

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. "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, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares. 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 CARENANCIA. 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 estos. 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

4.1.- Medicina Primaria

Medicina General: Asistencia en consulta y a domicilio

Pediatría

Enfermería: Servicio de ATS en consultorio y a domicilio, éste último caso sólo previa prescripción de un médico de la Entidad y cuando el enfermo guarde cama.

Matrona: Preparación y asistencia al parto.

4.2.- Urgencias

Servicio Permanente de Urgencia, que se prestará en el centro o centros que constan en el cuadro médico entregado por el Asegurador. En casos justificados, se facilitaría el servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia en aquellas poblaciones en las que el ASEGURADOR tenga concertada la prestación de dicho servicio.

4.3.- Especialidades Médicas y Quirúrgicas

1. Alergología
2. Anatomía Patológica
3. Anestesiología y Reanimación
4. Angiología y Cirugía Vasculat
5. Aparato Digestivo
6. Cardiología. Medicina Preventiva: Incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años. Consulta cardiológica, electrocardiograma, analítica y pruebas complementarias pertinentes.
7. Cirugía Cardiovascular
8. Cirugía General y del Aparato Digestivo. Incluye la cirugía laparoscópica para hernias inguinales y colecistectomías por los profesionales acreditados en el cuadro facultativo de la Entidad.
9. Cirugía Maxilofacial
10. Cirugía Pediátrica
11. Cirugía Plástica Reparadora. Incluye la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical, excluyendo la prótesis.
12. Cirugía Torácica
13. Dermatología
14. Endocrinología
15. Geriátria. Se excluye la asistencia e internamiento sanatorial.
16. Hematología y Hemoterapia
17. Medicina Interna
18. Medicina Nuclear
19. Nefrología
20. Neonatología
21. Neumología
22. Neurocirugía

23. Neurología
24. Obstetricia y Ginecología: Incluye la vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por éste a los partos. Incluye la Medicina Preventiva, planificación familiar (control del tratamiento con anovulatorios, colocación de DIU y su vigilancia, SIENDO DE CUENTA DE LA ASEGURADA EL COSTE DEL DISPOSITIVO). Incluye la ligadura de trompas que tendrá UN PERIODO DE CARENCIA DE UN AÑO. Incluye la revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cervix.
25. Odonto-estomatología. Únicamente se encuentran cubiertas las consultas, revisiones, radiografías bucales, curas estomatológicas, extracciones y limpieza de boca una vez al año.
26. Oftalmología
27. Oncología
28. Otorrinolaringología
29. Psicología
30. Psiquiatría
31. Rehabilitación y Fisioterapia
32. Reumatología
33. Traumatología y Cirugía Ortopédica
34. Urología. Incluye la vasectomía que tiene un periodo de carencia de UN AÑO.

4.4.- Medios de Diagnóstico

Serán realizados por los profesionales que el ASEGURADOR tenga en el cuadro médico o designe, y deben ser prescritos por médicos de la ASEGURADORA.

- Análisis clínicos: bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, parasitarios y anatomopatológicos y citología preventiva.
- Radiología: todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos. SE INCLUYEN LOS MEDIOS DE CONTRASTE.
- Otros medios de diagnóstico: Doppler cardíaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, espirometría, fibroendoscopia.
- Medios de diagnóstico de alta tecnología: inmunohistoquímica, ergometría, hemodinámica vascular, Holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía, resonancia magnética nuclear, TAC (Scanner), densitometría. Los medios de diagnóstico de alta tecnología tendrán UN PERIODO DE CARENCIA DE SEIS MESES.

4.5.- Medios Terapéuticos

1. TRANSFUSIONES DE SANGRE: Tanto el acto de la transfusión como la sangre y/o plasma a transfundir en el quirófano y en el preoperatorio y postoperatorio, mientras el enfermo esté ingresado, será a cargo de la ASEGURADORA.
2. AEROSOLTERAPIA, VENTILOTERAPIA Y OXIGENOTERAPIA: En aquellas enfermedades incluidas en la cobertura de la póliza en el apartado Hospitalización Médica y que precisen internamientos médicos. Quedan EXCLUIDOS EXPRESAMENTE LOS TRATAMIENTOS EXTRAHOSPITALARIOS.
3. ONCOLOGÍA: La asistencia se prestará previa prescripción escrita del médico especialista en Oncología de la Aseguradora, en régimen ambulatorio, siendo en todos los casos a cargo del ASEGURADO los medicamentos, citostáticos y otros tratamientos.
4. Rehabilitación y Fisioterapia. En régimen ambulatorio exclusivamente para enfermedades del aparato locomotor y siempre que la dolencia haya sido contraída con posterioridad a la formalización de la Póliza. En todo caso será necesaria la prescripción de un médico especialista de la Entidad y CON UN MÁXIMO DE 40 SESIONES POR ASEGURADO Y AÑO. SE EXCLUYE LA REHABILITACIÓN CARDIACA, VESICULAR, NEUROLÓGICA Y DRENAJE LINFÁTICO.
5. Laserterapia oftálmica. Se incluye únicamente en. tratamientos de fotocoagulación en oftalmología.
6. Diálisis y riñón artificial en los casos de patología aguda. PERÍODO DE CARENCIA DE UN AÑO.
7. Litotricia Renal: en los centros que designe el asegurador; previa prescripción escrita de un especialista de su cuadro médico. PERÍODO DE CARENCIA DE UN AÑO.
8. Anestesia Epidural.

9. Ambulancia. Sólo en caso de hospitalización y del domicilio al centro cuando el estado del enfermo lo requiera. Será necesaria la prescripción de un médico de la ASEGURADORA.
10. Tratamiento del Dolor. Quedan incluidos los reservorios implantables en el tratamiento del dolor.
11. Podología. Incluye cinco sesiones de quiropodia, tratamiento quirúrgico de la uña encarnada y tratamiento del papiloma, acudiendo a un profesional del cuadro médico.
12. Psicología. Incluye la atención psicológica de carácter individual y temporal, prescrita exclusivamente por un psiquiatra o pediatra del cuadro médico y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica. El servicio deberá ser autorizado por la aseguradora previamente a su realización, CON UN MÁXIMO DE 20 SESIONES AL AÑO Y UN PERIODO DE CARENCIA DE UN AÑO DESDE LA SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA. SE EXCLUYE EL PSICOANÁLISIS, TERAPIA DE GRUPO, HIPNOSIS, SOFROLOGÍA, CURAS DE SUEÑO, NARCOLEPSIA AMBULATORIA Y LOS TEST PSICOLÓGICOS.
13. Logopedia. Cubierta en los siguientes casos: Tras cirugía de laringe (laringectomía). Para el tratamiento de otras patologías de laringe que cursen con disfonía (nódulos, pólipos, parálisis). En menores de 16 años con trastornos del lenguaje, lectura, escritura y dislexia. Esta cobertura se prestará en régimen ambulatorio exclusivamente y siempre que la dolencia haya sido contraída con posterioridad a la formalización de la Póliza., quedando excluido en los procesos motivados por retraso mental, trastornos auditivos o autismo. En todo caso será necesaria la prescripción de un médico especialista de la entidad y CON UN MÁXIMO DE 40 SESIONES POR ASEGURADO, PROCESO Y AÑO.

4.6.- Servicios Hospitalarios

1. HOSPITALIZACION EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: Incluye los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento. La duración del internamiento estará en función de si el proceso que sufre el enfermo es o no reversible. SE EXCLUYEN LOS COMAS IRREVERSIBLES. MÁXIMO 10 DIAS POR AÑO NATURAL.
2. HOSPITALIZACION PEDIATRICA: Para niños menores de 14 años incluye tanto la hospitalización convencional como en incubadora. MAXIMO 15 DIAS POR AÑO NATURAL.
3. HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA: Para el tratamiento de crisis agudas. Incluye los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento. Máximo 30 DIAS POR AÑO NATURAL. PLAZO DE CARENCIA DE UN AÑO DESDE LA SUSCRIPCIÓN DE LA POLIZA.
4. HOSPITALIZACIÓN OBSTETRICA (Partos): En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención de la parturienta, quirófano o sala de partos, anestesia (incluida la Anestesia Epidural), curas y su material, medicación e incubadora SERÁN POR CUENTA DE LA ASEGURADORA. PLAZO DE CARENCIA DE OCHO MESES DESDE LA SUSCRIPCION DE LA POLIZA. La misma asistencia tendrán los partos diagnosticados distócicos o prematuros.
5. HOSPITALIZACION QUIRÚRGICA: En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios serán a cargo de la ASEGURADORA.
6. La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas CORRERÁ A CARGO DE LA ASEGURADORA. EI COSTE DE CUALQUIER TIPO DE PRÓTESIS, PIEZAS ANATOMICAS, ORTOPEDICAS, MATERIALES BIOLÓGICOS O SINTÉTICOS SERAN A CUENTA DEL ASEGURADO.
7. HOSPITALIZACION MÉDICA: Se realizará igualmente en habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamientos necesarios, serán a cargo de la ASEGURADORA. Se EXCLUYEN LOS COMAS IRREVERSIBLES. MÁXIMO 30 DIAS POR AÑO NATURAL.

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 aquellas 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 autolesiones.

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 extrahospitalarios

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

H. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares excepto el trasplante de córnea. En este caso, la Aseguradora no se hace cargo de la córnea a transplantar.

I. Los tratamientos de tipo estético (cirugía plástica, tratamientos cosméticos y curas de adelgazamiento) no excluyéndose la cirugía reparadora tras enfermedad.

J. Los tratamientos de psicoanálisis, terapia de grupo, hipnosis, sofrología, curas de sueño, narcolepsia ambulatoria, y los test psicológicos. Así como los tratamientos de acupuntura, terapias alternativas, curas en balnearios y curas de reposo.

K. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.

L. Las técnicas quirúrgicas y/o terapéuticas que emplean el láser, salvo las técnicas de fotocoagulación en oftalmología, y los dispositivos empleados en rehabilitación músculo-esquelética.

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

N. Los gastos de desplazamiento del asegurado al centro y viceversa en caso de rehabilitación, fisioterapia y diálisis.

O. Los medios de diagnóstico y/o tratamientos mediante terapia genética, especialmente estudios para la determinación del mapa genético y cualquier otra técnica genética con la exclusiva excepción de las que figuran expresamente incluidas en la cobertura (amniocentesis y cariotipos).

P. 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.

Q. La cirugía de cambio de sexo.

R. La hospitalización por problemas de tipo social.

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

6.- FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

A. La asistencia se prestará de acuerdo con las siguientes normas:

1. Los servicios concertados se prestarán exclusivamente en los Hospitales y Servicios que establezca la Entidad Aseguradora.
2. El asegurado puede elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los médicos que figuran en el cuadro facultativo vigente para la realización de las prestaciones sanitarias incluidas en la póliza.
3. Los asegurados que eventualmente se encuentren en localidad distinta de la de su residencia habitual, dentro del territorio nacional, recibirán asistencia de carácter urgente, tanto médica como quirúrgica, con arreglo a las condiciones de la Póliza suscrita, en relación con los servicios que se expresan en la modalidad contratada.
4. Al solicitar los facultativos de la Aseguradora, pruebas de diagnóstico, ésta podrá requerir que dichas peticiones antes de su práctica sean supervisadas en sus oficinas.
5. La hospitalización o prestación de los servicios para los que el cuadro médico impreso así lo determina, será ordenada por escrito por un médico del Asegurador, y el Asegurado deberá obtener la conformidad documentada de éste en las oficinas del Asegurador. Una vez otorgada ésta, vinculará económicamente al Asegurador. En los casos de urgencia vital será suficiente la orden del médico, pero el Asegurado deberá obtener la conformidad del Asegurador en las oficinas del mismo, dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso. El Asegurador quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifiesten sus reparos a la orden del médico, en caso de entender que la Póliza no cubre el acto o la hospitalización.
6. 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.
7. 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 notificadas por carta certificada con una antelación mínima de 5 días al requerimiento del servicio.
6. 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.

B. Asistencia en médicos y hospitales no concertados:

La Aseguradora no se hará cargo de los gastos ocasionados por la asistencia en Hospitales ajenos a la misma, ni de sus honorarios profesionales, 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.

C. Los siguientes servicios y medios de diagnóstico precisarán previa autorización en la oficina de la ASEGURADORA.

1. HOSPITALIZACIONES

- a) Hospitalización en Clínica
- b) Hospitalización Domiciliaria

2. MEDIOS DE DIAGNOSTICO, TRATAMIENTOS Y TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

- a) Apnea del sueño
- b) ATS a domicilio
- c) Analíticas Especiales
- d) Cirugía Ambulatoria
- e) Densitometría
- f) Diagnóstico por Imagen: Tomografía Axial Computerizada (TAC), Resonancia Nuclear Magnética (RNM), Ortopantomografía.
- g) Electroencefalograma (EEG)
- h) Electromiografía (EMG)
- i) Endoscopias: Gastroscopia y Colonoscopia
- j) Enema Opaco
- k) Estudio Gastroduodenal (EGD)
- l) Holter: Tensión ó ECG (MAPA)
- m) Laser Yag
- n) Medicina Nuclear: Gammagrafía
- o) Podología
- p) Prueba ó Test de Esfuerzo
- q) Punciones Ecodirigidas
- r) Quimioterapia (excluída medicación)
- s) Radioterapia
- t) Rehabilitación
- u) Uretrocistografías

7.- PERIODOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el Asegurador serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato. SE EXCEPTUAN DEL ANTERIOR PRINCIPIO GENERAL LAS PRESTACIONES SIGUIENTES:

1. Las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización por cualquier motivo o naturaleza: PERIODO DE CARENCIA DE SEIS MESES.
2. Hospitalización psiquiátrica: PERIODO DE CARENCIA DE DOCE MESES.
3. La hospitalización y asistencia a partos: PERIODO DE CARENCIA DE OCHO MESES.
4. Los medios de diagnóstico de alta tecnología: PERIODO DE CARENCIA DE SEIS MESES.
5. Litotricia renal, diálisis y riñón artificial: PERIODO DE CARENCIA DE DOCE MESES.
6. Ligadura de Trompas y vasectomía: PERIODO DE CARENCIA DE DOCE MESES.
7. Psicología: PERIODO DE CARENCIA DE DOCE MESES.
8. Logopedia: PERIODO DE CARENCIA DE SEIS MESES.

Los plazos de carencia anteriormente citados no serán exigibles en caso de enfermedades con carácter de urgencia vital, sobrevenidos y diagnosticados, después de la fecha de efecto de la póliza, así como en los casos de partos prematuros.

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 a la Aseguradora de acuerdo con el cuestionario que esta 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 a la Aseguradora, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que de acuerdo con el cuestionario presentado por la Aseguradora 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 a la Aseguradora, 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 a la Aseguradora, 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.
Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo a la Aseguradora, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la póliza de la madre desde el momento de su nacimiento. Para ello el Tomador deberá comunicar a la Aseguradora tal circunstancia dentro de los 15 días siguientes al nacimiento mediante una solicitud de seguro. Las altas comunicadas en plazo, retrotraerán sus efectos a la fecha del nacimiento, no aplicándose periodos 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 la Aseguradora podrá denegar la admisión. De aceptarse al nuevo asegurado, serán aplicables a éste los periodos de carencia establecidos en las condiciones generales.

10.- OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

Además de prestar la asistencia asegurada, la Aseguradora 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 y Hospitalario, con especificación del Centro Permanente de Urgencia.

El cuadro facultativo podrá ser actualizado anualmente por la Aseguradora, mediante alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios 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 la Aseguradora 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 al 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, RESCISIÓN 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 a la Aseguradora, 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 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, 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.

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 a la Aseguradora, 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 de la Aseguradora 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 de la Aseguradora 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 a la Aseguradora. Las comunicaciones efectuadas por un agente libre o corredor a la Aseguradora 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 de la Aseguradora.

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 suscitarles en la interpretación y aplicación del contrato de seguro entre la Entidad aseguradora 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 de la Entidad aseguradora, 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.