



Adeslas
SegurCaixa

Condiciones Generales Salud



Salud

Condiciones Generales

Este Contrato de Seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales, que quedan formadas por las Cláusulas Jurídicas y Cláusulas Descriptivas de Cobertura, las Condiciones Particulares, las Especiales si las hubiere y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

CONDICIONES GENERALES

	<i>Página 6</i>
Clausula Preliminar	<i>Página 6</i>
Definiciones	<i>Página 6</i>
Artículo 1. Objeto del seguro	<i>Página 8</i>
Artículo 2. Exclusiones	<i>Página 9</i>
Artículo 3. Procedimiento a seguir para solicitar la cobertura del seguro	<i>Página 12</i>
Artículo 4. Pago de la prima	<i>Página 17</i>
Artículo 5. Otras obligaciones y deberes del Tomador/Asegurado/a	<i>Página 18</i>
Artículo 6. Otros derechos del Tomador/Asegurado/a	<i>Página 19</i>
Artículo 7. Otras obligaciones de la Aseguradora	<i>Página 19</i>
Artículo 8. Otros derechos de la Aseguradora	<i>Página 20</i>
Artículo 9. Exoneración de responsabilidad	<i>Página 21</i>
Artículo 10. Perfección, efectos y formalización del contrato y duración del seguro	<i>Página 22</i>
Artículo 11. Pérdida de derechos, indisputabilidad del contrato y nulidad del mismo	<i>Página 23</i>
Artículo 12. Información sobre el tratamiento de datos personales	<i>Página 24</i>
Artículo 13. Base de Cálculo y Actualización Anual de Primas, Garantías y Prestaciones	<i>Página 27</i>
Artículo 14. Comunicaciones	<i>Página 28</i>
Artículo 15. Jurisdicción y prescripción	<i>Página 28</i>
Artículo 16. Base de cálculo y actualización anual de primas	<i>Página 29</i>
Artículo 17. Protección del Asegurado/a y contratación a distancia	<i>Página 29</i>

Condiciones Generales

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) y por las demás normas españolas reguladoras de los seguros privados; y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares, Especiales y Suplementos o Apéndices de este contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados/as 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.

Integran el contrato las siguientes partes: la Solicitud de Seguro, la Declaración o Cuestionario de Salud, las Condiciones Generales incluyendo Anexo de Servicios, las Condiciones Particulares, las Especiales y demás suplementos que se emitan.

Definiciones

A los efectos del presente contrato se entenderá por:

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

Anexo de Servicios: Documento escrito, anexo a las Condiciones Particulares y Generales, que forma parte del contrato de seguro que se facilita con las Condiciones Generales y que contiene las coberturas y límites de garantías contratadas por el Tomador del seguro.

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

Aseguradora: SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante la Aseguradora) entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

Condición médica preexistente: Aquel estado o condición de la salud, no necesariamente patológica, que se inicia con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado/a en la póliza.

Cuadro Médico: Relación de profesionales y centros sanitarios concertados con la Aseguradora de los que el Asegurado/a podrá solicitar la asistencia médica y quirúrgica en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de la póliza.

Cuestionario o Declaración de Salud: Formulario de preguntas, que forma parte del contrato de seguro, facilitado por la Aseguradora al Tomador y/o Asegurado/a, cumplimentado y firmado por el Asegurado/a antes de la formalización de la Póliza y que tiene por objeto determinar su estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro.

Enfermedad: Toda alteración del estado de salud del Asegurado/a, cuyo diagnóstico y confirmación sean efectuados por un médico/a legalmente reconocido.

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénita: Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento.

Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del individuo.

Enfermedad preexistente: Toda alteración del estado de salud que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta del Asegurado/a en el seguro y que es percibida por el Asegurado/a a través de signos o síntomas antes de la fecha de su incorporación en la póliza, independientemente de que exista un diagnóstico médico que la determine, o que es conocida por éste por cualquier causa.

Fármaco: Sustancia química ajena al cuerpo que, una vez introducida en el organismo, produce una acción determinada.

Guía de Servicios: Relación de profesionales, establecimientos sanitarios y servicios concertados por la Aseguradora a los que el Asegurado/a puede acudir.

Hospitalización: Ingreso y estancia en centro hospitalario durante más de 24 horas seguidas.

Hospital de día: El registro como paciente en aquellas unidades de hospital así denominadas específicamente, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas para recibir tratamiento concreto sin que ello suponga pernoctar en el hospital.

Modalidad Acto Médico: Tipo de seguro definido por poner a disposición del Asegurado/a un Cuadro Médico constituido por una serie de Proveedores de Servicios Sanitarios de libre elección para el Asegurado/a.

Modalidad de Cuadro Médico: Modalidad de contratación que permite acudir libremente a cualquiera de los profesionales pertenecientes al Cuadro Médico para recibir asistencia sanitaria, siempre que se trate de las especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de la póliza.

Modalidad de Reembolso: Modalidad de contratación que permite acudir directamente al Proveedor Sanitario, abonar la factura emitida por los gastos derivados de la asistencia sanitaria y solicitar de la Aseguradora el reintegro de la cantidad abonada hasta el límite establecido en el Anexo de Servicios para esa prestación, siempre que se cumpla el procedimiento establecido para ello en el presente contrato.

Plazo de carencia: Período de tiempo computado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro para cada uno de los Asegurados/as, durante el cual no entran en vigor todas o algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza.

Plazo de disputabilidad: Intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los Asegurados/as incluidos en ella, durante el cual la Aseguradora puede rechazar la cobertura de prestaciones o dejar sin efecto el contrato teniendo como causa la existencia de enfermedades anteriores o preexistentes del Asegurado/a que éste no declaró en el Cuestionario de Salud. Transcurrido dicho plazo, la Aseguradora sólo tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o Asegurado/a hayan actuado dolosamente omitiendo intencionadamente en el Cuestionario de Salud dichas enfermedades anteriores o preexistentes.

Póliza: Es el contrato de seguro. Documento escrito que contiene la Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales, Solicitud de Seguro y Cuestionario de Salud y los Suplementos o Apéndices que se emitan para completarla o modificarla. La Solicitud de Seguro y la Declaración de Salud forman también parte de la póliza.

Prima: Es el precio del seguro. El recibo de prima contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

Prótesis: Todo elemento de cualquier naturaleza que reemplaza, temporal o permanentemente, la ausencia de un órgano o tejido.

Proveedores de Servicios Sanitarios: Profesionales y centros sanitarios de los que el Asegurado/a podrá solicitar la asistencia médica y quirúrgica en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de la póliza.

Siniestro: Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios cuyo coste se encuentra total o parcialmente cubierto por la póliza.

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 ser cumplidas por el Asegurado/a.

Urgencia: Es aquella situación del Asegurado/a que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar en un daño irreparable en su salud.

Urgencia Vital: Aquella situación que se produce por la aparición súbita de un cuadro clínico que entraña un inminente y grave riesgo para la vida del Asegurado/a o pérdida funcional de un órgano o miembro, y que requiera de una inmediata e inaplazable (en pocas horas) atención médico sanitaria.

ARTÍCULO 1. OBJETO DEL SEGURO

Modalidad I. Cuadro Médico

Por el presente contrato, dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza y mediante la aplicación de la Prima que corresponda, la Aseguradora pone a disposición del Asegurado/a una serie de Proveedores de Servicios Sanitarios concertados, de los que el Asegurado/a podrá solicitar la asistencia médica de toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en el Anexo de Servicios del producto contratado.

La Aseguradora asume la totalidad de los gastos **(en caso de utilizar el Cuadro Médico concertado)** derivados de la asistencia sanitaria que presten los mencionados Proveedores de Servicios Sanitarios debidamente autorizados siempre que se trate de un siniestro objeto de cobertura del presente contrato.

En ningún caso la Aseguradora hará frente al pago de factura abonada por el Asegurado/a a cualquier Proveedor de Servicios Sanitarios, incluso en el caso en que dicho Proveedor de Servicios Sanitarios esté concertado con la Aseguradora y la prestación sanitaria garantizada por la Póliza.

Modalidad II. Reembolso de Gastos

Por el presente contrato y dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza y mediante la aplicación de la Prima que corresponda, la Aseguradora asume el reembolso de un porcentaje del coste derivado de la asistencia sanitaria prestada a los Asegurados/as, determinado en el Anexo de Servicios de la Póliza (**en caso de utilizar la fórmula de reembolso de gastos**), en toda clase de enfermedades o lesiones contempladas en la cobertura del Anexo de Servicios del producto contratado.

ARTÍCULO 2. EXCLUSIONES

Además de las exclusiones específicas establecidas en el epígrafe “Coberturas de la póliza” del Anexo de Servicios serán de aplicación para todos los servicios las siguientes exclusiones:

a) La Asistencia Sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones y condiciones médicas preexistentes y sus consecuencias, las congénitas y las que sean consecuencia de accidentes o enfermedades y sus secuelas, siempre que sean anteriores a la fecha de inclusión de cada Asegurado/a en la póliza y conocidas por el Tomador del seguro y/o Asegurado/a, aun cuando no se hubiera establecido un diagnóstico médico concreto, y no se hubieran declarado en el Cuestionario de Salud.

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

b) La Asistencia Sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras, motines, revoluciones, represiones y maniobras militares, aún en tiempos de paz y terrorismo en cualquiera de sus formas; las causadas por epidemias declaradas oficialmente; las que guarden relación directa o indirecta con contaminaciones químicas, biológicas, con radiación nuclear o contaminación nuclear o radiactiva, así como las que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y fenómenos sísmicos o meteorológicos).

c) La Asistencia Sanitaria que se precise como consecuencia de las enfermedades o lesiones producidas durante o por la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo como: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, hípica, parapente, puenting, barranquismo, toreo y encierro de reses bravas, deportes de aventura u otra práctica de riesgo.

d) La Asistencia Sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte.

e) La Asistencia Sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción o intoxicaciones debidas al abuso de alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la Asistencia Sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por el dolo, negligencia o imprudencia del Asegurado/a.

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. Los productos farmacéuticos, fármacos y productos de parafarmacia fuera del régimen de hospitalización y todo tipo de vacunas y autovacunas, salvo los detallados en el Anexo de Servicios de la póliza. Quedan expresamente excluidos los citostáticos orales administrados en Hospital de Día. Así como los ingresos con el único objeto de administrar citostáticos orales.

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 e infertilidad y las técnicas de fecundación asistida. Está excluido el tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil.

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 fines estéticos, las curas de adelgazamiento y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los tratamientos capilares. La cirugía de cambio de sexo.

j) El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos, la psicoterapia en grupo y cualquier método de asistencia psicológica salvo los detallados en el Anexo de Servicios de la póliza.

Asimismo, queda excluido el tratamiento de los trastornos de la alimentación como anorexia-bulimia, cirugía de la obesidad y balón intragástrico.

El ingreso psiquiátrico sólo se facilitará para los tratamientos de brotes agudos que no sean de enfermos crónicos, quedando la estancia limitada a 60 días por año.

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, material biológico o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula ósea y células progenitoras de sangre periférica en procesos tumorales de estirpe hematológica y los indicados en el Anexo de Servicios de póliza. La Aseguradora no se hace cargo de la conservación, traslado y órgano a trasplantar.

m) Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, los fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos, desfibrilador automático implantable y el corazón artificial.

Las siguientes prótesis quedan excepcionalmente incluidas siempre que estén recogidas en el Anexo de Servicios del producto contratado:

- Traumatológicas: prótesis articulares, tornillos y placas de fijación interna.

- Vasculares y cardíacas: válvulas cardíacas, by-pass vascular, stent, marcapasos temporales o definitivos.
- Prótesis mamarias post mastectomía de origen neoplásico.
- Incluye también los reservorios implantables de acceso venoso utilizados en Oncología y los reservorios para medicación para el tratamiento del dolor.
- Oftalmológicas: LIO monofocal.
- Mallas abdominales.

Asimismo, están expresamente excluidas las bombas implantables para infusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular en tratamiento del dolor.

n) Excluidos todos los estudios de carácter genético, terapia génica, estudio genético familiar, salvo las pruebas genéticas en oncología en los casos que esté descrito en el Anexo de Servicios en las indicaciones aprobadas.

o) La Asistencia Sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, salvo que se especifique lo contrario en las Condiciones 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 ni en los centros privados que no estén concertados con la Aseguradora.

q) La rehabilitación neurológica, la rehabilitación durante ingreso hospitalario que no sea postquirúrgica del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y en la rehabilitación cardíaca para recuperación tras cirugía con circulación extracorpórea. Ozonoterapia no cubierto.

r) Tratamientos de diálisis y hemodiálisis en procesos crónicos.

s) La asistencia sanitaria derivada de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

t) Los actos médicos relacionados con cualquier servicio de odontología, enunciándose a modo indicativo y no limitativo las siguientes: endodoncias, empastes, obturaciones, implantología, periodoncia, ortodoncia, cirugía ortognática, extracciones de restos radiculares, destacan, etc. En caso de contratación del producto dental se estará a lo allí establecido.

u) Los gastos de viaje y desplazamientos salvo los detallados en el Anexo de Servicios de la póliza y en las presentes Condiciones Generales.

v) Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo aunque sean prescritos por un facultativo/a.

w) Quedan expresamente excluidas las técnicas diagnósticas, quirúrgicas y terapéuticas de nueva aparición no incluidas en la presente póliza, salvo que las mismas estén expresamente indicadas y su eficacia comparativa con procedimientos alternativos esté plenamente justificada.

x) Coronariografía por TAC. Se excluye la valoración de estenosis tras implantación de stent coronario y el score cálcico. En aquellas pólizas que tengan esta prueba relacionada en el Anexo de Servicios, quedará igualmente excluido salvo en las indicaciones aprobadas que son: pacientes con síntomas de enfermedad coronaria con pruebas de isquemia no concluyente, cirugía de recambio válvular, valoración de estenosis coronaria tras intervención de By-Pass y malformaciones del árbol coronario.

y) Se excluye el PET y PET/TAC salvo en las indicaciones relacionadas a continuación, y siempre y cuando dichas pruebas estén incluidas en el Anexo de Servicios del producto contratado:

- 1- Tumores de cabeza y cuello: cáncer de tiroides y esófago.
- 2- Cáncer de pulmón microcítico y no microcítico.
- 3- Tumores de abdomen y pelvis: carcinoma colorrectal recurrente o primario, cáncer de páncreas, ovario, útero y vejiga.
- 4- Linfomas.
- 5- Melanomas.
- 6- Tumores cerebrales.
- 7- Módulo pulmonar solitario.
- 8- Estadificación precisa de linfomas y cáncer de pulmón.
- 9- Cáncer de mama recurrente.
- 10- Tumores primarios y desconocidos con presencia de metástasis y pruebas de diagnóstico funcionales negativas.
- 11- Epilepsia rebelde a tratamiento farmacológica.

ARTÍCULO 3. PROCEDIMIENTO A SEGUIR PARA SOLICITAR LA COBERTURA DEL SEGURO

3.1. PARTICIPACIÓN EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS SANITARIOS POR PARTE DEL TOMADOR/ASEGURADO/A

3.1.1. FRANQUICIAS

Cuantía económica determinada que corresponda abonar por el Tomador/Asegurado/a al prestador/a del servicio en concepto de Participación en el Coste de los Servicios Sanitarios relacionados en el Anexo de Servicios.

En estos supuestos la cobertura de la Aseguradora desplegará sus efectos una vez se haya cubierto el importe de la franquicia por el Tomador/Asegurado/a.

3.1.2. COPAGO

Importe por acto médico a abonar por el Tomador/Asegurado/a a la Aseguradora en concepto de participación en el coste de algunos servicios recibidos por cada uno de los Asegurados/as, relacionados en el Anexo de Servicios del producto contratado, que podrán ser actualizados anualmente tal y como recoge el presente contrato.

3.2. PERÍODOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma la Aseguradora serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato para cada uno de los Asegurados/as que se vayan incorporando a ella.

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 misma tendrán un periodo de carencia de seis meses.

c) Los servicios detallados dentro del apartado del Anexo de Servicios de la póliza de “Medicina Preventiva” tendrán un periodo de carencia de seis meses.

d) Las hospitalizaciones en centros sanitarios tendrán un periodo de carencia de diez meses.

e) Las Prótesis cubiertas por la póliza y descritas en el Anexo de Servicios de la póliza tendrán un periodo de carencia de diez meses.

f) Los Trasplantes cubiertos por la póliza y descritos en el Anexo de Servicios de la póliza tendrán un periodo de carencia de doce meses.

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.

En aquellas pólizas en las que se detalle en las Condiciones Particulares la eliminación o reducción de los periodos de carencia (Derechos Inmediatos) aplicables, no significará en ningún caso la cobertura de los procesos en curso o preexistentes.

3.3. MODALIDAD I. CUADRO MÉDICO

El Asegurado/a podrá acudir a los profesionales y centros sanitarios que formen parte del Cuadro Médico Concertado en el momento de la prestación.

Para identificarse como Asegurado/a deberá presentar la Tarjeta Sanitaria Personal de Asegurado/a, NIF o NIE cuando sea solicitado por el Proveedor del Servicio Sanitario.

Debe firmar asimismo, el recibo justificativo del servicio sanitario recibido, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado/a como comprobante.

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se pondrá a disposición del Asegurado/a en la localidad indicada en las Condiciones Particulares de la póliza y en caso de no estar disponible, en los medios concertados con la Aseguradora en la provincia o región a la que pertenezca, respetando la libertad de elección del Asegurado/a. Los gastos de desplazamiento serán siempre a cargo del Asegurado/a.

La Aseguradora no se hace responsable de honorarios de facultativos/as no concertados con la Aseguradora, ni de los gastos hospitalarios o servicios que los mismos pudieran prescribir. Asimismo, la Aseguradora no se hace responsable de los gastos de hospitalización ni de los servicios originados en centros públicos o privados no concertados con la Aseguradora, cualquiera que sea el facultativo/a prescriptor o realizador de los mismos.

Los servicios cubiertos por la póliza deberán ser ordenadas por escrito por un médico/a perteneciente al Cuadro Médico. Podrán ser de libre acceso o requerir autorización previa de la Aseguradora. Para la valoración correcta de la prestación, deberá adjuntar a la prescripción escrita, un informe médico detallado que justifique la prescripción, cuando sea solicitado.

El acto médico prescrito deberá realizarse obligatoriamente en un centro sanitario concertado con la Aseguradora y la prestación está incluida entre los servicios sanitarios cubiertos por la póliza.

La permanencia en régimen de hospitalización de un enfermo/a estará determinada por el criterio exclusivo del médico/a que lo asista, quien podrá indicar que continúe el tratamiento en el domicilio del Asegurado/a, si su internamiento en este régimen de hospitalización ya no es indispensable.

URGENCIA

La urgencia vital será atendida en el centro más cercano al lugar del siniestro. En caso de tratarse de un centro público o privado ajeno al Cuadro Médico, será comunicada por el Asegurado/a, o en su caso, por sus familiares, de forma fehaciente, en un plazo máximo de 72 horas desde el momento en que tuvo lugar el siniestro y la Aseguradora quedará vinculado con los gastos exclusivos de la urgencia vital.

Siempre que sea trasladable desde el punto de vista médico, el Asegurado/a será trasladado a un centro concertado con la Aseguradora.

En caso de requerir asistencia urgente no recogida en el supuesto anterior y siempre que estén cubiertas las urgencias en el producto contratado, el Asegurado/a podrá acudir al Servicio de Urgencias Hospitalario perteneciente al Cuadro Médico de la Provincia en que se encuentre. Esta prestación únicamente podrá recibirla en aquellas poblaciones en las que la Aseguradora tenga concertada la prestación de dicho servicio urgente.

Cuando la situación médica originada por la urgencia impida el desplazamiento al Servicio de Urgencia Hospitalario desde el domicilio, se podrá solicitar la asistencia a domicilio concertada en dicha localidad, poniéndose en contacto telefónico con el Centro de Coordinación de Urgencias Nacional indicado por la Aseguradora.

Dicha asistencia domiciliaria será facilitada únicamente en el domicilio que consta en las Condiciones Particulares y cualquier cambio del mismo habrá de ser notificado a la Aseguradora por cualquier medio fehaciente, con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio.

3.4. MODALIDAD II. REEMBOLSO DE GASTOS

Sólo de aplicación en caso de contratación de Producto de Reembolso de Gastos.

Una vez ocurrido el siniestro objeto de cobertura de esta Póliza, el Asegurado/a podrá acudir al profesional o centro sanitario por él elegido ya sea en territorio nacional o en el extranjero, para que le sea prestada la asistencia sanitaria y tras abonar las facturas correspondientes, solicitar el reembolso de gastos a la Entidad según los límites estipulados en el Anexo de Servicios del producto contratado.

Una vez recibida la documentación, en un plazo de quince días la Aseguradora procederá el reembolso de gastos que corresponda, tras la adecuada valoración de la prestación sanitaria.

En el supuesto de que el proceso tenga una duración superior a los tres meses, el Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado/a, deberá remitir a la Aseguradora las facturas de los gastos incurridos en el trimestre anterior.

Si en el plazo de tres meses desde la ocurrencia del siniestro, la Aseguradora no hubiera reembolsado su importe por causa no justificada o que le fuera imputable, la cantidad que éste pudiera adeudar se incrementará en el tipo de interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100. Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos 2 años desde la producción del siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100 (artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro).

En el caso de que la asistencia médica y/u hospitalaria se lleve a cabo en el extranjero, la valoración de los gastos o de la cantidad a reembolsar por la Aseguradora se realizará en euros al cambio oficial comprador de mercado de divisas que, en la fecha de abono por el Tomador del Seguro o Asegurado/a de la factura de gastos médicos y/u hospitalarios de cuyo reembolso se trate, tuviere la moneda en que dicho Tomador del Seguro o Asegurado/a hubiere efectuado el pago por la asistencia recibida. Los gastos derivados de la traducción al idioma español de los oportunos documentos (facturas, informes, etc.) redactados en otras lenguas, correrán a cargo el Asegurado/a.

En el caso de un recién nacido/a la cobertura comprende el reembolso por parte de la Aseguradora de los gastos correspondientes a la asistencia médica y/u hospitalaria que precise el recién nacido/a desde el momento de su nacimiento, siempre y cuando haya sido dado de alta en la Entidad. Si los gastos citados fueran como consecuencia de enfermedades de carácter congénito, el reembolso se otorgará únicamente durante el primer año de vida del recién nacido/a y con el límite máximo económico fijado en el Anexo de Servicios de la Póliza. Dicho límite se entenderá como suma asegurada de la cobertura de la Póliza de recién nacido/a. Además, para tener derecho a esta garantía de cobertura de enfermedades de carácter congénito es necesario que el alta de la madre en la Póliza haya tomado efecto con al menos 365 días de antelación al parto, así como que el recién nacido/a haya sido dado de alta en la Entidad.

La permanencia en régimen de hospitalización de un enfermo/a estará determinada por el criterio exclusivo del médico/a que lo asista, quien podrá indicar que continúe el tratamiento en el domicilio del Asegurado/a, si su internamiento en este régimen de hospitalización ya no es indispensable.

La cobertura de servicios realizada por facultativos/as o centros sanitarios no concertados con la Entidad (modalidad de reembolso de gastos) se extinguirá en el momento en que el Asegurado/a cumpla los 65 años de edad.

En el caso de un siniestro cubierto por la presente póliza bajo la modalidad de reembolso de gastos deberán cumplirse las siguientes normas:

1. El Asegurado/a o cualquier persona que acredite la representación del Asegurado/a deberá comunicar el siniestro dentro de los siguientes plazos:
 - a) En los casos de asistencia sanitaria de urgencia, dentro de los siete días siguientes a la fecha en que tenga lugar el ingreso hospitalario.
 - b) Dentro de los siete días laborables previos a la fecha de la intervención quirúrgica o ingreso hospitalario, en caso de asistencia programada.
2. En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el Tomador del Seguro o Asegurado/a enviará a la Aseguradora informe médico en el que se especifiquen el diagnóstico y naturaleza de las enfermedades, así como en su caso, el centro asistencial, fecha de ingreso, duración probable del tratamiento y tipo de éste.
3. El Asegurado/a deberá, además, dar a la Aseguradora toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.
4. El Tomador del Seguro o el Asegurado/a o sus familiares deberán permitir que médicos/as designados por la Aseguradora visiten al Asegurado/a tantas veces como la Aseguradora lo estime oportuno, así como cualquier averiguación o comprobación que la Aseguradora considere necesaria sobre su estado de salud en relación con el siniestro.
5. En caso de hospitalización, una vez finalizada ésta, el Tomador del Seguro o el Asegurado/a comunicará tal circunstancia a la Aseguradora con indicación del periodo de duración del internamiento.

6. El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado/a deberá presentar a la Aseguradora la siguiente documentación:

- 6.1. Impreso de solicitud de reembolso, debidamente cumplimentado.
- 6.2. Justificantes o facturas originales, de los gastos realmente incurridos por el Asegurado/a, debidamente desglosados, por cada uno de los conceptos incluidos en las facturas en donde se reflejen:
 - a) La persona a la que se ha realizado la asistencia médica u hospitalaria.
 - b) La naturaleza del acto o actos médicos realizados (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.) detallando fechas e importes.
 - c) Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (médico/a, enfermero/a, clínica u hospital, etc.), haciéndose constar, en su caso, los apellidos, nombre o razón social, domicilio, número de colegiado/a y número de identificación fiscal (N.I.F).
- 6.3. Justificación del pago de las facturas por parte del Asegurado/a.
- 6.4. Prescripciones médicas originales de los servicios médicos y/u hospitalarios recibidos por el Asegurado/a.
- 6.5. Informe médico original explicativo de los servicios médicos y/u hospitalarios prestados al Asegurado/a, del proceso de la enfermedad y su evolución.
- 6.6. Informe de alta médica u hospitalaria.

El incumplimiento de las condiciones anteriores será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas ajenas a la voluntad del Tomador del Seguro, del Asegurado/a o de sus familiares.

URGENCIA

En caso de requerir asistencia urgente, el Asegurado/a podrá optar entre la aplicación de lo dispuesto en el artículo 3.3 del presente contrato relativo a la asistencia urgente señalada para la Modalidad de Cuadro Médico o hacer uso del reembolso de gastos cuando la asistencia sea recibida en medios no concertados con la Aseguradora.

ARTÍCULO 4. PAGO DE LA PRIMA

1. El Tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, lo cual se realizará por domiciliación bancaria, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca otro procedimiento.

Para el pago mediante domiciliación bancaria, el Tomador del Seguro facilitará los datos del establecimiento bancario o Caja de Ahorros a la Aseguradora dando, a su vez, la orden oportuna al efecto a la entidad financiera. La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del mes siguiente al vencimiento, no existiesen fondos suficientes del obligado al pago. En este caso, se notificará el impago al Tomador del Seguro por carta certificada.

Si la Aseguradora dejase transcurrir el mes siguiente al vencimiento sin haber presentado el recibo al cobro o, al hacerlo, no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquel deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima por carta certificada o medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que puede satisfacer el importe. Este plazo se computará desde la recepción de la indicada carta o notificación en el último domicilio de pago del Tomador del Seguro.

2. La primera prima o fracción de ella será exigible, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del Seguro, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

3. En caso de falta de pago de la segunda y/o sucesivas primas o fracciones de ésta, la cobertura de la Aseguradora quedará 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 del Seguro pague la prima. Si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

4. La Aseguradora sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro el Corredor no se entenderá realizado a la Aseguradora. Salvo que, a cambio, el Corredor entregara el Tomador del Seguro el recibo de prima emitido por la Aseguradora.

En caso de extinción anticipada del contrato imputable al Tomador del Seguro, la parte de prima anual no consumida corresponderá a la Aseguradora.

ARTÍCULO 5. OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O DEL ASEGURADO/A

El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado/a, tienen las siguientes obligaciones:

1. Declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario de salud que éste le presente, con veracidad, diligencia y sin reserva, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo y aportar toda la documentación que se le requiera para tal fin.

Quedará exonerado de tal deber si la Aseguradora no le somete al cuestionario alguno o, aun cuando lo haya cumplimentado, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

2. Comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.

3. Comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados/as que se produzcan durante la vigencia del presente contrato, tomando efecto las altas, el día primero del mes siguiente a la fecha de la notificación efectuada por el Tomador del Seguro, y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.

4. Amenorar las consecuencias del siniestro, empleando todos los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Aseguradora, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.

5. Facilitar la subrogación que a favor de la Aseguradora establecen los artículos 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado/a frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.

Este derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra el cónyuge del Asegurado/a ni contra otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo/a adoptivo, que convivan con el Asegurado/a.

ARTÍCULO 6. OTROS DERECHOS DEL TOMADOR/ASEGURADO/A

1. El Tomador del Seguro podrá reclamar a la Aseguradora, 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 si la hubiere o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de seguro. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

2. El Tomador del Seguro o el Asegurado/a podrán, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento de la Aseguradora todas las circunstancias que disminuyen el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Asegurado/a.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del Seguro, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

ARTÍCULO 7. OTRAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, la Aseguradora asume el coste de 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 sanitarios cubiertos por la misma.

Además de asumir el coste que corresponda en cada caso, y dentro de los límites establecidos en la Póliza, de la asistencia sanitaria que los Proveedores de Servicios Sanitarios concertados, presten a los Asegurados/as, la Aseguradora deberá entregar al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda, así como un ejemplar del Cuestionario de Salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro.

La Aseguradora también entregará a cada Asegurado/a la Tarjeta Sanitaria, que es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado/a tienen la obligación de comunicarlo a la Aseguradora en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, la Aseguradora procederá a emitir y enviar una nueva Tarjeta sanitaria al domicilio del Asegurado/a que figura en la póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado/a se obligan a devolver a la Aseguradora la Tarjeta Sanitaria correspondiente al Asegurado/a que hubiere causado baja en la póliza.

La Aseguradora no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la Tarjeta Sanitaria.

Igualmente la Aseguradora editará una Guía de Servicios con especificación del Centro de Urgencia Permanente, y con las direcciones y horarios de consulta de los Proveedores de Servicios Sanitarios concertados.

El Asegurado/a, para recibir la asistencia sanitaria incluida en la cobertura de la póliza, podrá elegir libremente entre los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y sanatorios (proveedores asistenciales) que la Aseguradora, en cada momento, tenga concertados en toda España. La Aseguradora editará cada año natural esta relación de proveedores asistenciales agrupados por provincias a través de sus Cuadros Médicos los cuales, para determinadas especialidades, podrán contener un único prestador del servicio. Será obligación del Asegurado/a utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de la Aseguradora la entrega del Cuadro Médico actualizado o bien, consultar los diferentes Cuadros Médicos provinciales actualizados a través de su web: www.seguraixaaadeslas.es/cuadromedico.

La Aseguradora abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia siempre que concurran todos los requisitos y circunstancias establecidos en la Póliza.

ARTÍCULO 8. OTROS DERECHOS DE LA ASEGURADORA

1. Cuando la Aseguradora tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el Tomador del Seguro o el Asegurado/a en la Declaración o Cuestionario de Salud con anterioridad a la suscripción de la póliza, podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro o en su caso al Asegurado/a en el plazo de un mes desde que tuvo el citado conocimiento.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, salvo que el Tomador del Seguro o el Asegurado/a hubiesen actuado con dolo o culpa grave a la hora de declarar el riesgo, en cuyo caso, pierden el derecho a la prestación garantizada.

2. En el caso de agravación del riesgo sobre un contrato ya celebrado:

- La Aseguradora puede, en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo le ha sido declarada por el Tomador del Seguro y/o Asegurado/a, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador del Seguro dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador del Seguro, la Aseguradora puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador del Seguro, otorgándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador del Seguro la rescisión definitiva.
- La Aseguradora igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador del Seguro o en su caso al Asegurado/a dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro y/o el Asegurado/a no hayan efectuado su declaración de agravación del riesgo, y sobreviniera un siniestro, la Aseguradora queda liberado de su prestación si el Tomador de Seguro y/ o el Asegurado/a han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación de la Aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

ARTÍCULO 9. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La puesta a disposición por la Compañía de Seguros de una serie de Proveedores de Servicios Sanitarios que, reuniendo los requisitos exigidos legalmente para el ejercicio de la actividad sanitaria, están interesados en pertenecer al Cuadro Médico y el derecho de libertad de elección de médico/a y de centro sanitario por los Asegurados/as, supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la Aseguradora por los actos de aquellos, sobre los que la Aseguradora no tiene capacidad de control por la prohibición de intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. La Aseguradora es totalmente ajeno a la relación que surja entre el Asegurado/a y los profesionales y/o centros sanitarios.

Entre las coberturas de este contrato de seguro no se halla la responsabilidad civil derivada de la actuación de los Proveedores de Servicios Sanitarios que integran el Cuadro Médico y que prestan la asistencia sanitaria. Para cubrir precisamente ese riesgo los Proveedores de Servicios Sanitarios contratan, en su caso, y por su cuenta, un seguro de responsabilidad civil.

Los Proveedores de Servicios Sanitarios de quienes el Asegurado/a solicita la asistencia, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, la Aseguradora, en ningún caso, responderá de los actos y/u omisiones de los Proveedores de Servicios Sanitarios antes mencionados, siendo la relación entre éstos y los Asegurados/as totalmente ajena a la Aseguradora.

Para la prestación de la asistencia contratada rige el principio general de libertad de elección de facultativos/as de entre los que figuran en el Cuadro Médico. El Asegurado/a se dirigirá directamente al facultativo/a elegido.

ARTÍCULO 10. PERFECCIÓN EFECTOS Y FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

1. El contrato se perfecciona por consentimiento manifestado por la suscripción por las partes contratantes de la póliza o del documento provisional de cobertura. El contrato de seguro y sus modificaciones no tendrán efecto mientras no se haya firmado la póliza y satisfecho el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.

Pagada la prima si en el plazo de quince días no hubiera sido suscrita la Póliza y el Pacto Adicional, la Aseguradora podrá rescindir el contrato con devolución de la prima no consumida.

2. Este contrato ha sido concertado sobre la base de las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y/o el Asegurado/a en el Cuestionario de Salud previo, que han sido tenidas en cuenta por la Aseguradora para aceptar el riesgo y le han servido para fijar la prima.

3. El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con una antelación no inferior a un mes por parte del Tomador y dos meses por parte de la Aseguradora, a la fecha de conclusión del periodo de Seguro en curso.

La Aseguradora, sin embargo, no podrá oponerse a la prórroga desde la fecha de efecto del mismo, con la excepción del supuesto contemplado en el artículo 11-B (indisputabilidad) y en los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del Tomador del Seguro y/o Asegurado/a, así como de la existencia de dolo o culpa grave del Asegurado/a en las respuestas inexactas proporcionadas en el Cuestionario de Salud.

La renuncia de la Aseguradora a su derecho de rescisión del contrato se condiciona a la aceptación por el Tomador del Seguro de la variación anual de primas futuras, calculadas y comunicadas conforme a los criterios técnicos expuestos en el artículo 13 del presente contrato y a la aceptación de la variación anual de prestaciones, garantías, copagos y franquicias que se determinen y comuniquen conforme a los criterios expuestos en el artículo 13 del mismo.

4. Durante la asistencia o tratamiento en régimen hospitalario del Asegurado/a y hasta la fecha en que obtuviera el alta médica hospitalaria, la Aseguradora no podrá rescindir la póliza, salvo renuncia del Asegurado/a a seguir el tratamiento.

ARTÍCULO 11. PERDIDA DE DERECHOS, RESOLUCIÓN DEL CONTRATO INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO Y NULIDAD DEL MISMO

A) PERDIDA DE DERECHOS Y RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El Asegurado/a pierde el derecho a la prestación garantizada:

a) En caso de inexactitud por parte del Tomador del Seguro o, en su caso, del Asegurado/a, a la hora de declarar el riesgo (cumplimentar el Cuestionario de Salud) antes de la suscripción de la póliza, ya sea no respondiendo con veracidad, ya sea ocultando de manera consciente circunstancias relevantes, ya sea no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se le pidan y siempre y cuando haya mediado dolo o culpa grave del Tomador del Seguro o, en su caso, del Asegurado/a (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

b) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima en los términos y con los efectos que se indican en el artículo 4 de este contrato, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

c) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado/a o del Tomador del Seguro (artículo 19 de la Ley de Contrato de seguro).

d) Resto de causas legalmente previstas.

En la presente póliza, no existe derecho de rehabilitación de la misma, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro.

B) INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

1. La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado/a transcurridos dos años desde la perfección del contrato.

2. En el momento en que la póliza deviene indisputable, la Aseguradora pierde el derecho a resolver el contrato por esta causa señalada anteriormente y, en caso de siniestro, a negar la prestación o reducirla proporcionalmente, alegando la existencia de enfermedades preexistentes consecuencia de la declaración errónea o inexacta del Tomador y/o Asegurado/a al cumplimentar el Cuestionario de Salud, **salvo que el Tomador del seguro y/o Asegurado/a hayan actuado con dolo.**

3. Si se hubiese practicado reconocimiento médico o cuando así se reconozca en las Condiciones Particulares, la póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado/a y la Aseguradora no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que, de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento, se haga alguna salvedad en las Condiciones Particulares de la póliza, **o el Asegurado/a, actuando con dolo o culpa grave, haya cumplimentado el Cuestionario de Salud con reservas o inexactitud.**

C) NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley de Contrato de Seguro, si en el momento de su conclusión ya hubiere ocurrido el siniestro.

ARTÍCULO 12. INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

1. Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos

El responsable del tratamiento de sus datos personales es SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros ("SegurCaixa Adeslas") con NIF A28011864 y domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid.

SegurCaixa Adeslas ha nombrado un Delegado de Protección de Datos ante el cual podrá poner de manifiesto cualquier cuestión relativa al tratamiento de sus datos personales dirigiéndose al correo electrónico dpd@segurcaixaadeslas.es, o por escrito a la sede social con la referencia "Delegado de Protección de Datos".

2. Finalidad del tratamiento de datos personales Tratamientos obligatorios

SegurCaixa Adeslas, en su condición de aseguradora, trata datos personales, de manera automatizada y no automatizada, de distintos colectivos de afectados (Tomadores, Asegurados/as, beneficiarios/as, terceros, en adelante todos ellos interesados) con la finalidad de dar cumplimiento a las pólizas de seguro emitidas y sus obligaciones legales como entidad aseguradora. Esto incluye, entre otros, tratamientos como la gestión de siniestros, abono de prestaciones, y otros tratamientos necesarios para el desarrollo de la actividad aseguradora y cálculo de prima, entre otros.

Asimismo, para llevar a cabo las actualizaciones económicas de la póliza la Aseguradora podrá tratar los datos, tanto del Tomador como de los Asegurados/as incluidos en la póliza, bien proporcionados por éstos o, en su caso, por aquel, como datos sociodemográficos procedentes de fuentes públicas, así como los obtenidos con ocasión del desarrollo de la relación de seguro.

Antes de formalizar cualquier póliza de seguros se solicitarán una serie de datos personales que serán tratados con la finalidad de realizar una simulación de la misma. El resultado de esta simulación dependerá de las condiciones personales de los Asegurados/as y del producto o productos que deseen contratar y será realizado conforme a criterios de técnica actuarial. Para realizar esta simulación es necesario llevar a cabo un perfilado utilizando para ello, tanto los datos que nos facilite como datos obtenidos de fuentes públicas, a fin de que el cálculo resulte lo más ajustado posible a la situación personal del interesado.

Los datos personales recabados por SegurCaixa Adeslas también podrán ser utilizados para la realización de encuestas de calidad, extracción de estadísticas y/o estudios de mercado.

Adicionalmente SegurCaixa Adeslas podrá tratar datos personales para dar cumplimiento a cualquier obligación legal que le incumba, específicamente obligaciones relacionadas con la regulación del mercado de seguros, los mercados financieros, la normativa mercantil y tributaria o la regulación de la prestación de servicios de asistencia sanitaria, entre otras.

En particular, resulta obligatorio adoptar medidas efectivas para, prevenir, impedir, identificar, detectar, informar y remediar conductas fraudulentas relativas a seguros. Para ello SegurCaixa Adeslas podrá tratar los datos de sus clientes, potenciales clientes o de terceros, incluyendo datos especialmente protegidos y datos obtenidos de fuentes públicas o datos que los propios interesados hayan hecho públicos, especialmente aquellos que puedan encontrarse en redes sociales.

TRATAMIENTOS VOLUNTARIOS

También se podrán realizar otros tratamientos de datos personales que no responden a la necesidad de ejecutar un contrato o cumplir con una obligación legal y a los que el interesado podrá oponerse.

Así, siempre y cuando el interesado no se oponga y mantenga algún tipo de relación directa con SegurCaixa Adeslas, podrá recibir, por cualquier canal de comunicación, incluidos medios electrónicos, información sobre ofertas o promociones relativas a los productos contratados y sobre otros comercializados por SegurCaixa Adeslas que puedan ser de su interés. Para ello, se podrán analizar sus datos personales a fin de elaborar un perfil con los mismos que permita que dichas comunicaciones se ajusten todo lo posible a sus necesidades y preferencias. En este análisis se podrán tener en cuenta datos demográficos y de productos contratados con SegurCaixa Adeslas.

Asimismo, y en caso de que el interesado hubiese prestado específicamente el consentimiento, se podrán comunicar sus datos a la entidad financiera CaixaBank, S.A., con NIF A08663619 y domicilio en carrer Pintor Sorolla, 2-4 46002 València, y a las empresas del Grupo “la Caixa”, cuyas actividades formen parte del sector asegurador, bancario, de servicios de inversión, tenencia de acciones, capital riesgo, inmobiliario, viarias, de venta y distribución de bienes y servicios, ocio, servicios de consultoría y benéfico-sociales, todo ello con la finalidad de que puedan dirigirle, mediante cualquier medio de comunicación (postal, telefónico, electrónico, etc.), información comercial de sus productos y servicios.

PLAZO DE CONSERVACIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

Los datos personales de los clientes serán conservados mientras permanezca vigente la relación contractual con el objetivo de dar cumplimiento a las finalidades ya descritas. Una vez finalice la relación contractual estos datos serán bloqueados durante el periodo en el que puedan ser necesarios para el ejercicio o la defensa en el marco de acciones administrativas o judiciales y solo podrán ser desbloqueados y tratados de nuevo por este motivo. Superado este periodo los datos serán cancelados.

Los datos personales de terceros recabados con ocasión de la gestión de un siniestro serán conservados en tanto dure dicha gestión. Una vez finalizada la misma serán bloqueados durante el periodo que resulte necesario para atender a posibles reclamaciones derivadas del siniestro. Superado este periodo los datos serán cancelados.

3. Destinatarios de los datos personales (cesiones de datos)

SegurCaixa Adeslas trata los datos personales de los interesados con la debida confidencialidad no realizando cesiones de datos a terceros salvo las indicadas a continuación y para las siguientes finalidades:

- Cumplir con los términos de las pólizas de seguro, a través de prestadores de servicios relacionados con las coberturas del seguro, entidades de seguros, reaseguro y/o coaseguro u otras entidades colaboradoras (centros y profesionales sanitarios, talleres de reparación de vehículos, profesionales o empresas de reparaciones domésticas, peritos u otros profesionales análogos), con la única finalidad de gestionar el contrato de seguro, atender, en su caso, los siniestros, así como a través de entidades financieras para girar al Tomador el recibo correspondiente a la prima u otros pagos que le corresponda realizar derivados del contrato de seguro.
- Cumplir con obligaciones legales con Administraciones, Autoridades y Organismos Públicos, incluidos Juzgados y Tribunales, cuando así lo exija la normativa reguladora del Mercado de Seguros, financiera, fiscal o cualquier otra aplicable a SegurCaixa Adeslas.
- Cumplir con el consentimiento prestado específicamente por el interesado para facilitar sus datos a CaixaBank, S.A. y las empresas del Grupo “la Caixa” con la finalidad indicada en el apartado de tratamientos voluntarios del epígrafe 2. “Finalidad de tratamiento de datos personales”.

También podrán tener acceso a datos personales los proveedores de servicios con los que SegurCaixa Adeslas mantenga una relación contractual y tengan la condición de encargados de tratamiento.

4. Derechos del interesado en relación con el tratamiento de sus datos personales

El interesado podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos en los casos y con el alcance que establezca la normativa aplicable en cada momento.

También tiene derecho a retirar el consentimiento a los tratamientos voluntarios si lo hubiera prestado y/u oponerse a recibir comunicaciones comerciales.

Para ejercer estos derechos podrá dirigirse a SegurCaixa Adeslas por alguno de los siguientes canales:

- Correo postal adjuntando fotocopia de su D.N.I. o documento equivalente dirigido a: “Tramitación Derechos de Privacidad” en el Paseo de la Castellana 259C - 6ª Planta – Torre de Cristal, 28046 Madrid.
- Dirigiéndose presencialmente a cualquiera de las delegaciones de SegurCaixa Adeslas.

Se le informa, asimismo, de su derecho a presentar una reclamación derivada del tratamiento de sus datos personales ante la Agencia Española de Protección de Datos.

Si tiene cualquier duda en relación con el ejercicio de sus derechos puede contactar con el Delegado de Protección de Datos de SegurCaixa Adeslas. Encontrará los datos y canales de contacto en el apartado 1. “Responsable del tratamiento de datos personales y Delegado de Protección de Datos”.

5. Origen de los datos

Los datos de los interesados pueden ser facilitados a SegurCaixa Adeslas por el propio interesado o el Tomador de la póliza de seguro en cualquier momento de la relación (precontractual y contractual) con SegurCaixa Adeslas con las finalidades que se describen en el apartado 2. “Finalidad del tratamiento de datos personales”. Además, en el marco de la gestión de las pólizas suscritas y, en su caso, la atención de siniestros, se pueden recibir datos personales de los Tomadores, Asegurados/as y terceros, incluso a través de las entidades prestadores de los servicios objeto de cobertura por las pólizas (centros y profesionales sanitarios, talleres de reparación de vehículos, profesionales o empresas de reparaciones domésticas, peritos u otros profesionales análogos).

El interesado será responsable de la exactitud y veracidad de los datos personales facilitados a SegurCaixa Adeslas quien se reserva el derecho de rectificar o suprimir los datos falsos o incorrectos sin perjuicio de tomar otras acciones legales oportunas en cada caso. Cuando los datos facilitados correspondan a un tercero, el interesado tendrá la obligación de informar y obtener el consentimiento del tercero sobre los tratamientos descritos en el presente texto.

Como ya se ha indicado, se tratan también datos obtenidos de fuentes públicas de Organismos Oficiales con la finalidad de complementar la información facilitada por el interesado durante el proceso de contratación del seguro.

También, como ya se ha indicado, se podrán tratar datos hechos públicos por los interesados con la finalidad de adoptar las medidas que sean necesarias para prevenir conductas fraudulentas relativas a seguros. En particular SegurCaixa Adeslas podrá tratar datos obtenidos de perfiles públicos en redes sociales de los interesados con esta finalidad.

ARTICULO 13. BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRIMAS, GARANTÍAS Y PRESTACIONES

La Aseguradora, cada nueva anualidad de seguro, podrá:

Actualizar el importe de las Primas.

Actualizar el importe correspondiente al copago o participación del Asegurado/a en el coste de los servicios.

Actualizar el importe de las Franquicias.

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la Prima anual se establecerá de acuerdo con la zona geográfica correspondiente al domicilio de la prestación y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de Primas que la Aseguradora tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las Primas.

Estas actualizaciones de Primas, copagos y franquicias se fundamentarán en los cálculos técnicoactuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financieroactuarial del Seguro, del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato u otros hechos de similares consecuencias.

Dos meses antes de la renovación del seguro la Aseguradora comunicará por escrito al Tomador de la póliza la prima prevista para la próxima anualidad.

El Tomador del Seguro al recibir la notificación de estas actualizaciones de Primas, copagos y franquicias para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del Contrato de Seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente a la Aseguradora su voluntad en tal sentido.

Se entenderá renovado el contrato con las nuevas condiciones económicas, en el caso de que el Tomador no comunique a la Aseguradora su voluntad de poner término al contrato antes de que haya transcurrido un mes, desde el día en que el Tomador haya satisfecho la primera prima de la anualidad siguiente en la que regirán las nuevas condiciones económicas.

ARTÍCULO 14. PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse.

ARTÍCULO 15. COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

15.1. Las comunicaciones a la Aseguradora por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado/a, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la Póliza, pero si se realizan a un agente representante de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, conforme el artículo 21 de la Ley.

Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro o al Asegurado/a, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a aquélla.

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

15.2. Será juez/a competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado/a.

ARTÍCULO 16. ESTADO Y AUTORIDAD DE CONTROL DE LA ASEGURADORA

El control de la actividad de la Aseguradora corresponde al Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

ARTÍCULO 17. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN Y CONTRATACIÓN A DISTANCIA

1. El Tomador del Seguro, el Asegurado/a, el beneficiario/a, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas de la Aseguradora que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de Seguro.

A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia, la Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando éstas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitadas para tal fin, los datos de contacto de este servicio son: Torre de cristal, Paseo de la Castellano 259C, 28046 Madrid.

El SAC acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de presentación de la misma.

2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

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.



ORS43_E017_279_2021



900 100 197 · 935 668 340
www.adeslas.es

SegurCaixa Adeslas, S.A. de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en el Paseo de la Castellana, 259 C (Torre de Cristal), 28046 Madrid, con NIF A28011864, e inscrita en el R. M. de Madrid, tomo 36733, folio 213, Hoja M-658265.