

## 1.- CLAUSULA PRELIMINAR

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1.980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de Octubre), por la ley 30/95 de 8 de noviembre de ordenación y supervisión de los seguros privados y su reglamento de desarrollo (R.D. nº 2486/98 de 20 de noviembre), y por lo convenido en las condiciones generales y particulares del contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos como pacto adicional a las condiciones particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

## 2.- DEFINICIONES

**ACCIDENTE.** Lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

**ASEGURADO.** La persona o personas naturales, designadas en las Condiciones Particulares, sobre las cuales se establece el seguro.

**ASEGURADOR/A.** "Salus Asistencia Sanitaria, S.A. de Seguros", persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

**ATENCIÓN ESPECIAL EN DOMICILIO.** Asistencia del médico generalista o de familia y de ATS o DUE al Asegurado, cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del médico. No incluye los gastos generados por asistencia de tipo social, hostelería, lencería, alimentación, medicación, monitorización, material sanitario y cuidados no específicos del médico general, ATS o DUE, ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios en el domicilio del Asegurado.

**BENEFICIARIO.** Tendrá esta condición el Asegurado que ha de recibir la prestación del ASEGURADOR, en caso de producirse el siniestro.

**CONDICIONES PARTICULARES.** Documento integrante de la Póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

**ATS / DUE.** Diplomado en enfermería, legalmente capacitado y autorizado para prestar la atención de enfermería en enfermedad o lesión que origine alguna de las garantías contenidas en la Póliza.

**ENFERMEDAD.** Toda alteración del estado de salud del Asegurado que sufre la acción de una patología que no sea consecuencia de un accidente, diagnosticada por un médico legalmente reconocido, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la Póliza.

**ENFERMEDAD 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.** Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del seguro o de alta en la Póliza.

**HOSPITAL.** Todo establecimiento en el que puede legalmente realizarse el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento. Dicho establecimiento contará con la asistencia permanente de un médico, y solo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionadas.

No se considerarán hospitales, a efectos de la Póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos e instituciones similares.

**INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.** Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

**LESIÓN.** Todo cambio patológico que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.

**MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS.** Piezas o elementos de cualquier naturaleza ajena al organismo empleados para la unión de los extremos de un hueso fracturado, o para soldar extremos articulares o sustituciones de algún elemento.

**MATERIAL ORTOPÉDICO.** Piezas anatómicas o elementos de cualquier naturaleza utilizados para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo.

**MATERIAL BIOLÓGICO Y MATERIAL SINTÉTICO.** Dispositivo o sustancia de origen artificial o biológico, diseñado y aplicado para la sustitución artificial de una parte del cuerpo que falta o para mejorar alguna función alterada o disminuida.

**MÉDICO.** Profesional legalmente habilitado para ejercer la Medicina.

**MÉDICO ESPECIALISTA.** Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

**PARTO.** Se entiende por parto normal a término aquél que se produce entre la 37 y 42 semana desde la fecha de la última menstruación. Parto pretérmino o prematuro es aquél que se produce entre la 28 y la 36 semana de gestación.

**PARTO DISTOCICO.** Parto patológico o complicado que puede estar causado por la obstrucción o estrechamiento del canal del parto o por un tamaño, forma, posición o proceso anormales del feto.

**PERÍODO DE CARENIA.** Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la Póliza. Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

**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 del asegurado y que éste no declaró en el Cuestionario de Salud. Transcurrido dicho plazo el rechazo del ASEGURADOR deberá fundarse en la existencia de una ocultación dolosa por parte del Asegurado.

**PÓLIZA.** Documento escrito que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza: la solicitud de seguro, el cuestionario de salud, las condiciones generales, las particulares, las especiales y los suplementos o apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

**PRESTACIÓN.** Consiste en la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro.

**PRIMA.** El precio del Seguro. El recibo de Prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles. La Prima del Seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

**PRÓTESIS.** Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos o biológicos tales como recambios valvulares cardíacos, sustituciones articulares, piel sintética, lentes intraoculares, los materiales biológicos (córnea), los fluidos, geles y líquidos sintéticos o semisintéticos sustitutivos de humores o líquidos orgánicos, etc.

**SINIESTRO.** Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios que se encuentran total o parcialmente cubiertos por la Póliza.

**TOMADOR DEL SEGURO.** Persona física o jurídica que juntamente con "Salus Asistencia Sanitaria, S.A. de Seguros" suscribe este Contrato y con ello acepta las obligaciones que en él se establecen a cambio de las que "Salus Asistencia Sanitaria, S.A. de Seguros" toma a su cargo, aunque alguna de ellas, por su naturaleza, deba ser cumplida por el propio Asegurado.

**URGENCIA.** Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

### 3.- OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza y mediante aplicación de la prima que en cada caso corresponda, el ASEGURADOR proporcionará al asegurado la asistencia sanitaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en la descripción de los servicios de la Póliza. En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el ASEGURADOR asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones generales y particulares de la Póliza. En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

**4.- DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS**

Los servicios a que da derecho este contrato son los siguientes:

**A) ESPECIALIDADES MÉDICAS (en consulta)**

1. MEDICINA GENERAL En consulta y servicio de urgencias médicas a domicilio.
2. PEDIATRÍA.
3. SERVICIO DE PRACTICANTE Y ATS. Servicios en consulta y a domicilio prescrito por un médico del cuadro facultativo cuando exista justificación.
4. ALERGOLOGÍA. Incluye pruebas alérgicas.
5. ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR.
6. APARATO DIGESTIVO. Incluye endoscopias.
7. CARDIOLOGÍA. Electrocardiogramas, ecocardiografía doppler, Holter, Ergometría (Test de esfuerzo).
8. CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO.
9. DERMATOLOGÍA. Electrocoagulación y tumores cutáneos.
10. ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN.
11. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. Control del embarazo en consulta y ecografía ginecológica. Excluido cualquier proceso relacionado con la esterilidad y/o fertilidad.
12. HEMATOLOGÍA. Excluidas las transfusiones y Hemoterapia.
13. MEDICINA FAMILIAR.
14. MEDICINA INTERNA.
15. NEFROLOGÍA.
16. NEUMOLOGÍA. Incluye pruebas alérgicas respiratorias, broncoscopias y espirometrías.
17. NEUROCIRUGÍA.
18. NEUROLOGÍA.
19. NEUROFISIOLOGÍA. Incluye electroencefalograma, electromiografías y potenciales evocados.
20. ODONTOLOGÍA. Curas estomatológicas, extracciones dentarias y limpieza de boca anual.
21. OFTALMOLOGÍA.
22. OTORRINOLARINGOLOGÍA. Audiometría y nasofibroscopias.
23. ONCOLOGÍA MÉDICA. La asistencia se prestará en régimen ambulatorio, siendo en todos los casos a cargo del asegurado los medicamentos, citostáticos y tratamientos quimioterápicos y radioterápicos.
24. PSIQUIATRÍA.
25. REUMATOLOGÍA.
26. RAHABILITACIÓN. Consulta con médico rehabilitador, excluyéndose tratamientos de fisioterapia
27. TRAUMATOLOGÍA.
28. UROLOGÍA.
29. TRATAMIENTO DEL DOLOR.
30. CIRUGÍA CARDIO-VASCULAR.
31. CIRUGÍA MÁXILOFACIAL.
32. CIRUGÍA PEDIÁTRICA.
33. CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA.

**B) MEDIOS DE DIAGNÓSTICO (en régimen ambulatorio)**

Serán realizados por los profesionales que el asegurador tengan en el cuadro médicos o designe y deben ser prescritos por médicos de la ASEGURADORA.

1. ANÁLISIS CLÍNICOS. Previa prescripción de un médico de la Entidad.
  - Bioquímica clínica.
  - Hematología.
  - Inmunología. Estudio de la serología de la hepatitis.
  - Estudio de la orina.
  - Microbiología: Cultivo de exudados, cultivo de muestras biológicas, micología, parasitología, serología de control de embarazo (Lues, rubeola, toxoplasmosis), serología vírica.
2. ANATOMÍA PATOLÓGICA
  - Biopsias.
  - Citologías.
3. RADIOLOGÍA
  - Radiología simple: RX de cráneo, cara, cadera, columna, tórax, pierna, brazo, tobillo y pie.
  - Mamografía.
  - Desintometría Osea.
4. ECOGRAFÍAS:
  - Abdominal
  - Endocavitaria.
  - Tocoginecológica y partes blandas

- Vaginal.
- 5. ARTERIOGRAFÍA.
- 6. ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER.
- 7. ECOCARDIOGRAFÍA TRANSESOFAGICA.
- 8. ENEMA OPACO..
- 9. ENDOSCOPIAS: COLONOSCOPIAS Y GASTROSCOPIAS.
- 10. ERGOMETRIA. (Test de esfuerzo).
- 11. ESTUDIOS GASTROUDENALES (EGD).
- 12. HOLTER DE E.C.G
- 13. HOLTER DE TENSIÓN ARTERIAL.
- 14. TRANSITO INTESTINAL.
- 15. UROGRAFIAS Y URETROCISTOGRAFÍAS.

## 5- EXCLUSIONES.

Quedan excluidos del objeto de este seguro:

**A.** Toda clase de enfermedades, deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza, así como los que puedan derivarse de aquellos.

El tomador del seguro, en su nombre y en nombre de los beneficiarios, está obligado a manifestar en el momento de suscribir solicitud de seguro, si padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquéllas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología. Manifestándose de esta forma, la afección se considerará como preexistente y/o congénita y , en consecuencia, excluida de las coberturas pactadas en el contrato de seguro.

Si hubiera enfermedades preexistentes y/o congénitas, la Entidad se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes, y en caso de aceptarlo(s), se incluirá la correspondiente cláusula de exclusión a las condiciones particulares de la póliza en lo que se refiere a la prestación de servicios por enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, presentes con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza; así como los que puedan derivarse de aquellos.

**B.** La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, así como 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.

**C.** La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, la derivada del S.I.D.A y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H), intento de suicidio y auto lesiones.

**D.** Los hechos de guerra y las epidemias declaradas oficialmente.

**E.** Los daños producidos por explosiones nucleares o radioactivas que se hallen cubiertas por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.

**F.** Los medicamentos y fármacos de cualquier clase.

**G.** Los tratamientos por esterilidad o infertilidad, así como los interrupciones voluntarias del embarazo.

**H.** Los tratamientos de tipo estético (cirugía plástica, tratamientos cosméticos y curas de adelgazamiento)

**I.** Los tratamientos de psicoterapia, terapia de grupo, curas de sueño, acupuntura y cualquier método de asistencia psicológica. Así como los tratamientos en balnearios y curas de reposo.

**J.** Tratamientos de diálisis y hemodiálisis.

**K.** Las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que emplean el láser, salvo las técnicas de fotocoagulación en oftalmología.

**L.** Corrección quirúrgica de los defectos de retracción de los ojos, tales como miopía, hipermetropía o astigmatismo y cualquier otra patología refractiva ocular.

**M.** Los medios de diagnóstico y/o tratamientos mediante terapia genética, especialmente estudios para la determinación del mapa genético y cualquier otra técnica genética.

**N.** Los análisis u otras exploraciones que precisa el asegurado para la expedición de certificados, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento médico que no tenga una clara función hospitalaria.

**O.** Las prótesis, ortopedia, materiales biológicos o sintéticos.

**P.** Todas las técnicas diagnósticas y/o terapéuticas cuyo uso no sea habitual y aceptado en el Sistema Nacional de Salud.

## **6.-FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS**

1.- La asistencia, se prestará de acuerdo con las siguientes normas:

a) Los servicios concertados se prestarán exclusivamente en la provincia por los profesionales y servicios que constan en el Cuadro Facultativo de la Entidad Aseguradora.

b) En la modalidad de asistencia que se ofrece, rige el principio general, de libre elección de facultativo de entre los que figuran inscritos en el Cuadro Médico de la Entidad.

c) El ASEGURADOR no se hará cargo de los gastos ocasionados por la asistencia de Facultativos ajenos a la misma, ni de sus honorarios profesionales, al igual que las exploraciones, radiografías o análisis que no sean prescritos por iniciativa exclusiva de sus propios médicos.

d) Al solicitar los facultativos de la Entidad, elementos de diagnóstico, el ASEGURADOR podrá requerir que dichas peticiones, antes de su práctica, sean supervisadas en sus Oficinas.

e) Para recibir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente, según proceda, a un centro permanente de urgencia de los que el ASEGURADOR tiene establecido, cuya dirección y teléfono figuran en el cuadro médico que se entrega al Asegurado.

f) La visita a domicilio de Medicina General y ATS que, se solicitaría para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 9 horas, para ser realizada en la mañana y antes de las 16 horas, para efectuar en la tarde del mismo día.

El ASEGURADOR se obliga a prestar los servicios a domicilio únicamente en la dirección que figure en la póliza, y cualquier cambio del mismo, habrá de ser notificado por carta certificada con una antelación mínima de 5 días al requerimiento del servicio.

g) Al recibir los servicios el Asegurado deberá presentar el carné de Asegurado, así como el último recibo de prima satisfecho acreditativo de hallarse al corriente de pago de la misma. Igualmente el Asegurado estará obligado exhibir su DNI si fuese requerido.

h) Para la utilización de los servicios que se incluyen en esta Póliza, los asegurados serán provistos de cheques especiales de asistencia que deberán entregar a razón de un cheque por acto médico o servicio prestado, estando el asegurado obligado a su debida cumplimentación. El valor del cheque es de 1.55 euros pudiendo variar su importe anualmente.

2.- Asistencia en médicos no concertados:

El ASEGURADOR no se hará cargo de los gastos ocasionados de los profesionales ajenos al cuadro, al igual que las exploraciones radiografías, análisis o cualquier prueba o medio de diagnóstico que no sean prescritos por iniciativa exclusiva de sus propios médicos.

3.- Los siguientes servicios y medios de diagnóstico precisarán previa autorización en las oficinas del ASEGURADOR.

- a) A.T.S a domicilio.
- b) Arteriografía.
- c) Densitometría.
- d) Ecocardiografía transesofágica.
- e) Electroencefalograma (EEG)
- f) Electromiografía (EMG)
- g) Endoscopias: Gastroscoopia y Colonoscopia
- h) Enema Opaco
- i) Estudio Gastroduodenal (EGD)
- j) Ergometría. (test de esfuerzo).
- k) Holter: Tensión ó ECG (MAPA)
- l) Urografías, Uretrocistografía.

## **7.-PERÍODO DE CARENCIA Y DURACIÓN**

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma el ASEGURADOR serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato. Se exceptúan del anterior principio general las prestaciones siguientes que tendrán un plazo de carencia de seis meses.

1. Arteriografía.
2. Densitometría ósea.
3. Ecocardiografía doppler.
4. Ecocardiografía transesofágica.
5. Ergometría (test de esfuerzo).
6. Estudio electrofisiológico.
7. Holter de e.c.g.
8. Holter de tensión arterial.
9. Urografías y uretrocistografía.

## **8.- PAGO DE PRIMAS**

1.-El tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la ley del contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima que se realizará mediante domiciliación bancaria salvo que, en condiciones particulares se acuerde otra cosa.

2.-La primera prima será exigible conforme el artículo 15 de la Ley de Contrato de seguro, una vez firmado el contrato; si no se hubiera pagado por culpa del tomador, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato, o a exigir el pago en vía ejecutiva con base a la Póliza, y si 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 sucesivas primas, la cobertura de la Aseguradora queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes, a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el tomador pague la prima. En cualquier caso, la Aseguradora, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

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

5.-En cada renovación, la prima anual se determinará de acuerdo con los cálculos actuariales realizados y basados en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios y la edad alcanzada por cada uno de los asegurados, aplicándose las tarifas que el Asegurador tenga en vigor a la fecha en la renovación. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones de prima que se produzcan por tales motivos.

## **9.- OBLIGACIONES, DERECHOS Y FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO**

El tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

1.-Declarar al ASEGURADOR de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan incluir en la valoración del riesgo.

Quedará exonerado de tal deber si el ASEGURADOR no le somete a cuestionario o cuando aún habiéndolo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

El ASEGURADOR podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador el seguro en el plazo de un mes, a contar desde conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado. Corresponderán al asegurado, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

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 obtención entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, el ASEGURADOR quedará liberado del pago de la prestación.

2.-Comunicar al ASEGURADOR, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que de acuerdo con el cuestionario presentado por el ASEGURADOR antes de la conclusión del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

3.-Comunicar al ASEGURADOR, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en el punto 2 anterior; si por el contrario supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de Contrato de Seguro, que dispone: " En tal caso, al finalizar el periodo en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario a la resolución de contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo".

4.-Comunicar al ASEGURADOR, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de beneficiarios que se produjeran durante la vigencia del presente contrato, tomando efecto las mismas el día primero del mes siguiente a la fecha de su notificación , a partir de cuya fecha se adaptará la prima a la nueva situación.

5-Facilitar la subrogación que a favor del ASEGURADOR establece el artículo 43 de la Ley de Contrato.

## **10.- OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR**

Además de prestar la asistencia asegurada, el ASEGURADOR deberá entregar al tomador del seguro la Póliza, y en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro, así como un ejemplar del cuestionario y demás documentos que haya suscrito el tomador. Igualmente el ASEGURADOR entregará al tomador del seguro, el Cuadro Facultativo.

El cuadro facultativo podrá ser actualizado anualmente por el ASEGURADOR, mediante alta o baja de los facultativos, profesionales y otros establecimientos que lo integran. Será obligación del tomador y/o asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia.

## **11.- DURACIÓN DEL SEGURO**

1.-El seguro se estipula por el período que medie desde su suscripción hasta el 31 de Diciembre próximo, como prevén 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 anuales. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses de la conclusión del período.

2.-Durante la asistencia del asegurado, y hasta su curación el ASEGURADOR no podrá rescindir la Póliza.

3.-Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue:

- a. Por fallecimiento.
- b. Si en la póliza están incluidos familiares que convivan con el Tomador el Seguro, cuando dejen de vivir de manera habitual en el domicilio de este último, lo cual deberá ser comunicado el ASEGURADOR. Si estas personas contratan un nuevo seguro, antes de transcurrir un mes desde la comunicación anteriormente citada, El ASEGURADOR mantendrá los derechos de antigüedad por ellos adquirida, siempre y cuando suscriban las mismas garantías.

4.-Las personas menores de 14 años, sólo podrán incluirse dentro del seguro en el caso de estar igualmente aseguradas la persona o personas que ostenten su patria potestad o tutela, salvo pacto en contrario..

5.-Las coberturas contratadas no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima.

## **12.- PERDIDA DE DERECHOS, RESCISION E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO**

El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

1.-En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de salud. El ASEGURADOR podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha.

2.-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 de Contrato de Seguro).

3.-Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

4.-Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).

5.-El Tomador podrá rescindir el contrato cuando se varíe el cuadro facultativo en el 50% de los especialistas que lo integren. El ASEGURADOR tendrá a disposición del Asegurado, en todo momento en sus oficinas, la relación completa y actualizada de dichos especialistas, para su consulta.

6.-La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado. Una vez transcurrido 1 año desde la fecha de efecto del presente contrato, salvo que el Tomador del Seguro o el Asegurado hayan actuado dolosamente y el ASEGURADOR no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, salvo que de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento médico se hagan salvedades en las condiciones particulares.

7.-En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el ASEGURADOR sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquél.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, el Asegurado vendrá obligado a abonar al ASEGURADOR la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a éste en concepto de primas y las que realmente le hubiese correspondido pagar según su verdadera edad.

Si por el contrario la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el ASEGURADOR estará obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

### **13.- TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y demás disposiciones vigentes en materia de protección de datos personales, se informa al Tomador / Asegurado de la inclusión de los datos proporcionados en un fichero automatizado de datos personales creado con la finalidad de prestar la asistencia sanitaria.

La titularidad y responsabilidad sobre el tratamiento de los ficheros automatizados corresponde a SALUS Asistencia Sanitaria S.A. de Seguros, con domicilio social en Posada Herrera, 1 Bis, 1º, 33002 Oviedo, ante el cual podrá ejercitar el interesado los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los datos personales.

El Asegurado declara que los datos indicados son ciertos y otorga su consentimiento expreso para que puedan ser cedidos, en su totalidad o en parte, a entidades relacionadas con el Grupo Asegurador, para el cumplimiento de fines directamente relacionados con la actividad aseguradora de la Entidad. Asimismo, se autoriza a que esta información sea cedida por razones de coaseguro y reaseguro, por motivos estadístico-actuariales o de prevención del fraude, o para ofrecer al Asegurado otros productos o servicios de la Entidad.

### **14.- COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN**

Las comunicaciones al ASEGURADOR, por parte del tomador del seguro, del asegurado o beneficiario se realizarán en el domicilio social señalado en la Póliza, pero si se realizaran a un agente afecto representante del ASEGURADOR surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste, conforme al artículo 21 de la Ley de Contrato de Seguro. Las comunicaciones del ASEGURADOR al tomador del seguro, al asegurado o al 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 agente libre o corredor al ASEGURADOR en nombre del tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de éste.

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

### **15.- PRESCRIPCIÓN**

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

### **16.- CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN**

De conformidad con lo establecido en los art. 60 de la ley 30/1995 modificados por la Ley 34/2003 y en el artículo 104 y 107 del R. D. 2486/1998 del Reglamento de Ordenación del Seguro Privado los conflictos que pueden suscitarse en la interpretación y aplicación del contrato de seguro entre el ASEGURADOR y el tomador podrán ser resueltos:

#### **Por procedimiento de reclamación interna:**

Mediante escrito dirigido a la Compañía, al domicilio arriba indicado, al departamento de Atención al Cliente del ASEGURADOR, la cual deberá acusar recibo por escrito de las reclamaciones que se le presenten, y resolverlos o denegarlos motivadamente en un plazo que no podrá ser superior a 2 meses desde la fecha de entrada de la reclamación.

#### **Por procedimiento de reclamación externa:**

-Dirección General de Seguros (Comisionado para la defensa del asegurado)

El tomador formulará escrito exponiendo las causas que lo motivan. El reclamante deberá acreditar que ha transcurrido un plazo de 2 meses, desde la fecha de presentación de la reclamación en la entidad Aseguradora, sin que haya sido resuelta por el departamento de Atención al Cliente de la compañía aseguradora.

-Oficina de consumo, lugar de residencia del Asegurado.

-Jurisdicción ordinaria.