radiodiagnóstico.** Incluye las técnicas habituales como Angiografía, Arteriografía Digital, Densitometría Ósea, Ecografías, Mamografía, Radiología no Intervencionista.
 - **Medicina Nuclear.** Isótopos radioactivos y Gammagrafía.
 - **Resonancia Magnética Nuclear (RMN).**
 - **Tomografías:**
 - Tomografía Axial Computerizada (TAC/SCANNER).
 - Tomografía por Emisión de Positrones (PET). **Exclusivamente para la detección de neoplasias de pulmón, cabeza y cuello, mama y Aparato digestivo.**
 - Tomografía por Múltiples Detectores (DMD). **Exclusivamente para patologías del sistema vascular.**
 - **Endoscopias, incluida la técnica de la cápsula endoscópica.**
 - **Diagnóstico cardiológico.** Electrocardiograma, Prueba de Esfuerzo, Ecocardiograma, Holter, Doppler y Hemodinámica.
 - **Neurofisiología Clínica.** Electroencefalografía y Electromiografía.
 - **Triple Screening, Amniocentesis y Estudio del Cariotipo Fetal en el embarazo de Riesgo.**
 - **Polisomnografía.** Exclusivamente para el estudio del síndrome de la apnea obstructiva del sueño.

ANEXO DE SERVICIOS PREMIUM AS-AM-106

Apartado E.- MEDICINA PREVENTIVA

Deberán ser solicitados por médicos de la Entidad y se realizarán en los centros sanitarios designados por la misma. Periodo de Carencia de SEIS MESES.

- Obstetricia y Ginecología:

- **Chequeo Ginecológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, citología, ecografía y termografía mamaria, si procede.

- Urología:

- **Chequeo Urológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, ecografía renal y vesico-prostática, P.S.A. (antígeno prostático específico) y ecografía transrectal si procede.

- Pediatría:

- **Programa de salud infantil** que comprende los exámenes de salud al recién nacido, incluyendo pruebas de metabopatías, audiometría, test de agudeza visual y ecografía neonatal; el programa de vacunación infantil obligatorio en España, en centros de referencia concertados, y los controles de salud durante los cuatro primeros años.

- Aparato Digestivo:

- **Programa de prevención del cáncer colorrectal** para personas mayores de 40 años, que comprende consulta médica, exploración física, test específico y colonoscopia en caso necesario. En personas menores de 40 años, será necesaria prescripción escrita de un médico de la Entidad Aseguradora.

- Cardiología:

- **Chequeo Cardiológico.** Revisión anual incluyendo visita, informe, exploración cardiovascular, electrocardiograma, analítica y si procede, prueba de esfuerzo y ecocardiograma.

- Planificación Familiar:

- **Implantación del DIU.** El coste del dispositivo será a cargo del Asegurado.
- **Vasectomía y Ligadura de Trompas.**
- **Pruebas Diagnósticas de la Esterilidad.**

- **Crio-conservación de las células madre del cordón umbilical.** Incluye la extracción y el mantenimiento de las mismas. **Franquicia a cargo del Asegurado de 900 €.**

Apartado F.- TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS

Deberán ser solicitados por médicos de la Entidad y se realizarán en los centros sanitarios designados por la misma. Periodo de Carencia de SEIS MESES.

- Aerosolterapia y Ventiloterapia. Los medicamentos serán, en todos los casos, de cuenta del Asegurado.
- Radioterapia:
 - Cobaltoterapia
 - Acelerador Lineal de Partículas, incluyendo la radiocirugía exclusivamente para el tratamiento de tumores cerebrales.
 - Braquiterapia.
- Transfusiones de sangre y/o plasma en régimen de hospitalización.
- Litotricia Renal.
- Litotricia Biliar.
- Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.
- **Rehabilitación y Fisioterapia.** Para el tratamiento de enfermedades y lesiones siempre que las mismas hayan sido contraídas con posterioridad a la fecha de efecto del contrato. Se prestará con carácter ambulatorio, y en el centro hospitalario mientras el Asegurado deba permanecer ingresado a causa de una cobertura amparada en la póliza. **Excluidos los tratamientos rehabilitadores de carácter neurológico.**
- **Rehabilitación Cardiológica.** Para la prevención de la cardiopatía isquémica tras el alta hospitalaria del Asegurado por una afección cardiovascular.
- **Rehabilitación del suelo pélvico.** Exclusivamente como consecuencia directa del parto.
- **Hipertermia Prostática.**
- **Tratamiento del Dolor.** Se prestará en régimen ambulatorio para casos oncológicos con dolor que no pueda ser controlado por la unidad oncológica y con dolor crónico derivado de actuaciones quirúrgicas. Asimismo se cubre el internamiento producido por una complicación aguda del tratamiento y por la implantación de aparatos médicos, **durante un periodo máximo de 7 días. Quedan excluidos los gastos de cualquier tipo de medicación, material, aparatos médicos específicos y prótesis.**
- **Logopedia y Foniatría.** Se prestará para tratamientos consecuencia de intervenciones quirúrgicas de laringe; y para los menores de 16 años en los trastornos en la adquisición de la lectura, escritura, dislexia y en el desarrollo de lenguaje. **Se prestará por un máximo de 60 sesiones, estando excluidos los procesos motivados en niños con retrasos mentales, autistas o con problemas de audición.**
- **Quimioterapia.** Los tratamientos quimioterápicos serán por cuenta de la Entidad, tanto en régimen ambulatorio como en clínica cuando el internamiento se hiciera necesario; siendo en todos los casos el médico especialista de la Entidad encargado de la asistencia quien dispondrá la forma y tratamientos a realizar. En estos tratamientos, la Entidad por lo que se refiere a los medicamentos, correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicos que se expenden en el mercado nacional y estén debidamente

ANEXO DE SERVICIOS PREMIUM AS-AM-106

autorizados por el Ministerio de Sanidad.

- **Hemodiálisis.** Exclusivamente para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas y con función renal normal previa, **durante un período máximo de 10 sesiones por proceso. Quedan excluidos de dicho tratamiento los procesos crónicos.**
- **Laserterapia.** Se prestará en tratamientos no quirúrgicos del aparato locomotor y en oftalmología.
- **Magnetoterapia.** Se prestará en tratamientos no quirúrgicos del aparato locomotor.
- **Ortóptica.** Se prestará como consecuencia de la aparición del estrabismo.

Apartado G.- HOSPITALIZACIÓN

Deberán ser solicitados por médicos **de la Entidad** y los ingresos se efectuarán **en los centros designados por la misma** en habitación individual con cama de acompañante, excepto en casos de hospitalización psiquiátrica, UVI e incubadora. Serán por cuenta de la Entidad el tratamiento, estancias, curas y su material, y la manutención del enfermo mientras se encuentre ingresado así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos utilizados tanto en el acto quirúrgico como en la hospitalización.

- **Hospitalización Quirúrgica.** Queda incluida la hospitalización de día. La manutención del acompañante será a cargo de la Entidad los tres primeros días de ingreso. **Periodo de carencia de OCHO MESES.** En el caso de que la hospitalización sea consecuencia de un parto o una cesárea se incluye en caso de necesidad la estancia en incubadora del recién nacido.
- **Hospitalización Médica.** Para el tratamiento de enfermedades. **La Entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la Entidad responsable de la asistencia.** Periodo de carencia de **OCHO MESES.**
- **Hospitalización Pediátrica.** Para el tratamiento de enfermedades. **La Entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la Entidad responsable de la asistencia.** Se incluye en caso de necesidad la estancia en incubadora del recién nacido. Periodo de carencia de **OCHO MESES.**
- **Hospitalización Psiquiátrica.** Para el tratamiento de las crisis esquizofrénicas y trastornos mentales en fase aguda que no pueda tratarse en el domicilio del paciente y precisen internamiento. **El periodo de cobertura se limita a 60 días al año.** Periodo de carencia de **OCHO MESES.**
- **Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos.** Para el tratamiento de enfermedades y afecciones cardio-vasculares y de cualquier otra etiología. Periodo de carencia de **DIEZ MESES.**

Apartado H.- OTROS SERVICIOS

- **Asistencia Sanitaria que exija el tratamiento de accidentes laborales, profesionales y**

los amparados por el seguro obligatorio de automóviles. Si existiera un tercero civilmente responsable, la Entidad quedará subrogada en todos los derechos y acciones del Asegurado o del Tomador.

- **Láser Excímer para la corrección del Astigmatismo, Hipermetropía y Miopía.** Se prestará en el centro designado por la Entidad con carácter ambulatorio cuando el Asegurado tenga más de dos dioptrías en el caso de astigmatismo y tres en el caso de hipermetropía. En el caso de miopía, cuando tenga más de cuatro dioptrías o presente una descompensación entre ambos ojos de más de dos dioptrías. **Franquicia a cargo del Asegurado de 600 € por cada ojo.** Periodo de carencia de **SEIS MESES.**

- **Podología en consultorio. Limitado a 12 sesiones anuales por Asegurado.**

- **Preparación para el Parto.** Sesiones de preparación antes del parto en un centro designado por la Entidad previa autorización por escrito de la misma. Periodo de carencia de **SEIS MESES.**

- **Prótesis. Las prótesis garantizadas por la Entidad serán las siguientes:**

- **Prótesis Oftalmológicas.** La lente intraocular en intervenciones de cataratas practicadas por médicos de la Entidad.
- **Prótesis Cardíacas y Cardiovasculares.** Las válvulas cardíacas, marcapasos, stents y las prótesis de bypass vascular.
- **Prótesis Traumatológicas.** Las prótesis de cadera y las prótesis internas traumatológicas.
- **Prótesis Mamarias, exclusivamente tras mastectomía radical.**
- **Material de Osteosíntesis.**

El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas, será de cuenta del Asegurado. Periodo de carencia de **SEIS MESES.**

- **Servicio Telefónico de Orientación Médica 24 horas (902 266 266).** Información telefónica de apoyo, todos los días del año, referente a enfermedades, tratamientos y prevención de su salud, así como en la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos.

- **Osteopatía.** Las sesiones se prestarán por un facultativo de la Guía de servicios acreditado bajo prescripción médica. **Se limita su cobertura a un total de 12 sesiones anuales por Asegurado.**

- **Homeopatía.** Se prestará por un facultativo acreditado de la Guía de servicios. **Se limita su cobertura a un total de 12 visitas anuales por Asegurado.**

- **Acupuntura.** Se prestará por un facultativo acreditado de la Guía de servicios. **Se limita su cobertura a un total de 12 visitas anuales por Asegurado.**

- **Psicología.** Se prestará **por un facultativo de la Guía de Servicios** y bajo la prescripción de un psiquiatra y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención

ANEXO DE SERVICIOS PREMIUM AS-AM-106

psicológica. La atención será individualizada y con carácter temporal. **Se limita su cobertura a una sesión semanal con un límite de 20 sesiones al año.**

- **Trasplantes.** Quedan cubiertos todos los gastos derivados de la implantación del órgano así como las pruebas de histocompatibilidad. Los trasplantes cubiertos son los relativos a los siguientes órganos:

- Corazón.
- Pulmón.
- Riñón.
- Hígado.
- Médula ósea.
- Córnea.

Se excluye la extracción, transporte y conservación del órgano a transplantar. Periodo de carencia de DOCE MESES.

Apartado I.- COPAGO

El Tomador del Seguro pagará en concepto de franquicia o participación en el coste del servicio una cantidad determinada por cada servicio que utilice de las garantías cubiertas por la presente póliza. El importe de cada una de las franquicias serán las indicadas a continuación en función de cada uno de los Apartados del presente Anexo de Servicios:

- Medicina Primaria 1 € por servicio
- Urgencias 4 € por servicio
- Especialidades Medico - Quirúrgicas 3 € por servicio
- Tomografías y RMN 4 € por servicio
- Medios de Diagnóstico 3 € por servicio
- Tratamientos Terapéuticos 3 € por servicio
- Medicina Preventiva 3 € por servicio
- Hospitalizaciones 3 € por servicio
- Acupuntura, Osteopatía y Homeopatía 4 € por servicio
- Otros Servicios 3 € por servicio

El Servicio Telefónico de Orientación Médico 24 horas estará exento de copago.