



INSTITUTO SANITARIO, S. A. DE SEGUROS

Domicilio Social: Carrer Nou, nº 46-48

Teléfono: 93.790.22.14

Fax: 93.790.13.32

08301 MATARO

CAPITAL SUSCRITO: 484.848'00 Euros

CAPITAL DESEMBOLSADO: 484.848'00 Euros

Estado miembro del Espacio Económico Europeo de Origen y Prestación de Servicios: ESPAÑA

**AUTORIDAD DE CONTROL: DIRECCION GENERAL DE SEGUROS DEL
MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA. REGISTRADA CON EL Nº C-414**

**AUTORIDAD DE CONTROL EN MATERIA SANITARIA: DIRECCIÓ
GENERAL DE RECURSOS SANITARIS DEL DEPARTAMENT DE
SANITAT I SEGURETAT SOCIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA
REGISTRADA CON EL Nº CAT-20**

RAMO DE ENFERMEDAD

SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

POLIZA DE LIBRE ELECCION DE MEDICO

DEL CUADRO MULTIPLE PROPIO

“POLIZA ISSA-10”

CONDICIONES GENERALES

I. PRELIMINAR

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. del 17 de Octubre de 1980), modificada y ampliada por la Ley 21/1990, de 19 de Diciembre, para adaptar el Derecho Español a la Directiva 88/357/CEE (B.O.E. del 20 de Diciembre de 1990) y por 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 y su Reglamento de 20 de Noviembre de 1998 (B.O.E. 26 de Noviembre de 1998) y sus modificaciones posteriores; por la Ley 26/2006, de 17 de Julio, de Mediación de Seguros Privados (B.O.E. del 18 de Julio de 2006), y por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal (B.O.E. del 14 de Diciembre de 1999).

DEFINICIONES.- A los efectos de este Contrato se entiende por:

1. **ASEGURADOR:** La Entidad INSTITUTO SANITARIO, S. A. DE SEGUROS que asume el riesgo contractualmente pactado.
2. **TOMADOR DEL SEGURO:** La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe el contrato de seguro y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
3. **ASEGURADO:** Cada una de las personas designadas en las **Condiciones Particulares** sobre las cuales se establece el Seguro y que en defecto del Tomador del Seguro asume las obligaciones derivadas del contrato.
4. **POLIZA:** El documento que se entrega al Tomador del Seguro y que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Integran la póliza: a) las Condiciones Generales; b) las Condiciones Particulares que individualizan el objeto y determinan la cobertura del seguro además de contener las restantes indicaciones del mismo y recoger las Cláusulas acordadas entre las partes; c) los Suplementos o Apéndices emitidos para complementar o modificar el contrato, y d) el recibo de prima librado por el Asegurador.
5. **PLAZO DE CARENIA:** El período de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de entrada en vigor del seguro y la toma de efecto de las garantías del mismo.

6. **PRIMA:** El precio del seguro cuyo pago por el Tomador del Seguro se justifica, salvo pacto en contrario, mediante la posesión del recibo librado por el Asegurador. Incluirá, además, los recargos e impuestos que, en cada momento, sean de aplicación legal. La prima del seguro es anual aunque se conceda un aplazamiento o fraccionamiento en su pago.
7. **SINIESTRO:** Toda alteración de salud del Asegurado que precise de especialidades y/o servicios asistenciales de diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico, para las coberturas de riesgo previstas en la póliza y cuya prestación asume el Asegurador.
8. **SERVICIOS:** Cada una de las prestaciones en que se materializa la asistencia médica o quirúrgica cuyo riesgo asume el Asegurador y que figuran descritas como Coberturas Específicas contratadas.
9. **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** Alteración del estado de salud del Asegurado anterior a la fecha de efecto de la póliza.
10. **CENTRO ASISTENCIAL:** Todo establecimiento concertado por el Asegurador para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios materiales y personales adecuados para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.
11. **INTERVENCION QUIRURGICA:** Toda operación mediante incisión, u otra vía de abordaje, interna del paciente, efectuada por un cirujano en un Centro Asistencial y que requiere normalmente la utilización de un quirófano.
12. **HOSPITALIZACION:** Supuesto por el que una persona figure inscrita en un hospital como paciente y que permanezca ingresada más de veinticuatro horas o en régimen de ambulatorio.
13. **URGENCIA:** El proceso que no puede esperar a la atención de los servicios ordinarios del Asegurador para una correcta asistencia.
14. **URGENCIA VITAL:** El proceso de urgencia en el que, a criterio de un facultativo, esté en peligro la vida del Asegurado.

II. ALCANCE DEL SEGURO

CLAUSULA PRIMERA: OBJETO DEL SEGURO.

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la póliza y mediante aplicación de la prima correspondiente, el Asegurador proporcionará al Asegurado la asistencia médica, quirúrgica, y hospitalaria que proceda en las enfermedades que precisen **exclusivamente** de las especialidades y/o servicios asistenciales que se detallan en las Coberturas Específicas contratadas que figuran en la cláusula Segunda de esta póliza.

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro (en adelante, la Ley), el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en el condicionado de la póliza.

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

CLAUSULA SEGUNDA: COBERTURAS ESPECIFICAS CONTRATADAS.

NATURALEZA DEL RIESGO Y ALCANCE DE LA COBERTURA:

Quedan incluidas en las garantías de este seguro los servicios y prestaciones sanitarias siguientes:

- MEDICINA GENERAL, en consultorios.
- PUERICULTURA Y PEDIATRIA DE ZONA para niños menores de catorce años.
- MEDICINA INTERNA.
- CIRUGIA GENERAL.
- CIRUGIA APARATO LOCOMOTOR.
- GINECOLOGIA.
- OBSTETRICIA. Matrona Sanatorio.
- APARATO CIRCULATORIO.
- APARATO RESPIRATORIO.
- APARATO DIGESTIVO. Medicina y Cirugía.

- PUERICULTURA Y PEDIATRIA, incluido el tratamiento de los prematuros con hospitalización en su caso.
- NEUROLOGIA.
- PSIQUIATRIA.
- OFTALMOLOGIA.
- OTORRINOLARINGOLOGIA.
- UROLOGIA.
- DERMOVENERELOGIA.
- NEFROLOGIA. **Sólo visitas.**
- REHABILITACION. **Sólo visitas.**
- HEMATOLOGIA. **Sólo visitas.**
- ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION.
- ODONTOLOGIA. Curas estomatológicas, extracciones y limpieza de boca **excluyendo los empastes, prótesis y ortodoncias.**
- PRACTICANTE. En consultorio, previa prescripción del médico de la Entidad.
- SERVICIO PERMANENTE DE URGENCIA, que se prestará en el Centro que se da a conocer en el carnet del Asegurado.
- ANALISIS CLINICOS, ANATOMOPATOLOGICOS Y BIOLOGICOS.
- RADIOLOGIA. Radioscopias, radiografías, tomografías, ortodiagramas, urografías, cistografías y toda clase de exploraciones radiográficas con fines diagnósticos, incluyendo las exploraciones especiales para las técnicas quirúrgicas señaladas en la Orden Ministerial de 11 de Junio de 1963, tales como ventriculografías, arteriografías, encefalografías, etc.
- MEDIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO. Electrocardiogramas, encefalogramas, electroencefalogramas, metabolismo basal, exploraciones eléctricas y endoscópicas y pruebas funcionales del riñón y del hígado.
- CONTRASTE DE RADIOGRAFIAS Y MEDIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNOSTICO, en régimen hospitalario, quirúrgico y médico.

- TRANSFUSIONES DE SANGRE, a cargo de la Entidad Aseguradora el acto médico de la transfusión en todos los casos, así como la sangre y/o plasma a trasfundir dentro del quirófano, pero no fuera de él salvo en casos de Alta Cirugía Especializada, que serán siempre a cargo de la Entidad en el curso pre y post-operatorio en clínica.
 - ELECTRRADIOTERAPIA. Radioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.
 - OXIGENOTERAPIA. En clínica quirúrgica para intervenciones y partos distócicos y prematuros.
 - ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION. Toda clase de anestésicos prescritas por médico de la Entidad.
 - SANATORIO QUIRURGICO (CLINICA). Las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requiera, serán practicadas en clínicas designadas por la Entidad, ocupando el enfermo habitación individual y siendo de cuenta de la Entidad las estancias, manutención, curas y su material así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y los medicamentos empleados en él. La misma asistencia tendrán los partos diagnosticados como distócicos o prematuros.
 - ALTA CIRUGIA ESPECIALIZADA, que comprende:
 - NEUROCIRUGIA.
 - CIRUGIA CARDIO-VASCULAR.
 - CIRUGIA PULMONAR Y MEDIASTINO.
 - CORRECCION QUIRURGICA DE LA MIOPIA Y TRASPLANTE DE CORNEA. **Excluida la intervención por laser.**
 - MICRO-AUDIOCIRUGIA. Cirugía funcional del oído y timpanoplastias.
 - CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA. **Excluida la cirugía puramente estética.**
 - CIRUGIA MAXILOFACIAL.
 - LA ASISTENCIA SANITARIA QUE EXIJA EL TRATAMIENTO POR ACCIDENTES LABORALES, PROFESIONALES Y LOS AMPARADOS POR EL SEGURO OBLIGATORIO DE AUTOMOVILES
- INSTITUTO SANITARIO, S. A., si existiera un tercero civilmente responsable, quedará subrogado en todos los derechos y acciones del Asegurado o del Tomador del Seguro.**
- VENTILOTERAPIA Y AEROSOLES.
 - ACOMPAÑANTE EN SANATORIO en intervenciones quirúrgicas, pensión completa.

- MEDICACION EN CLINICA, fuera del quirófano, en casos de intervención quirúrgica.
- MEDICACION EN CLINICA EN LOS PARTOS NORMALES.
- PARTO NORMAL EN CLINICA O SANATORIO, asistido por matrona.
- TRASLADO EN VEHICULO ESPECIALIZADO al recién nacido desde su domicilio o Clínica con incubadora al Centro especializado.
- ACOMPAÑANTE EN SANATORIO EN PARTOS NORMALES, pensión completa.
- NURSERIE EN LOS PARTOS NORMALES.
- ASISTENCIA POR TOCOLOGO Y ANESTESISTA en los partos normales en clínica, incluyendo el coste de las drogas anestésicas.
- TRIPLE SCREENING. **(Previa petición por parte del Tocólogo de la Entidad basándose en los protocolos sanitarios actuales).**
- ESTUDIO DEL FETO POR PRUEBA DE AMNIOCENTESIS.
- SERVICIO DE VIGILANCIA PREVENTIVA MINIMA ANUAL DEL RIESGO DE PATOLOGIAS GINECOLOGICAS.
- TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA (SCANNER), como medio complementario de diagnóstico en todos los casos que sea necesario, previa prescripción de un facultativo de la Entidad.
- LASER PARA APLICACIONES OFTALMOLOGICAS.
- RESONANCIA MAGNETICA.
- CAMPIMETRIA BILATERAL COMPUTERIZADA.
- ECOGRAFIAS cardiológicas y ginecológicas.
- ECOGRAFIAS abdominales, urológicas y de partes blandas.
- DENSITOMETRIA OSEA.
- ISOTOPOS RADIATIVOS para el tratamiento o exploraciones de las dolencias que lo precisen por indicación escrita del especialista de la Compañía.

- AMBULANCIAS PARA CASOS DE NECESIDAD URGENTE DENTRO Y FUERA DEL TERMINO MUNICIPAL. (**Distancia máxima 300 Km. en ida y retorno de la Ambulancia**).
- INTERNAMIENTO EN UNIDADES DE VIGILANCIA INTENSIVA para el tratamiento de las enfermedades que lo requieran, así como los, en su caso, necesarios internamientos post-quirúrgicos derivados de la propia intervención, durante un período máximo de 10 días y su consecuente posterior hospitalización en habitación normal individual en el propio centro, durante otro período máximo de 10 días, la permanencia de ingresos quedará limitada a un período máximo de 30 días por año.
- INTERNAMIENTO EN UNIDADES CORONARIAS que exija exclusivamente el tratamiento de enfermedades cardio-vasculares durante un período máximo de 10 días, y su consecuente posterior hospitalización en habitación normal individual en el propio centro durante otro período máximo de 10 días. La permanencia de ingresos quedará limitada a un período máximo de 30 días en los dos conceptos respectivamente por año.
- TRATAMIENTO Y HOSPITALIZACION ONCOLOGICA.
- TRATAMIENTO POR IRIDIUM (Incluyendo en caso necesario su hospitalización y el coste del iridium).
- COBALTOTERAPIA, y en su caso, necesaria hospitalización.
- FISIOTERAPIA Y RECUPERACION FUNCIONAL consecuentes a procesos post-operatorios y traumatológicos.
- ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LAS ARRITMIAS CARDIACAS.
- ANGIOPLASTIA CORONARIA.
- HOSPITALIZACION POR TRATAMIENTO MEDICO PARA CASOS NO QUIRURGICOS. Estancia máxima 12 días.
- CAMA PARA ACOMPAÑANTE EN LA HOSPITALIZACION MEDICA. Estancia máxima 12 días.
- AMBULANCIA, para traslado del Asegurado enfermo, de su domicilio a la Clínica o Centro de Diagnóstico, y viceversa si así procediese, previo volante de un médico de la Entidad, y autorizado en las oficinas de la misma.
- LITOFRAGMENTACION RENAL Y BILIAR EXTRACORPOREA POR ONDAS DE CHOQUE, incluyendo tratamiento y su hospitalización, así como la

cama para el acompañante en el Centro designado por la Entidad, previa prescripción por escrito de un facultativo de la misma.

- TEST DEL ALIENTO.
- ASMA Y ALERGIA, incluidas las pruebas alérgicas que solicite el especialista de la Entidad.
- CLINICA DEL DOLOR: Farmacoterapia, métodos ablativos y estimulativos, laserterapia antiálgica y mesoterapia.
- TRATAMIENTO MEDICO POR TECNICAS DE ACUPUNTURA.
- MEDICINA PREVENTIVA: en general.
- PODOLOGIA: máximo 5 sesiones anuales.
- PSICOLOGIA: máximo 15 sesiones anuales.
- HOMEOPATIA.

CLAUSULA TERCERA: EXCLUSIONES.

I.- Quedan excluidos de la cobertura de este Seguro los riesgos que se describen a continuación:

1. *Las enfermedades, patologías, lesiones o defectos físicos ya existentes en el momento de asegurarse, salvo que se declaren en el cuestionario de salud y sean expresamente aceptadas por el Asegurador.*
2. *Los producidos por acontecimientos extraordinarios de carácter violento tales como conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra o actuaciones de las fuerzas armadas.*
3. *Las epidemias declaradas oficialmente.*
4. *Los causados por fenómenos de la naturaleza tales como terremotos, maremotos, erupciones volcánicas, inundaciones extraordinarias, caídas de cuerpos siderales, etc..*
5. *Los que guarden relación directa o indirecta con explotaciones nucleares o radioactivas que se hallen cubiertos por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.*
6. *Los causados por desafíos, lucha o riña (excepto caso probado de legítima defensa) envenenamiento, autolesiones y tentativa de suicidio, y los que ocurran en estado de embriaguez, toxicomanía y drogadicción.*
7. *Las estancias en asilos, residencias y similares.*
8. *Las curas de reposo, tratamientos balneoterápicos aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros hospitalarios a consecuencia de tratamientos dietéticos para adelgazar o engordar, curas de sueño y terapias de grupo.*
9. *Tratamiento y rehabilitación del alcoholismo, tabaquismo y drogadicción. Las enfermedades consecuentes al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y los internamientos por enfermedades infecto contagiosas.*
10. *La hospitalización fundada en problemas de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.*
11. *Quedan excluidos en todos los casos de hospitalización los siguientes gastos:*

Los gastos por uso de teléfono, televisión y otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.

Los gastos consecuencia de revisiones o tratamientos preventivos.

12. Consecuencias de la práctica profesional o federada de un deporte.

13. Análisis y otras exploraciones que se precisen para la expedición de certificados, emisión de informes y libramiento de cualquier tipo de documento médico que no tenga una clara función asistencial.

II. Prestaciones excluidas salvo que se incluyan expresamente en Condiciones Particulares:

1. Los tratamientos de esterilidad, las hemodialis, las prescripciones y actos quirúrgicos anticonceptivos con sus consecuencias, la psicología terapéutica, y en general cualquier otro servicio que no esté comprendido expresamente en la descripción de la cláusula 1ª, salvo que sea motivo de contratación por el asegurado por suplemento aparte.

2. La planificación familiar y técnicas de reproducción asistida.

3. Todo tipo de prótesis, piezas anatómicas: funcionales y ortopédicas y material de osteosíntesis.

4. El trasplante de órganos, tejidos y precursores hematopoyéticos.

5. Las pruebas de detección precoz de enfermedades congénitas.

6. La medicación, excepto en quirófano.

7. La medicación en tratamientos oncológicos en régimen ambulatorio o en hospital de día.

8. La cama para acompañante en las hospitalizaciones psiquiátricas.

9. Las nuevas técnicas complementarias de diagnóstico o terapéuticas que vayan apareciendo en el espectro asistencial de la medicina. Las que en el futuro vayan probando su eficacia se incorporarán a la cobertura de la Póliza mediante Suplementos en las Condiciones Particulares con revisión de prima si procede.

10. La cirugía y tratamientos estéticos.

CLAUSULA CUARTA: PLAZO DE CARENIA.

- 1.- Como principio general todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el Asegurador serán facilitadas a partir de la fecha de efecto del contrato. No obstante se establecen las excepciones que para las distintas coberturas específicas que pueden ser objeto de contratación se relacionan en el siguiente cuadro general de plazos de carencia:
 - Urgencias y urgencia vital: Derechos inmediatos.
 - Visitas asistencia médica primaria y especializada: Derechos inmediatos.
 - Pruebas de diagnóstico y Actos terapéuticos: 6 meses.
 - Hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas: 6 meses.
 - Tratamientos y servicios especiales: 6 meses.
 - Otros servicios y prestaciones: 6 meses.

– Podrán establecerse períodos de carencia para las prestaciones complementarias de nueva cobertura que se vayan incluyendo en Condiciones Particulares.
- 2.- Los periodos de carencia previstos en el párrafo anterior podrán eliminarse o reducirse si el Asegurado se somete a reconocimiento médico previo. Para la realización de éste la Entidad pondrá a disposición del futuro Asegurado los servicios correspondientes, **si bien los gastos que se deriven del mismo serán a cargo exclusivo de quien los utilice.**
- 3.- **El período de carencia para asistencia a partos será de 10 meses completos entendiéndose como no cubiertos el seguimiento del embarazo como la asistencia al parto, quedando solamente fuera de esta exclusión la atención a los prematuros (antes de treinta y siete semanas completas). Las urgencias de obstetricia tendrán la misma consideración que cualquier otra urgencia médico-quirúrgica.**

III. SINIESTROS

CLAUSULA QUINTA: NORMAS PARA PRESTAR Y REQUERIR LOS SERVICIOS.

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en las localidades donde el Asegurador tenga establecido Cuadro Facultativo bien propio, o a través de Centros asociados para este fin y de acuerdo con las siguientes normas:

- a) **Para las modalidades que tengan contratados servicios domiciliarios, las visitas a domicilio se efectuarán únicamente cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, éste no pueda trasladarse al consultorio del facultativo a la hora señalada de visita.**
- b) El Asegurador entregará a las personas inscritas en la póliza su acreditación de Asegurado y el Cuadro Facultativo con especificación del Centro Permanente de Urgencia, de los Hospitales y Clínicas y de las direcciones y horarios de consulta de sus facultativos.
- c) **El Asegurador no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos al mismo.** En todos los casos se entiende que los Medios de diagnóstico, y Tratamientos especiales han sido prescritos por facultativos del Asegurador.
- d) **Las prótesis de cualquier clase, así como las piezas anatómicas y ortopédicas, serán de cuenta del Asegurado.**
- e) La hospitalización o prestación de un servicio asistencial deberá ser prescrita por escrito por un facultativo del Asegurador y el **Asegurado deberá obtener su confirmación en las oficinas del mismo.** Una vez otorgada, ésta vinculará económicamente al Asegurador, en tanto el Asegurado permanezca internado, recibiendo tratamiento médico, en un centro hospitalario.

En los casos de urgencia, será suficiente, a estos efectos la orden del facultativo del Asegurador **pero el Asegurado deberá obtener la confirmación del Asegurador dentro de las 72 horas siguientes al ingreso.** El Asegurador quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del facultativo, en caso de entender que la póliza no cubre el acto o la hospitalización.

En los casos de intervención quirúrgica sometidos a período de carencia, el requerimiento posterior de internamiento en U.V.I. no queda cubierto, salvo que quede garantizado como prestación complementaria.

La permanencia en clínica de un enfermo estará condicionada al criterio exclusivo del médico de la Lista de facultativos del Asegurador quien podrá indicar y/o continuar el tratamiento en el domicilio del Asegurado según su criterio profesional.

- f) Al requerir **los servicios médicos garantizados, el Asegurado deberá exhibir su acreditación como tal y el D.N.I., así como el último recibo de prima satisfecho, cuyo período debe estar vigente.**

- g) Los hijos recién nacidos de Asegurada quedarán incluidos, con todos sus derechos y obligaciones en la póliza, a menos que durante el embarazo la Asegurada los haya excluido expresamente y no aplicándose períodos de carencia superiores a los que faltase por consumir a la madre. De ser excluido, el recién nacido no tendrá derecho a ninguna prestación.

- h) El Asegurador se obliga a prestar los servicios únicamente en el domicilio que figura en la póliza y cualquier cambio del mismo habrá de ser notificado por carta certificada con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio. El Asegurador se obliga a emitir el correspondiente suplemento, **siempre y cuando tenga organizados los servicios en el lugar del nuevo domicilio del Asegurado.**

IV. NORMAS LEGALES

CLAUSULA SEXTA: DISPOSICIONES GENERALES.

Son de aplicación a esta póliza las disposiciones de la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, expuestas seguidamente con la cita, cuando corresponda, del articulado de dicho texto legal.

5.1. BASES DEL CONTRATO

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza (artículo 8 de la Ley).

5.2. DECLARACIONES

El Tomador del Seguro debe declarar, antes de contratar la póliza y en base al cuestionario que el Asegurador le someta, todas las circunstancias que influyan en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidos en él. En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones, mediando dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, el Asegurador quedará liberado de la prestación por siniestro (artículo 10 de la Ley).

Si se hubiere practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado o Asegurados y el Asegurador no podrá negar la prestación de los servicios 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.

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la póliza será indisputable transcurrido un año desde la conclusión del contrato, salvo que el Tomador del Seguro haya actuado con dolo (artículo 89 de la Ley).

Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible debe comunicar al Asegurador todas las circunstancias de cambio de profesión y/o de residencia habitual y de prácticas deportivas que agraven el riesgo, o las que lo disminuyan (artículos 11, 12 y 13 de la Ley).

5.3. PERDIDA DE DERECHOS

El Asegurado pierde el derecho a las coberturas garantizadas:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley).
- b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador, y han actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley).
- c) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato).
- d) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley del Contrato).

5.4. PRIMAS

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera prima en el momento de firmar la póliza, y al pago de las sucesivas a su respectivo vencimiento. Salvo pacto en contrario, el impago de la prima libera al Asegurador de sus obligaciones si se produjera el siniestro. La falta de pago de las primas siguientes produce la suspensión de la cobertura del Asegurador un mes después del día de su vencimiento como plazo de gracia y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento se entenderá que el contrato queda extinguido (artículos 14 y 15 de la Ley).

Si se ha pactado el pago fraccionado de la prima, la primera fracción será exigible a la perfección del contrato y las demás a sus respectivos vencimientos. En todo caso el fraccionamiento de pago de la prima no libera al Tomador del Seguro de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.

Se conviene el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en establecimientos de crédito. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:

- a) El Tomador del Seguro entregará al Asegurador una carta dirigida al establecimiento de crédito, dando la orden oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro dentro del plazo de gracia no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro. En este caso el Asegurador notificará al Tomador del Seguro que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del mismo, y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.
- c) Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro, aquél deberá notificar tal hecho a este último por carta certificada, o cualquier otro medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique al Asegurador la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la fecha de recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

5.5. SINIESTROS

A los efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación del servicio. El Asegurado deberá emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento del deber de aminoración da derecho al Asegurador a reducir sus prestaciones en la proporción oportuna, considerando la importancia de los daños derivados de tal omisión y el grado de culpa del Asegurado. Si el incumplimiento se produjese con la manifiesta intención de dañar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro (artículos 16 y 17 de la Ley).

5.6. COMUNICACIONES

Las comunicaciones y pagos de primas que efectúe el Tomador del Seguro o el Asegurado a un agente de seguros, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado al Asegurador. El pago del importe de la prima efectuado a un Corredor de Seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor de Seguros entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima del 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 este. (Ley 9/1992, de 30 de abril, de Mediación de Seguros Privados).

5.7. PROTECCION DEL ASEGURADO

En las oficinas del Asegurador existe un libro oficial de reclamaciones para que el Tomador del Seguro y/o Asegurado puedan hacer constar en él las que consideren oportunas, junto con el derecho de reclamación ante la Dirección General de Seguros por cualquier actuación del Asegurador que lesione sus derechos derivados del presente contrato de seguro y ante la Dirección General de Recursos Sanitarios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña en materia Sanitaria.

El Asegurado tiene derecho a la confidencialidad de toda la información a que pueda tener acceso el Asegurador relacionada con su estado de salud o enfermedad, y con sus procesos y estancias en Centros sanitarios concertados con el Asegurador.

El Asegurador garantiza al Asegurado el ejercicio de los derechos de información y acceso, rectificación y cancelación, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, reguladora del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal.

5.8. RESOLUCION Y DURACION DEL CONTRATO

El contrato quedará resuelto por decisión del Tomador del Seguro manifestada por escrito expedido al Asegurador dentro de los quince días siguientes a la fecha en que éste le entregó la póliza o el documento de cobertura provisional.

La duración del contrato se determina en las Condiciones Particulares de la póliza con expresión de la fecha y hora en que comienza y termina. Al término del primer período inicial del seguro, el contrato se prorroga por un año y así sucesivamente a menos que cualquiera de las partes se oponga a ello comunicándolo a la otra por escrito con una antelación mínima de dos meses a la conclusión del período de seguro en curso (artículos 8 y 22 de la Ley). No obstante lo anterior, al estar calculadas las primas de la póliza en base a tablas de morbilidad, de conformidad con el apartado 5. c) del artículo 61 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Asegurador no podrá oponerse a la prórroga del contrato después del tercer vencimiento anual.

La resolución del Contrato efectuada de acuerdo con lo previsto en esta cláusula o por la oposición del Asegurador a la prórroga del mismo, antes del tercer vencimiento anual, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes exclusivamente en relación con los siniestros en curso.

5.9. NULIDAD

El contrato es nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro (artículo 4 de la Ley).

5.10. JURISDICCION

A este contrato de seguro le será de aplicación la Ley española, siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, sin que pueda establecerse pacto alguno en contrario.

5.11. ARBITRAJE

Para la decisión de todas las cuestiones litigiosas derivadas del presente Contrato las partes podrán someterse al arbitraje institucional alternativo, bien sea de la Junta Arbitral de Consumo, o bien del Tribunal Arbitral de Barcelona encomendando al mismo la designación de árbitros y administración del arbitraje, y obligarse a cumplir la decisión arbitral.

CLAUSULA SEPTIMA: DISPOSICIONES ESPECIFICAS A LOS RIESGOS SOBRE LAS PERSONAS.

6.1. PRESCRIPCION

Las acciones que derivan de este contrato prescriben a los cinco años (artículo 23 de la Ley).

6.2. SUBROGACION

El Tomador del Seguro deberá facilitar la subrogación a favor del Asegurador contra terceros civilmente responsables, cuando la asistencia sanitaria se preste por lesiones sufridas como consecuencia de actos de terceros (artículos 43 y 82 de la Ley).

CLAUSULA OCTAVA: ACTUALIZACION ANUAL DE PRIMAS Y PRESTACIONES.

El Asegurador podrá modificar anualmente las primas, bien sea por actualización de las mismas, o por modificación de las prestaciones garantizadas, en consideración a lo dispuesto en la Ley 30/1995, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y siempre en base a los cálculos técnico-actuariales realizados que tomarán en consideración las variaciones de los costes asistenciales de los servicios y las innovaciones tecnológicas de los mismos.

Cada vez que se modifiquen las prestaciones garantizadas por la póliza, el Asegurador emitirá el correspondiente Suplemento en el que se especificarán las variaciones de cobertura, suponiendo el pago de la nueva prima la aceptación de las mismas.

CLAUSULA ADICIONAL.

El Tomador del Seguro declara conocer todas las **Condiciones Generales y Particulares** que forman parte de esta Póliza y expresamente acepta todas aquellas normas y apartados limitativas de sus derechos contenidas en las cláusulas de las **Condiciones Generales: Primera, Segunda, Tercera, Cuarta, Quinta y Octava**, cuyo contenido figura debidamente destacado en letra negrilla.

El Tomador del Seguro reconoce asimismo haber recibido por escrito del Asegurador toda la información que para un contrato de seguro distinto al seguro de vida se establece en el artículo 104 del vigente Reglamento y que constan en la presente póliza.

Barcelona,

EL TOMADOR DEL SEGURO

EL ASEGURADOR

Las Condiciones Generales que anteceden, las Particulares, las Coberturas Específicas contratadas y, en su caso, los Suplementos de prestaciones complementarias que aparte se entregan al Tomador, constituyen el presente Contrato, y no tienen validez por separado, si bien el Suplemento de prestaciones complementarias se considerará el último que haya sido objeto de modificación.

De conformidad con la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, la presente documentación contractual queda depositada en esta fecha en la Sede Social de la Entidad.

Barcelona, a de de 20.. .

EL LEGAL REPRESENTANTE