

Asefa Salud Base

CONDICIONES GENERALES



CONDICIONES GENERALES

Asefa Salud Base

CLÁUSULA PRELIMINAR	3
Artículo 1. Definiciones	3
Artículo 2. Objeto de seguro	5
Artículo 3. Forma de prestar los servicios	10
Artículo 4. Departamento de Atención al Cliente	12
Artículo 5. Periodos de carencia	12
Artículo 6. Formalización del contrato y duración del seguro	12
Artículo 7. Pago de primas	13
Artículo 8. Otras obligaciones y deberes del Tomador y/o Asegurado	14
Artículo 9. Facultades del Tomador y/o Asegurado	15
Artículo 10. Otras obligaciones del Asegurador	16
Artículo 11. Facultades del Asegurador	16
Artículo 12. Pérdida de derechos, indisputabilidad del contrato y nulidad del mismo ..	17
Artículo 13. Comunicaciones	18
Artículo 14. Jurisdicción y prescripción	19
Artículo 15. Base de cálculo y actualización anual de primas	19
Artículo 16. Actualización anual de garantías-prestaciones	20
Artículo 17. Tratamiento y cesión de los datos personales	20
Artículo 18. Ámbito del seguro	22
Artículo 19. Exoneración de responsabilidad	22
Garantía Complementaria Dental	22

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, Particulares, Especiales y Suplementos o Apéndices 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. Asimismo, las partes quedan sometidas a las prescripciones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

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, las Particulares y Especiales, además de los Suplementos o Apéndices que se emitan.

ARTÍCULO 1º. DEFINICIONES

A los efectos del presente contrato se entenderá por:

PÓLIZA: Es el Contrato de Seguro. Documento escrito que contiene las Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales y los Suplementos o Apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

La Solicitud de Seguro y la Declaración de Salud forman también parte de la póliza.

ASEGURADOR: La persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado. En este contrato ASEFA, S.A., Seguros y Reaseguros, inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número C- 715, y con C.I.F. A-08171605.

TOMADOR DEL SEGURO: La persona física o jurídica que suscribe el contrato, y al que le corresponden las obligaciones que del mismo se derive, salvo que por su naturaleza, deban ser cumplidas por el Asegurado.

GRUPO ASEGURABLE: Conjunto de personas físicas delimitadas por alguna característica común distinta de la intención de asegurarse, cada una de las cuales, cumplen las condiciones legales para ser Asegurado.

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

SINIESTRO: Todo hecho cuyas consecuencias estén cubiertas, total o parcialmente, por alguna de las garantías de la póliza.

Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de asistencias sanitarias derivadas de una misma causa.

MODALIDAD ACTO MÉDICO: Tipo de Seguro definido por poner a disposición del Asegurado un cuadro médico constituido por un amplio número de Proveedores de servicios sanitarios de libre elección para el Asegurado.

MODALIDAD PAGO CAPITATIVO: Tipo de Seguro definido por poner a disposición del Asegurado un cuadro médico constituido por un número reducido de Proveedores de servicios sanitarios a los que puede acudir el Asegurado.

PLAZO DE CARENCIA: Período de tiempo computado a partir de la fecha de efecto del Contrato de Seguro, 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 incluidos en ella, durante el cual el Asegurador puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores o preexistentes del Asegurado que éste no declaró en el Cuestionario de Salud. Transcurrido dicho plazo, el Asegurador sólo tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o Asegurado hayan actuado dolosamente omitiendo intencionadamente en el Cuestionario de Salud de dichas enfermedades anteriores o preexistentes.

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

ENFERMEDAD: Toda alteración del estado de salud del Asegurado, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico 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 en el Seguro y que es percibida por el Asegurado a través de signos o síntomas antes de la fecha de su incorporación en la póliza.

CONDICIÓN MÉDICA PREEXISTENTE: Aquel estado o condición de la salud, no necesariamente patológica (por ejemplo embarazo o gestación) que se inicia con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza.

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

FRANQUICIA: Importe a abonar por el Tomador del Seguro 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.

PROVEEDORES DE SERVICIOS SANITARIOS: Profesionales y centros sanitarios concertados con el Asegurador de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médica y quirúrgica en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de la póliza y de acuerdo con lo establecido en las presentes condiciones generales.

GUÍA DE SERVICIOS: Relación de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por ASEFA, a los que el Asegurado puede acudir.

CUESTIONARIO O DECLARACIÓN DE SALUD: Formulario de preguntas, que forma parte del Contrato de Seguro, facilitado por el Asegurador al Tomador y/o Asegurado y cumplimentado y firmado por éste antes de la formalización de la Póliza, 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.

URGENCIA: Es aquella situación del Asegurado 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 entrañe un inminente y grave riesgo para la vida del Asegurado, y que requiera de una inmediata y inaplazable (en pocas horas) atención médico sanitaria.

ARTÍCULO 2°. OBJETO DEL SEGURO

2.1.- Riesgos cubiertos:

Por el presente contrato, dentro de los límites y condiciones estipulados en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos o Apéndices de Póliza que se emitan, y mediante la aplicación de la prima que en cada caso corresponda, el Asegurador se obliga a poner a disposición del Asegurado una serie de profesionales sanitarios, de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médica en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en aquellas especialidades y modalidades que figuran en las Condiciones Especiales indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza. La cobertura de todo ello, queda circunscrita a los límites detallados en dichas Condiciones Especiales, al Cuestionario de declaración del riesgo, así como a los límites detallados en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El derecho de libertad de elección de médico y de centro sanitario por los Asegurados dentro de los que figuran como proveedores sanitarios, supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de ASEFA por los actos de aquéllos, sobre los que ASEFA no tiene capacidad de control por la prohibición de intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. ASEFA, es totalmente ajena a la relación que surja entre el Asegurado 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 médicos que integran el cuadro de profesionales que prestan la asistencia sanitaria.

El Asegurador se hará cargo, siempre que se cumplan las condiciones establecidas en esta Póliza, del coste de la asistencia sanitaria que los mencionados profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados presten a los Asegurados.

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador 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 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 condiciones médicas preexistentes y sus consecuencias, así como 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 en la Póliza y fuesen conocidas por el Tomador del Seguro o Asegurado, aun cuando no se hubiera establecido un diagnóstico concreto, y no se hubieran declarado.**

Quedan a salvo de esta exclusión dichas enfermedades, lesiones, condiciones médicas, defectos o deformaciones cuando hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en el Cuestionario de Salud y expresamente aceptada su cobertura por el Asegurador en Condiciones Particulares. Asimismo, esta exclusión no afectará a los Asegurados 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 causados 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 la práctica como aficionado o profesional de actividades o deportes de alto riesgo como: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, quad, hípica, parapente, puenting, barranquismo, toreo y encierro de reses bravas, deportes de aventura u otra práctica manifiestamente peligrosa, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.**

- 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.
- 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 las Condiciones Especiales de la póliza). Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización y también queda excluido todo tipo de vacunas y autovacunas (salvo los detallados en las condiciones Especiales de la Póliza).
- 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. Los internamientos hospitalarios de cualquier tipo y por cualquier causa.
- j. 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 psicológicas). Quedan asimismo excluidos los tratamientos de varices con fin estético, las curas de adelgazamiento y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los tratamientos capilares.
- k. El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos, la psicoterapia individual o en grupo, la rehabilitación psicossocial o neuropsiquiátrica y cualquier método de asistencia psicológica (salvo los detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza).
- l. La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar, así como los ingresos hospitalarios derivados de procesos terminales. Queda excluido igualmente la hospitalización psiquiátrica, salvo en casos de brotes agudos.
- m. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto los indicados en las Condiciones Especiales de la Póliza. La Aseguradora no se hace cargo de la conservación, traslado y del órgano a trasplantar.

- n. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, cualquier tipo de material ortopédico, materiales biológicos y sintéticos, injertos y el corazón artificial; salvo las que figuran expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza que figura en las Condiciones Particulares. Se excluyen de la cobertura los expansores de la piel y los implantes de columna.
- o. La Tomografía por Emisión de Positrones (PET), salvo lo detallado en las Condiciones Especiales de la Póliza.
- p. La Medicina Regenerativa, Biológica, la Inmunoterapia así como cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia genética, estudios para la determinación del mapa genético y cualesquiera otra técnica genética, con la exclusiva excepción de aquellas que figuren expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza que figura en las Condiciones Particulares.
- q. Los tratamientos médico-quirúrgicos de la roncopatía y de la apnea obstructiva del sueño.
- r. Las terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, homeopatía, quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente. Además quedan excluidos los tratamientos médico-quirúrgicos con técnicas de radiofrecuencia.
- s. 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 Especiales de la Póliza.
- t. 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 y no haya existido autorización previa del Asegurador para su uso.
- u. Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia del acompañante en la clínica, así como otros gastos no indispensables para la necesaria asistencia hospitalaria.
- v. Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo que se administren al paciente mientras está hospitalizado como consecuencia de una intervención quirúrgica.
- w. La Cirugía robótica y los tratamientos que usan láser, salvo los detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza.

- x. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional, la rehabilitación en enfermedades crónicas del aparato locomotor cuando se hayan estabilizado las secuelas, así como la rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen. Queda excluida la estimulación precoz.
- y. Los tratamientos de logopedia y foniatría salvo en aquellos casos que figuran expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza.
- z. Tratamientos de diálisis y hemodiálisis salvo en aquellos casos que figuran expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza que figura en las Condiciones Particulares.
 - aa. 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 fuera de los límites detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza.
 - bb. Cirugía de cambio de sexo.
 - cc. Los gastos de viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios.
 - dd. Las estancias, asistencias y tratamientos en centro no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, centros spa, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, descanso y los tratamientos dietéticos.
 - ee. 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 o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consistan en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo aunque sean prescritos por un facultativo.
 - ff. Cualquier tipo de acto quirúrgico o intervención al que sea sometido el Asegurado ya sea en un Centro Sanitario como en la propia consulta del facultativo.

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 de la Guía de Servicios, debiendo presentar para identificarse una tarjeta sanitaria, un cheque-asistencia personal del Asegurado u otro documento acreditativo.

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará preferentemente en la provincia donde resida el Asegurado. La que no fuera posible efectuar en su provincia, se prestará preferentemente en el lugar más próximo al del domicilio del Asegurado, donde se disponga de Cuadro Médico que preste dichos servicios, respetando siempre la libertad de elección del Asegurado. Los gastos de desplazamiento serán siempre a cargo del Asegurado.

La Aseguradora no se hace responsable de honorarios de facultativos no incluidos en la Guía de Servicios de la misma, ni de los gastos de internamiento sanatorial o servicios que los mismos pudieran prescribir u ordenar. Asimismo, la Aseguradora no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con la Aseguradora, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos salvo que la Aseguradora hubiera autorizado previamente los mismos.

Los datos actualizados de los facultativos se encuentran en las instalaciones de la Aseguradora a disposición del Asegurado.

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. **En cualquier caso no se incluye en las coberturas del presente seguro el internamiento en los centros como consecuencia de dicha urgencia.**

El servicio de urgencia de carácter domiciliario se garantiza en aquellas poblaciones en las que la Entidad tenga concertado dicho servicio.

3.3.- Autorizaciones

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. **Requerirán Autorización previa los actos terapéuticos, los medios de diagnóstico complejos y la Medicina detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza.**

Las prestaciones sanitarias que requieren la Autorización expresa previa por parte del Asegurador deberán ser ordenadas por escrito por un médico incluido en la Guía de Servicios de la Entidad, siendo necesario en el caso en que así lo requiera la Entidad, además de la citada prescripción acompañar un informe del médico prescriptor. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un centro concertado con la Entidad y el motivo de la prestación estar incluido entre los servicios cubiertos por la póliza. Una vez otorgada la Autorización, vinculará económicamente a la Entidad dentro de los límites detallados en la misma, 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 asistencia de urgencia será suficiente, a estos efectos, la orden del médico concertado con la Entidad ya que los ingresos se encuentran excluidos de la cobertura de la póliza.**

3.4.- Hospitalización

La Entidad no se hará cargo de los gastos de Hospitalización en Centros Sanitarios.

3.5.- Asistencia domiciliaria

Con respecto a las visitas domiciliarias, la Entidad se obliga a prestar los servicios únicamente en el domicilio del Asegurado que figura en la póliza, siempre y cuando esté concertado dicho servicio por la Entidad en esa zona; cualquier cambio del mismo habrá de ser notificado al Asegurador por cualquier medio fehaciente, con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio. La Entidad se obliga a emitir el correspondiente suplemento.

Se podrá solicitar un servicio a domicilio cuando, por el estado de salud del enfermo, el desplazamiento a una consulta o centro hospitalario es médicamente desaconsejable.

3.6.- Libertad de elección de médico

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

3.7.- Franquicias

El Asegurado abonará los cheques-asistencia a los precios establecidos por ser una Póliza de participación del Asegurado en el coste de los servicios que utilice.

El importe de las franquicias y de las participaciones en el coste de los servicios podrá ser actualizado por el Asegurador de conformidad con lo establecido en las presentes Condiciones Generales de la Póliza.

ARTÍCULO 4°. DEPARTAMENTO DE ATENCION AL CLIENTE

En aplicación a lo dispuesto en la Ley 44/2002 y en la Orden que la desarrolla 734/2004, esta Compañía dispone del “Servicio de Atención Al Cliente”, donde el Tomador del Seguro o en su defecto una persona legitimada, podrá presentar sus reclamaciones. Medios de reclamación:

- a) **Departamento de Atención al cliente:** En las oficinas del Asegurador existe un Departamento de Atención al Cliente en el que se podrán realizar las consultas y reclamaciones que el cliente estime oportunas.
- b) **Comisionado para la Defensa del Cliente en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones,** conforme al procedimiento que establece el Reglamento de Ordenación de los Seguros Privados y la Orden ECO/734/2004.

Jurisdicción Ordinaria: Acudir a los Tribunales de Justicia sometiendo a los mismos la reclamación producida.

ARTÍCULO 5°. PERÍODOS DE CARENIA

1. Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma el Asegurador serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato para cada uno de los Asegurados que se vayan incorporando a ella.
2. **Se exceptúan del principio general anterior los siguientes servicios:**
 - a. **Los servicios detallados en el apartado “Medios de Diagnóstico Complejos” de las Condiciones Especiales de la póliza tendrán un periodo de carencia de tres a seis meses.**
 - b. **Todos los tratamientos terapéuticos detallados en la descripción de la cobertura de la póliza que se encuentran en las Condiciones Especiales de la Póliza tendrán un periodo de carencia de tres a seis meses, según detalle expuesto en el Anexo de Servicios.**
 - c. **Los servicios detallados dentro del apartado de las Condiciones Especiales de la Póliza de Medicina Preventiva tendrán un periodo de carencia de tres meses.**
3. **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.**
4. **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°. FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

- 1.- Este contrato ha sido concertado de acuerdo a las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el Cuestionario de Salud previo, que han sido tenidas en cuenta por el Asegurador para aceptar el riesgo y le han servido para fijar la prima.
- 2.- El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por períodos no superiores al año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con una antelación no inferior a dos meses respecto de la fecha de conclusión del período en curso.

El Asegurador no podrá oponerse a la prórroga después del tercer vencimiento anual de la Póliza, con la excepción de los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del Tomador del Seguro y/o Asegurado y de existencia de dolo o culpa grave del Asegurado en las respuestas inexactas proporcionadas en el Cuestionario de Salud.

La renuncia del Asegurador a su derecho de rescisión del contrato se condiciona a la aceptación por el Tomador de Seguro de la variación anual de primas futuras, que se calculan y comunican conforme a los criterios técnicos expuestos en el artículo 15 de este contrato y de la variación anual de prestaciones y garantías que se determinan y comunican conforme a los criterios expuestos en el artículo 16 del mismo.

- 3.- Durante la asistencia o tratamiento en régimen hospitalario del Asegurado y hasta la fecha en que obtuviera el alta médica hospitalaria, el Asegurador no podrá rescindir la Póliza, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.
- 4.- El contrato de seguro y sus modificaciones no tendrán efecto mientras no se haya firmado la póliza y abonado el primer recibo de prima, salvo que se establezca pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

ARTÍCULO 7°. PAGO DE PRIMAS

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 dando la orden oportuna al efecto. 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 a pagarla. En este caso, se notificará el impago al Tomador del Seguro por carta certificada.

Si la Entidad dejase transcurrir el mes siguiente al vencimiento sin haber presentado el recibo al cobro o, al hacerlo, no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquella 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 pueda 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 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, el Asegurador 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, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.
3. En caso de falta de pago de la segunda y/o sucesivas primas, la cobertura del Asegurador 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, 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 legalmente autorizados.

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del seguro el Recibo de prima emitido por el Asegurador.

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

ARTÍCULO 8°. OTRAS OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado, tiene las siguientes obligaciones:

1. Declarar al Asegurador, 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. 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 de estado de salud que completó antes de la perfección del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el Asegurado. En tales circunstancias el Asegurador podrá proponer una modificación de las condiciones del contrato o rescindir el mismo si se rechaza la propuesta por el Tomador del Seguro.

3. Comunicar al Asegurador, el cambio de domicilio del Asegurado. Si el cambio de domicilio supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en el apartado 2 anterior; si por el contrario supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el apartado 2 del artículo siguiente.
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 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.
5. Los hijos recién nacidos tendrán derecho de ser incluidos en la Póliza desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador del Seguro 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 todos los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
7. Facilitar la subrogación que a favor del Asegurador 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 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 ni contra otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo, que convivan con el Asegurado.

8. Acreditar ante cualquier facultativo o centro sanitario de la Guía de Servicios su condición de Asegurado, mediante la presentación del carnet de la Compañía. Igualmente estará obligado a mostrar su Documento Nacional de Identidad o, en su caso, documento oficial identificativo (pasaporte, NIE etc.) si le fuese requerido.

ARTÍCULO 9º. FACULTADES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

1. 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 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 podrán, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan 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.

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 10°. OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

Además de asumir el coste de la asistencia sanitaria que los profesionales, centros y servicios sanitarios concertados, presten a los Asegurados, 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 de Salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro.

El Asegurador también entregará a cada Asegurado el carnet, que es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador y/o el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, el Asegurador procederá a emitir y enviar un nuevo carnet al domicilio del Asegurado que figura en la póliza.

Asimismo, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado se obligan a devolver al Asegurador el carnet correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.

El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta del carnet. Igualmente el Asegurador entregará al Tomador del Seguro una Guía de Servicios con especificación del Centro de Urgencia Permanente, y con las direcciones y horarios de consulta de los profesionales, centros y servicios sanitarios concertados.

ARTÍCULO 11°. FACULTADES DEL ASEGURADOR

1. **Cuando el Asegurador tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el Tomador del Seguro o el Asegurado 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 en el plazo de un mes desde que tiene el citado conocimiento.**

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador 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 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:

- El Asegurador 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, 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, el Asegurador 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.
- El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador del Seguro o en su caso al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hayan efectuado su declaración de agravación del riesgo, y sobreviniera un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador de Seguro y/ o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

ARTÍCULO 12º. PÉRDIDA DE DERECHOS, INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO Y NULIDAD DEL MISMO

A) PÉRDIDA DE DERECHOS.

El Asegurado 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 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 (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

- b) **En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo hubieran comunicado al Asegurador, y hubieran actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley de Contrato de Seguro).**
- c) **Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).**
- d) **Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado o del Tomador del Seguro (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).**

B) INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

- 1.- La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado transcurridos dos años desde la conclusión del contrato.
- 2.- En el momento en que la póliza deviene indisputable, el Asegurador pierde el derecho a resolver el contrato 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 al cumplimentar el Cuestionario de Salud, salvo que el Tomador del Seguro y/o Asegurado 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 y la Entidad 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, actuando con dolo o culpa grave, haya cumplimentado el Cuestionario de Salud con reservas o inexactitud.

C) NULIDAD DEL CONTRATO

- 1.- 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.

ARTICULO 13°. COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en la Póliza, pero si se 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 del Seguro, salvo indicación en contrario de éste.

ARTÍCULO 14°. JURISDICCIÓN Y PRESCRIPCIÓN

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

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

ARTÍCULO 15°. BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRIMAS

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

De acuerdo con lo establecido en el artículo 25.3 del Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, **el Asegurador fijará anualmente las primas a aplicar en cada anualidad**, en función de los cálculos técnico actuariales realizados, adaptándolas a la variación de costes de los servicios sanitarios, 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. Dichas primas y franquicias serán comunicadas al Tomador del Seguro antes del vencimiento del periodo de cobertura del seguro en curso.

El Tomador del Seguro, recibida, en su caso, la comunicación escrita del Asegurador relativa a la variación de la cuantía de las primas para la siguiente anualidad, lo que habrá de notificarse con una antelación mínima de dos meses a la fecha de su efectividad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o la extinción del mismo al vencimiento del periodo de seguro en curso. En este último caso, el Tomador del Seguro deberá comunicar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

La aceptación por el Tomador del Seguro de las nuevas condiciones del contrato se entenderá realizada con el pago del primer recibo de prima, correspondiente al nuevo periodo de la prórroga.

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 16°. ACTUALIZACIÓN ANUAL DE GARANTÍAS-PRESTACIONES

La Entidad podrá actualizar anualmente las prestaciones y 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 de la incorporación posterior de nuevas técnicas diagnósticas o terapéuticas y servicios sanitarios que pasen a formar parte de las coberturas de la Póliza como consecuencia de los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica.

El Tomador del Seguro, recibida, en su caso, la comunicación del Asegurador relativa a la inclusión o exclusión de prestaciones y garantías mediante la emisión a tal efecto del suplemento correspondiente, lo que habrá de notificarse con una antelación mínima de dos meses a la fecha de su efectividad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas prestaciones y garantías, o la extinción del mismo al vencimiento del periodo de seguro en curso. En este último caso, el Tomador del Seguro deberá notificar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

El pago del primer recibo correspondiente a la prima del periodo de prórroga en curso supondrá la aceptación por el Tomador del Seguro del conjunto de las nuevas condiciones del contrato de seguro.

ARTÍCULO 17°. 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 ASEFA, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros (en adelante ASEFA) 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 ASEFA 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 ASEFA 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 ASEFA, únicamente de conformidad con lo previsto en la presente cláusula. Los datos personales (incluidos datos de salud) que se reciban en ASEFA de dichos profesionales y centros médicos serán tratados de conformidad con las previsiones contenidas en la presente cláusula, incorporándose en un fichero, responsabilidad de ASEFA, 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 ASEFA, 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 ASEFA, 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 ASEFA, para la realización de los tratamientos de datos previstos en la presente cláusula.
- Para que por parte de ASEFA 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.

El Tomador, en el caso de que se produzca alguna variación en los datos facilitados a ASEFA para su tratamiento de conformidad con lo previsto en la presente cláusula, lo notificará a ASEFA para que por parte de esta 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 titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al domicilio de ASEFA, S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros Avda. Manoterías, 32 Edificio. A 28050, Madrid, o a través de la web www.asefa.es

ARTÍCULO 18°. AMBITO DEL SEGURO

Las garantías del presente seguro se extenderán a la provincia que figure en la dirección de la póliza, salvo lo establecido para la prestación de Asistencia Sanitaria en el extranjero.

ARTÍCULO 19°. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que la Entidad pone a disposición del Asegurado y de quienes éste solicita la asistencia, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, ASEFA en ningún caso, responderá de los actos y/u omisiones de los profesionales, centros y servicios sanitarios antes mencionados, siendo la relación entre éstos y los Asegurados totalmente ajena a ASEFA.

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.

ARTÍCULO PRIMERO - OBJETO DEL SEGURO

La Entidad Aseguradora proporcionará a los Asegurados la asistencia en medicina odontológica y servicios de ortodoncia que figuran en la tabla baremo. La asistencia se prestará a través de los servicios propios o concertados por la entidad. Será necesaria la aceptación por parte del Asegurado del tratamiento protésico y del presupuesto efectuado por el odontólogo o el ortodoncista y el abono de la participación correspondiente en el coste del servicio que se solicita. El Asegurado participará en el coste de los servicios de acuerdo con las cantidades que figuran en la tabla baremo de los servicios garantizados.

Los trabajos de prótesis tendrán una garantía de un año, en caso de desgaste o deterioro a causa de su utilización correcta.

ARTÍCULO SEGUNDO - BASES DEL CONTRATO

Durante la asistencia del Asegurado, y hasta su curación o finalización del tratamiento odontológico, la Entidad Aseguradora no podrá rescindir la póliza. Además de prestar la asistencia asegurada, la Entidad Aseguradora tendrá que entregar al Asegurado la póliza y la dirección de los centros odontológicos y/o de ortodoncia, con sus direcciones con la especificación del teléfono permanente de urgencia.

ARTÍCULO TERCERO - UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

A efectos de este seguro se da por comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación del servicio al especialista.

Al requerir los servicios que sean necesarios, el Asegurado enseñará el último recibo de prima satisfecho, que deberá tener vigencia.

ARTÍCULO CUARTO - URGENCIAS PERMANENTES

En los casos de urgencia, el Asegurado deberá acudir directamente al centro de urgencia permanente establecido, que figura en el anexo de servicios garantizados.

CENTRO DE URGENCIAS PERMANENTE

Urgencias 24 horas
C/ BRUC, 146-148 Bajos
Tfno.: 93 458 00 65 / 93 458 42 73
Barcelona
TELÉFONO DE INFORMACIÓN PERMANENTE 902 11 64 03

ARTÍCULO SÉPTIMO - PERSONAS ASEGURABLES

No podrán contratar la prestación las personas con edad igual o superior a 65 años. Para aquellas personas que cumplan 65 años estando asociadas, la Entidad aceptará la prórroga del seguro siempre y cuando acrediten una antigüedad mínima en el documento de asociación de 10 años.

ARTÍCULO DECIMO QUINTO - PERIODOS DE CARENCIA

Se tendrá acceso inmediato a todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma la Entidad Aseguradora, así como a las visitas de urgencia.

ARTÍCULO DECIMO SEXTO - EXCLUSIONES

La medicación y cualquier otro tipo de prestación o asistencia sanitaria que no figure en la tabla baremo de servicios garantizados, o bien que esté expresamente excluida.

¡Una oficina cerca de ti!

A Coruña

Tel.: 981 160 374
coruna@asefa.es

Lleida

Tel.: 973 280 080
lleida@asefa.es

Sabadell

Tel.: 937 285 900
sabadell@asefa.es

Alicante

Tel.: 965 134 069
alicante@asefa.es

Madrid

Tel.: 917 812 200
madrid@asefa.es

Sevilla

Tel.: 954 467 610
sevilla@asefa.es

Barcelona

Tel.: 932 658 587
barcelona@asefa.es

Madrid O. P.

Tel.: 917 886 740
o.p.madrid@asefa.es

Tarragona

Tel.: 977 252 780
tarragona@asefa.es

Bilbao

Tel.: 944 702 332
bilbao@asefa.es

Málaga

Tel.: 952 363 960
malaga@asefa.es

Valencia

Tel.: 963 152 032
valencia@asefa.es

Badajoz

Tel.: 924 205 201
badajoz@asefa.es

Murcia

Tel.: 968 226 222
murcia@asefa.es

Valladolid

Tel.: 983 363 545
valladolid@asefa.es

Islas Canarias

Tel.: 922 533 444
tenerife@asefa.es

Oviedo

Tel.: 985 963 850
oviedo@asefa.es

Vigo

Tel.: 986 442 134
vigo@asefa.es

Girona

Tel.: 972 225 900
girona@asefa.es

Palma de Mallorca

Tel.: 971 711 440
palma@asefa.es

Zaragoza

Tel.: 976 301 446
zaragoza@asefa.es

Centros especializados en Salud

Madrid

Tel.: 913 196 558
madrid@asefasalud.es

Barcelona

Tel.: 932 651 514
barcelona@asefasalud.es



902 888 356

www.asefasalud.es

Avda. de Manoteras 32, Edificio A 28050 Madrid

40201000201_1