

**ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SOCIEDAD ANÓNIMA DE
SEGUROS**

Domicilio Social: Av. Josep Tarradellas, 123-127, bajos. 08029 BARCELONA
Teléfono 93 495 44 44

CAPITAL SUSCRITO: 2.107.000.- euros

CAPITAL DESEMBOLSADO: 2.107.000.- euros

LA TOTALIDAD DE SUS BIENES Y DERECHOS SITUADOS EN
ESTADOS MIEMBROS DEL ESPACIO ECONÓMICO EUROPEO

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

**AUTORIDAD DE CONTROL: DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS
DE PENSIONES DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y HACIENDA.
REGISTRADA CON EL NÚMERO C-416**

**AUTORIDAD DE CONTROL EN MATERIA SANITARIA: DEPARTAMENT DE
SALUT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. REGISTRADA CON EL
NÚMERO CAT-72**

SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA CON PARTICIPACIÓN DEL
ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS QUE UTILICE Y LIBRE
ELECCIÓN DE MÉDICO

SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA CON COPAGO

**PÓLIZA DE SERVICIOS COMPLETOS CON PUERICULTURA Y
PEDIATRÍA DE ZONA**

Registro Mercantil de Barcelona, volumen 1063, folio 142, libro 546, sección anónima, CIF A 08169526

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRIMERA: LEGISLACIÓN APLICABLE

El presente Contrato de seguro queda sometido a las normas siguientes:

1. Normas imperativas:

A. En materia de ordenación del seguro:

Al Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre (BOE del día 5 de noviembre), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Al Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre (BOE del día 25), por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Y al resto de disposiciones vigentes y complementarias en materia de ordenación y supervisión.

B. En materia de contratación de los seguros privados:

A la Ley 50/1980, de 8 de octubre (BOE del día 17), de Contrato de Seguro, en adelante **la Ley**, y legislación concordante de modificación.

C. En materia de protección al asegurado:

A la Ley 44/2002, de 22 de noviembre (BOE del día 23), de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y normativa vigente sobre protección de clientes de servicios financieros.

D. En materia de protección de los consumidores:

Al Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre (BOE del día 30), por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.

E. En materia de mediación:

A la Ley 26/2006, de 17 de julio (BOE del día 18), de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados, así como las normas de desarrollo legislativo, ejecución y asunción de competencias sobre mediación en el seguro privado, dictadas por la Generalitat de Catalunya.

F. En materia de protección de datos de carácter personal:

A la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (BOE del día 14), de Protección de Datos de Carácter Personal.

Al Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre (BOE del día 19 de enero de 2008), por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de

diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

2. Normas contractuales:

Por lo convenido en las **Condiciones Generales y Particulares** de este Contrato. De acuerdo con el **artículo 3 de la Ley** no tendrán validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean específicamente aceptadas por escrito 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.

El **artículo 2 de la Ley** declara válidas las cláusulas contractuales que difieran de las legales y sean más beneficiosas para el ASEGURADO.

CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES

A los efectos de este Contrato se entiende por:

1. **ASEGURADOR: ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL, SA DE SEGUROS**, quien, mediante el cobro de la PRIMA, asume el riesgo contractualmente pactado.
2. **TOMADOR DEL SEGURO**, en adelante el TOMADOR: La persona física o jurídica que, junto 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 físicas designadas en las **Condiciones Particulares** sobre las cuales se establece el Seguro y que en defecto del TOMADOR asumen las obligaciones derivadas del Contrato.
4. **PÓLIZA**: El documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte de la Póliza: las **Condiciones Generales**, las **Particulares**, que individualizan el riesgo, las **Especiales**, si procedieran, y los **Suplementos o Anexos** que se emitan de la misma para complementarla o modificarla.
5. **PLAZO DE CARENANCIA**: El período de tiempo que debe transcurrir entre la fecha de entrada en vigor del seguro y toma de efecto de las garantías del mismo, durante el cual el ASEGURADO no tendrá derecho a las prestaciones derivadas del seguro.
6. **PRIMA**: El precio del seguro. Incluirá, además, los recargos e impuestos que, en cada momento, sean repercutibles.
7. **RIESGO**: La salud del ASEGURADO y su asistencia sanitaria en los supuestos de enfermedad, dentro de los límites pactados.
8. **INTERÉS**: El del ASEGURADO en eludir el daño económico que le ocasionaría asumir las prestaciones derivadas del riesgo enfermedad dentro de los límites pactados.
9. **SINIESTRO**: Hecho previsto en el Contrato, cuyo riesgo es objeto de cobertura y que, una vez ocurrido, da lugar a la prestación de la asistencia sanitaria por parte del

ASEGURADOR, asumiendo en su caso el TOMADOR la cuantía que corresponda en **COPAGO**.

10. SERVICIOS: Cada una de las prestaciones en que se materializa la asistencia médica o quirúrgica cuyo riesgo asume el ASEGURADOR y que figuran descritas en las **Condiciones Generales o Particulares**.

11. ENFERMEDAD: Alteración del estado fisiológico que se manifiesta por síntomas característicos, cuyo diagnóstico y confirmación se efectúe por un médico.

Se considera una misma enfermedad todas las lesiones y secuelas derivadas de un mismo accidente, así como todas las afecciones debidas a las mismas causas o a causas relacionadas.

Si una afección se debe a una misma causa que produjo una enfermedad anterior, o a causas relacionadas con ellas, incluyendo secuelas y complicaciones derivadas de la anterior, la enfermedad será considerada como una continuación de la anterior y no como una enfermedad distinta.

12. ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Enfermedad que ya fue diagnosticada, tratada o dio lugar a consulta por un médico o que ya era conocida por el ASEGURADO, por producirse los primeros síntomas antes de la fecha de efecto del Contrato.

13. ACCIDENTE: La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del ASEGURADO.

14. HOSPITAL: Establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios materiales y personales adecuados para efectuar diagnósticos o intervenciones quirúrgicas y atendido por médicos y personal sanitario las 24 horas del día.

No se considerarán hospitales los asilos, residencias, casa de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas al tratamiento de los ancianos, enfermos crónicos, incapacitados, drogadictos, alcohólicos.

15. HOSPITALIZACIÓN: Supuesto por el que una persona figura inscrita en un hospital como paciente y que permanezca ingresada más de veinticuatro horas o en régimen de ambulatorio.

16. URGENCIA: El proceso que no puede esperar a la atención de los servicios ordinarios del ASEGURADOR para una correcta asistencia.

17. COPAGO: Importe fijo que el TOMADOR y/o ASEGURADO debe pagar al ASEGURADOR por la utilización por los ASEGURADOS de determinados servicios señalados en el **Anexo I, Descripción de los Servicios**.

18. FRANQUICIA: Limitación en la cobertura del riesgo asumido por el ASEGURADOR.

19. LÍMITE MÁXIMO DE COPAGO: La cuantía máxima anual que puede alcanzar el **COPAGO** de cada ASEGURADO, por franquicia a su cargo.

La anualidad se computa por año natural y el servicio en la fecha de la efectiva prestación del mismo.

20. SOPORTE DURADERO: Aquél que permite guardar, recuperar fácilmente y reproducir sin cambios el Contrato de seguro y cualquier otra información relacionada con el mismo, ya sea en papel o en cualquier otro medio inalterable.

CLÁUSULA TERCERA: OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipulados en el Contrato de seguro formalizado en la presente Póliza y mediante el cobro de la PRIMA y en su caso, del importe del **COPAGO** que corresponda, el ASEGURADOR se compromete a proporcionar al ASEGURADO la asistencia médica y/o quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en el **Anexo I, Descripción de los Servicios** y demás **Anexos o Suplementos**.

En todo caso, según dispone el **artículo 103 de la Ley**, el ASEGURADOR asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones del Contrato.

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

CLÁUSULA CUARTA: DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

La cobertura del presente Contrato se describe en los **Anexos y Suplementos** que se unen a esta Póliza.

En el **Anexo I** se identifican los servicios sanitarios sujetos a **COPAGO** cuyo abono corresponde al TOMADOR y/o ASEGURADO.

El ASEGURADOR entregará al ASEGURADO la "Lista de facultativos" en la que figuran, además de la relación de médicos y de especialistas, los servicios de urgencia, los servicios de enfermería, las sociedades autorizadas a prestar servicios asistenciales, los centros de hospitalización a utilizar en la provincia de Barcelona y un extracto de las normas de utilización de los servicios contratados.

Asimismo, el ASEGURADOR entrega la red nacional de entidades colaboradoras que prestan asistencia sanitaria en toda España.

CLÁUSULA QUINTA: EXCLUSIONES

Quedan excluidos de la cobertura de este Seguro:

I. Los riesgos que se describen a continuación:

- 1. Las enfermedades, 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. *Las epidemias declaradas oficialmente.*
3. *Los causados por los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos, maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.*
4. *Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular o conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra.*
5. *Los derivados de hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas y Cuerpos de Seguridad en tiempos de paz.*

En general los riesgos de carácter extraordinario cuya cobertura corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros, de acuerdo con su Estatuto legal.

6. *Los que guarden relación directa o indirecta con explotaciones nucleares o radioactivas que se hallen cubiertos por el Seguro de Riesgo Nuclear.*
7. *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.*
8. *La asistencia derivada de la atención de patologías producidas por la participación del ASEGURADO en actividades profesionales o deportivas que impliquen elevada peligrosidad, ya sea como profesional o aficionado, tales como: actividades subterráneas, subacuáticas, aéreas, vehículos a motor, embarcaciones, boxeo, torreo, etc., y cuales quiera otra de naturaleza análoga.*

II. Las prestaciones sanitarias siguientes:

1. *La cirugía y tratamientos estéticos, sus secuelas y las cirugías y tratamientos consecuencia de unas u otros.*
2. *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.*
3. *Los medios de diagnóstico y técnicas de tratamiento que no sean práctica habitual en el sistema sanitario público.*
4. *Los empastes y las prótesis dentales, la ortodoncia y la endodoncia y la colocación de implantes, así como las pruebas previas para realizar estos tratamientos.*
5. *El psicoanálisis, la hipnosis, la psicoterapia individual o de grupo, los test psicológicos, la sofrología, la narcolepsia ambulatoria y el tratamiento por drogadicción o alcoholismo.*
6. *La fisioterapia de mantenimiento y ocupacional, así como la rehabilitación de*

enfermedades crónicas cuando se hayan estabilizado las lesiones.

7. *Las ortesis, así como los productos ortopédicos y anatómicos.*
8. *Las estancias en asilos, 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.*
9. *La hospitalización fundada en problemas de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.*
10. *Los chequeos o exámenes de salud.*
11. *Las terapias alternativas como homeopatía y acupuntura.*
12. *Las cirugías experimentales y los tratamientos no reconocidos por la ciencia médica.*
13. *La atención médica prestada en el contexto de disciplinas que no estén contenidas en la lista de especialidades oficiales, vigente y publicada por los Ministerios de Educación y de Sanidad.*

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

1. *La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por accidentes de trabajo o enfermedad profesional según su legislación específica.*
2. *La asistencia sanitaria por daños a personas, en los supuestos de aseguramiento obligatorio del texto refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor.*
3. *La medicina preventiva, diagnóstico y tratamientos de esterilidad, planificación familiar y técnicas de reproducción asistida.*
4. *Prótesis internas, esqueléticas y cardiovasculares; material de osteosíntesis y lentes intraoculares.*
5. *El trasplante de órganos, tejidos y precursores hematopoyéticos.*
6. *Las pruebas de detección precoz de enfermedades congénitas salvo las descritas en el Anexo I, Descripción de los servicios y demás Anexos y Suplementos.*
7. *Consejo genético.*
8. *La medicación a pacientes no hospitalizados.*
9. *La medicación en tratamientos oncológicos en régimen ambulatorio o en hospital de día.*
10. *En tratamientos oncológicos:*

- *Radioterapia. Bomba de cobalto, acelerador lineal y radiocirugía.*
- *Quimioterapia antineoplásica en pacientes hospitalizados.*
- *Servicio domiciliario de curas paliativas.*

11. *Los tratamientos con CPAP a domicilio.*

12. *Quedan excluidos en todos los casos de hospitalización:*

- *Los gastos consecuencia de revisiones o tratamientos preventivos.*
- *La pensión completa del acompañante.*

13. *Servicio de fisioterapia a cargo de técnico fisioterapeuta.*

14. *En rehabilitación y recuperación funcional se excluyen los procesos que precisen terapia educativa, como la educación para el lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psiquiátrica.*

15. *Podólogo (callista).*

16. *Ambulancia.*

17. *Hemodiálisis, riñón artificial y diálisis peritoneal.*

18. *Los medios de contraste en exploraciones radiológicas.*

19. *No están comprendidas en la cobertura de la póliza, mientras no consten expresamente, las nuevas técnicas complementarias de diagnóstico o terapéuticas que vayan apareciendo en el espectro asistencial de la medicina.*

CLÁUSULA SEXTA: PERIODO DE CARENCIA

Todos los servicios cubiertos por la presente Póliza serán atendidos desde el momento de entrada en vigor del Contrato, salvo los servicios cuyos períodos de carencia se enumeran a continuación:

SEIS MESES para:

- *Las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización por cualquier motivo o de cualquier naturaleza.*
- *Técnicas especiales de diagnóstico.*
- *Técnicas especiales terapéuticas.*
- *Banco de sangre y plasma.*
- *Oxigenoterapia.*
- *Litotricia renal.*
- *Diagnóstico precoz del cáncer de mama mediante mamografía.*
- *Técnicas invasivas de diagnóstico prenatal (amniocentesis, etc.).*
- *Educación maternal y preparación al parto.*
- *Tratamiento de logopedia infantil.*
- *Tratamiento de foniatría.*

OCHO MESES para:

- ***La asistencia a partos.***

Los casos de ingresos médicos y/o quirúrgicos de **URGENCIA**, los partos prematuros y los partos distócicos de **URGENCIA** serán atendidos, en todo caso, sin tener en cuenta posibles plazos de carencia.

CLÁUSULA SÉPTIMA: PRESTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

La asistencia se prestará de acuerdo con los principios y normas que se describen a continuación.

El ejercicio de los derechos garantizados por el Contrato es personal e intransferible.

1. Se conviene la libre elección por los ASEGURADOS amparados por este Contrato de cualquier médico que figure en la "Lista de facultativos" del ASEGURADOR.
2. Suscrito el Contrato, el ASEGURADOR hará entrega al ASEGURADO de la tarjeta acreditativa de su condición, la cual será firmada por su titular y se deberá exhibir al utilizar los servicios junto con el Documento Nacional de Identidad, las personas obligadas a poseerlo, si le es requerido.
3. La tarjeta de ASEGURADO es el medio de acreditar dicha condición y el registro de los actos practicados.

El ASEGURADO deberá firmar el recibo acreditativo del servicio recibido y le será entregada una copia como comprobante.

4. El TOMADOR y/o ASEGURADO abonará por cada servicio incluido en el **Anexo I** sujeto a **COPAGO** el importe que se establezca en **Condiciones Particulares** hasta el límite máximo anual establecido. Para lo cual, el ASEGURADOR emitirá mensualmente un extracto que remitirá al TOMADOR y/o ASEGURADO, con los servicios utilizados por el ASEGURADO, indicando los importes correspondientes. Su cobro se efectuará mediante recibo domiciliado en la misma cuenta que el TOMADOR haya designado para el pago de la PRIMA.
5. El valor del **COPAGO**, es el fijado en las **Condiciones Particulares** de este Contrato. Para su actualización bastará la simple comunicación por los órganos de dirección del ASEGURADOR. Esta comunicación se integrará en las **Condiciones Particulares** modificando las iniciales.
6. Los servicios de asistencia amparados en este Contrato se prestarán exclusivamente en la provincia de Barcelona por los profesionales, las sociedades autorizadas y los centros que figuran en la "Lista de facultativos" del ASEGURADOR, en los consultorios indicados.
7. El ASEGURADOR se obliga a prestar los servicios domiciliarios únicamente en el domicilio que figura en la Póliza. El cambio de domicilio del ASEGURADO habrá de ser notificado por carta con la mayor brevedad posible.
8. El ASEGURADOR se compromete a prestar asistencia sanitaria al ASEGURADO

desplazado a cualquier provincia del territorio nacional, tanto en las capitales como en las localidades en que existan centros concertados, según la relación que figura en la red nacional de entidades colaboradoras.

9. Los médicos de Medicina General y Pediatría de cabecera son de libre elección por el ASEGURADO, de entre los que figuran inscritos en la "Lista de facultativos". Las visitas domiciliarias se efectuarán únicamente cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al ASEGURADO, éste no pueda trasladarse al consultorio del facultativo.
10. El ASEGURADO, previo concierto de hora de visita, puede acudir a la consulta del médico especialista elegido, *salvo en aquellas especialidades que por su propia naturaleza necesitan de la petición escrita de un facultativo del ASEGURADOR y/o la previa autorización escrita del ASEGURADOR según normas que constan en la "Lista de facultativos"*.
11. *Todos los servicios de asistencia amparados en este Contrato están supeditados a su procedencia en base a criterios médicos (protocolos y guías de práctica clínica) fundamentados en la evidencia científica y en relación a su beneficio para el diagnóstico, seguimiento y/o tratamiento de las patologías.*

Existen ciertos servicios especiales que necesitarán, además de la petición escrita de un médico de la "Lista de facultativos", la autorización extendida por los servicios administrativos del ASEGURADOR.

12. En cualquier caso, el ASEGURADOR se reserva el derecho a modificar los circuitos administrativos y los criterios de autorización de los servicios en aras de una mayor eficacia y equidad en la cobertura, teniendo en cuenta los avances científicos que se vayan produciendo.
13. La hospitalización será ordenada por un médico de la "Lista de facultativos" del ASEGURADOR mediante escrito en el que figure el motivo de internamiento, intervención o asistencia a realizar y previsión del número de estancias. Este escrito deberá ser presentado en las oficinas del ASEGURADOR para la correspondiente autorización.

El ASEGURADOR otorgará esta confirmación salvo que entendiéndose que es una prestación no cubierta por el Contrato. La confirmación vinculará económicamente al ASEGURADOR.

No obstante lo establecido en el párrafo anterior, en los casos de urgencia será suficiente a estos efectos la orden del médico de la "Lista de facultativos" del ASEGURADOR *debiendo obtener el ASEGURADO la confirmación del mismo dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso en la institución hospitalaria.*

En estos supuestos de urgencia, el ASEGURADOR quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico por entender que el Contrato no cubre la hospitalización.

El ASEGURADOR no se hará cargo de los gastos de hospitalizaciones en centros no concertados.

En ningún caso se aceptarán como motivos de permanencia problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.). 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.

Cuando un enfermo, a su ingreso en clínica, decida ocupar una habitación de precio superior al de la que facilite el ASEGURADOR, correrá de su cuenta el abono de la diferencia que su decisión ocasionare.

Hecha la indicación de alta en clínica de un enfermo por el facultativo del ASEGURADOR, ***si el ASEGURADO decidiera prolongar los días de hospitalización, los gastos ocasionados a partir del alta quedan excluidos de la cobertura del Contrato.***

14. Para requerir cualquier servicio de urgencia deberá solicitarse o acudir al Centro o Centros de Urgencia Permanente que tiene establecido el ASEGURADOR y cuyos teléfonos y direcciones figuran en la "Lista de facultativos" entregada al ASEGURADO.
15. ***El ASEGURADOR no se hará cargo del coste de ninguna prestación asistencial sanitaria si no lo autorizó previamente*** y siempre como consecuencia de indicación escrita de un médico de la "Lista de facultativos" del ASEGURADOR. Se exceptúan las prestaciones de carácter urgente, ***siempre que se sometan a la autorización del ASEGURADOR dentro del plazo de setenta y dos horas***, contadas a partir de la fecha en que tuvieron lugar. Se deberán, pues, justificar tales urgencias ante el ASEGURADOR, dentro del indicado plazo, pasado el cual no se aceptará ninguna reclamación con cargo al ASEGURADOR.
16. Es potestativo de cualquier facultativo del ASEGURADOR el cobro de honorarios devengados por la expedición de certificaciones, emisiones de informes y libramiento de cualquier otro tipo de documento propio de su profesión que no tenga una clara función asistencial.
17. ***El ASEGURADOR no se hace responsable de los honorarios médicos de quien no figure en la "Lista de facultativos" ni de ninguna prestación asistencial solicitada por ellos.***
18. La "Lista de facultativos" válida es la última revisión actualizada que estará a disposición del ASEGURADO. Dada la complejidad de servicios y el número de facultativos del ASEGURADOR, los datos que figuran en la Lista pueden sufrir variación por lo que se recomienda que, ante cualquier contingencia, se consulte al ASEGURADOR o su web (www.asc.cat).

CLÁUSULA OCTAVA: BASES DEL CONTRATO

1. La solicitud y el "Cuestionario de Salud" cumplimentados por el TOMADOR y/o ASEGURADO, así como la proposición del ASEGURADOR, en su caso, en unión de esta Póliza, con sus **Anexos** y **Suplementos**, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo alcanza, dentro de los límites y condiciones

estipulados, a los riesgos en la misma descritos.

2. El presente Contrato ha sido concertado sobre la base de las declaraciones formuladas por el TOMADOR y/o ASEGURADO en el "Cuestionario de Salud" que le ha sometido el ASEGURADOR y que han motivado su aceptación del riesgo, la asunción por su parte de las obligaciones derivadas del Contrato y la fijación de la PRIMA.
3. El ASEGURADOR podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al TOMADOR y/o ASEGURADO, en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del TOMADOR y/o ASEGURADO según previsión del **artículo 10 de la Ley**.

Cuando la reserva o inexactitud se hubiere producido mediante dolo o culpa grave del TOMADOR y/o ASEGURADO, el ASEGURADOR quedará liberado de sus obligaciones en este Contrato según prescripciones del **artículo 10 de la Ley**.

4. Si el contenido de esta Póliza difiere de la proposición de seguro, si la hubiere, o de las cláusulas acordadas, el TOMADOR y/o ASEGURADO 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, según el **artículo 8 de la Ley**.

CLÁUSULA NOVENA: DERECHOS DEL TOMADOR Y, EN SU CASO, ASEGURADO

1. Los que se enumeran en el **ANEXO I "DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS"**, en la Cláusula **SÉPTIMA: PRESTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS** y en las **Condiciones Particulares**.
2. El ASEGURADO tiene derecho a la confidencialidad de toda la información a que pudiera tener acceso el ASEGURADOR relacionada con su estado de salud o enfermedad, con sus procesos y estancias en Centros sanitarios concertados con el ASEGURADOR.

Sus datos personales estarán garantizados y protegidos por el ASEGURADOR como responsable del tratamiento de los mismos de acuerdo con la finalidad del presente Contrato.

3. El TOMADOR y/o ASEGURADO podrán presentar quejas o reclamaciones al ASEGURADOR en relación con sus derechos e intereses legalmente reconocidos que deriven del presente Contrato, de la normativa de transparencia y protección al asegurado o de las buenas prácticas y usos en materia aseguradora, en especial del principio de equidad contractual. Las instancias de reclamación son las siguientes:

3.1. Internas: Las quejas y reclamaciones serán resueltas por el Servicio de Atención al Cliente del ASEGURADOR, con domicilio en Av. Josep Tarradellas, 123-127, bajos, Barcelona 08029, y dirección electrónica atencionalclient@asc.cat.

El ASEGURADOR tiene obligación de resolver las quejas y reclamaciones en el plazo de **dos meses**, de acuerdo con el procedimiento establecido en el Reglamento

del Servicio de Atención al Cliente. Un ejemplar del mismo se puede consultar en las oficinas del ASEGURADOR y en su página web: www.asc.cat.

3.2. Externas: Agotada la vía del Servicio de Atención al Cliente, el TOMADOR y/o ASEGURADO puede acudir al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, situado en Paseo de la Castellana, 44, de Madrid 28046.

Asimismo es competente para resolver quejas y reclamaciones en materia sanitaria la Dirección General de Ordenación y Regulación Sanitarias del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya.

La normativa de transparencia y protección del asegurado viene recogida en concreto en:

- Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero.
- Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los Comisionados para la Defensa del Cliente de Servicios Financieros (hasta que se aprueben las disposiciones reglamentarias que lo sustituyan).
- Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de entidades financieras.

3.3. En todo caso los conflictos entre el TOMADOR y/o ASEGURADO con el ASEGURADOR se resolverán por los Juzgados y Tribunales competentes.

De acuerdo con el **artículo 24 de la Ley**, *“Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de seguro el del domicilio del asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario”*.

4. En el supuesto de Contrato con varios asegurados, todo ASEGURADO incluido en el mismo, en caso de contraer matrimonio podrá conservar todos los derechos adquiridos y antigüedad si formaliza nuevo Contrato de seguro antes de un mes de su celebración. Transcurrido dicho plazo, perderá automáticamente todos los derechos adquiridos.

Si en el nuevo Contrato se concedieran prestaciones no contenidas en el de procedencia que estuvieran sometidas a períodos de carencia para su utilización, se respetarán estos períodos como si de nuevo ingreso se tratara.

5. En caso de nacimiento de hijo de ASEGURADO, éste dispondrá de treinta días para solicitar su aseguramiento. El alta tendrá efecto el primer día del mes del nacimiento. En este supuesto no se le aplicarán períodos de carencia superiores a los que le quedasen por consumir al padre y/o madre, tomándose la situación más favorable al nacido.

En cualquier caso, el ASEGURADOR garantiza la aceptación de su alta durante este período de treinta días aunque el recién nacido tuviese alguna enfermedad y/o malformación congénita. Transcurrido dicho plazo se entenderá que el

ASEGURADO renuncia a este derecho.

CLÁUSULA DÉCIMA: OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y, EN SU CASO ASEGURADO

1. Pago de la PRIMA:

a) Tiempo de pago: El TOMADOR, de acuerdo con el **artículo 14 de la Ley**, está obligado al pago de la PRIMA una vez firmado el Contrato.

Irán a cargo del TOMADOR los impuestos y recargos que sean legalmente repercutibles en cada momento, los cuales se satisfarán junto con la PRIMA.

b) Unicidad: La PRIMA es **única** y corresponde al total período de duración del Contrato. En las **Condiciones Particulares** se podrá fraccionar el pago de la misma en primas fraccionadas, no liberatorias.

c) Lugar de pago: Si en las **Condiciones Particulares** no se determina ningún lugar para el pago de la PRIMA, se entenderá que éste ha de hacerse en el domicilio del TOMADOR, según previsión del **artículo 14 de la Ley**.

d) Consecuencia del impago de la primera PRIMA: Si por culpa del TOMADOR y/o ASEGURADO la primera PRIMA no hubiera sido pagada a su vencimiento, de acuerdo con el **artículo 15 de la Ley**, el ASEGURADOR tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la PRIMA debida en vía ejecutiva con base en la Póliza.

En todo caso, si la PRIMA no hubiera sido pagada antes de que se produzca algún siniestro, el ASEGURADOR quedará liberado de su obligación.

e) Consecuencia del impago de las PRIMAS sucesivas: En caso de falta de pago de la PRIMA segunda y siguientes, la cobertura del ASEGURADOR queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el ASEGURADOR no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la PRIMA se entenderá que el Contrato queda extinguido, según dispone el **artículo 15 de la Ley**.

Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las **VEINTICUATRO HORAS** del día en que el TOMADOR y/o ASEGURADO pague la PRIMA pendiente. En cualquier caso, el ASEGURADOR, cuando el Contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la PRIMA impagada del período en curso, de acuerdo con el **artículo 15 de la Ley**.

f) Si en las Condiciones Particulares se han fijado primas fraccionadas, el impago de cualquiera de las fracciones producirá las mismas consecuencias descritas en los dos apartados anteriores.

Cualquier pago se imputará necesariamente a la fracción de PRIMA más antigua que esté impagada.

g) Recibo de PRIMA: El ASEGURADOR sólo queda obligado por los recibos librados

por la dirección o sus representantes legalmente autorizados.

- h) Domiciliación de recibos:** Si se pacta la domiciliación bancaria de los recibos de PRIMA se aplicarán las siguientes normas:

El TOMADOR y/o ASEGURADO entregará al ASEGURADOR una autorización expresa de las correspondientes operaciones de pago.

La PRIMA o primas fraccionadas se entenderán satisfechas a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia de un mes previsto en el **artículo 15 de la Ley**, no pudiera ser cargado en la cuenta del TOMADOR y/o ASEGURADO por cualquier circunstancia imputable o no al mismo. En este caso, el ASEGURADOR le notificará que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del ASEGURADOR y aquél vendrá obligado a satisfacer la PRIMA en dicho domicilio.

Si el ASEGURADOR dejase transcurrir el plazo de un mes a partir del día del vencimiento sin presentar el recibo al cobro y, al hacerlo, no fuese atendido el pago de la PRIMA por cualquier causa, deberá notificar tal hecho al obligado al pago, por carta **certificada** u otro medio indubitado, concediéndole nuevo plazo de un mes para que pueda satisfacer su importe en el domicilio social, sucursal o agencia del ASEGURADOR. Este plazo se computará desde la fecha de certificación de la expresada carta o notificación al último domicilio comunicado al ASEGURADOR.

2. Abono del importe del **COPAGO**: El TOMADOR y/o ASEGURADO estará obligado a pagar el importe del **COPAGO** señalados en **Condiciones Particulares**, hasta que la suma alcance el límite máximo anual establecido para cada ASEGURADO, por cada año natural de vigencia del Contrato.

El **COPAGO** queda sometido a las mismas condiciones y su impago a las mismas consecuencias que las señaladas para la PRIMA en el número anterior.

3. Declarar al ASEGURADOR, de acuerdo con el “Cuestionario de Salud” que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

No tendrá obligación de declarar esas circunstancias si el ASEGURADOR no le somete al “Cuestionario de Salud” o las mismas no están comprendidas en el mismo, aún cuando éstas pudieran influir en la valoración del riesgo, según disposición del **artículo 10 de la Ley**.

4. Comunicar al ASEGURADOR, durante el curso del Contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que de acuerdo con el “Cuestionario de Salud” 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, según previsiones del **artículo 11 de la Ley**.

En estos casos el ASEGURADOR podrá modificar o rescindir el Contrato de acuerdo con el **artículo 12 de la Ley**.

El TOMADOR podrá también comunicar, durante la vida del Contrato, las circunstancias que disminuyan el riesgo en cuyo caso será de aplicación lo dispuesto

en el **artículo 13 de la Ley**.

5. Comunicar al ASEGURADOR, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
6. Aminorar las consecuencias del siniestro empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al ASEGURADOR liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro en aplicación del **artículo 17 de la Ley**.
7. Una vez atendidos los gastos del siniestro, el ASEGURADOR queda **subrogado**, hasta ese importe, en los derechos y acciones que por razón del mismo correspondan al ASEGURADO frente a terceros responsables en los casos que proceda, como establecen los **artículos 43 y 82 de la Ley**.

El ASEGURADO no debe **perjudicar** este **derecho** del ASEGURADOR y será responsable de los **perjuicios** que, con sus actos u omisiones, pueda causar al ASEGURADOR en su **derecho** a subrogarse.

El ASEGURADOR no podrá ejecutar el **derecho** de subrogación en **perjuicio** del ASEGURADO.

En caso de concurrencia de ASEGURADOR y ASEGURADO frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a sus respectivos intereses. Todo ello de acuerdo con las previsiones de los **artículos 43 y 82 de la Ley**.

CLÁUSULA UNDÉCIMA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

1. El ASEGURADOR se obliga a prestar la asistencia sanitaria contratada y proporcionar la cobertura de riesgos asegurados de acuerdo con las **Condiciones Generales y Particulares** del Contrato.

En los servicios sujetos a **COPAGO** la obligación del ASEGURADOR surge, a partir de la cuantía fijada en **Condiciones Particulares** para los mismos. Una vez cubierto el límite máximo anual establecido para cada ASEGURADO la obligación del ASEGURADOR surge, en plenitud de cobertura, desde que el siniestro ocurra.

2. El ASEGURADOR deberá entregar al TOMADOR la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el **artículo 5 de la Ley** y demás documentos que haya suscrito el TOMADOR.
3. Igualmente el ASEGURADOR entregará al TOMADOR y/o ASEGURADO documento que acredite tal condición, la "Lista de facultativos" y la red nacional de entidades colaboradoras citadas en la Cláusula **CUARTA**.
4. El ASEGURADOR se obliga a preservar la absoluta confidencialidad de los datos obtenidos referidos a la salud del ASEGURADO y, como responsable del tratamiento informático de los mismos, a adoptar las medidas necesarias para garantizar su seguridad, evitando su alteración o pérdida así como el acceso y tratamiento no autorizados.

Asimismo, el ASEGURADOR garantiza al ASEGURADO el ejercicio de los derechos de acceso y rectificación, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre (BOE del día 14), de Protección de Datos de Carácter Personal.

En todo caso, puesto que los datos personales y de salud son necesarios para el mantenimiento y cumplimiento del Contrato de seguro, el ejercicio por el TOMADOR y/o ASEGURADO de los derechos de cancelación -excepto en caso de inexactitud- y oposición al tratamiento de datos se entenderá como oposición a la prórroga del Contrato quedando éste extinguido a su vencimiento. La fecha de vencimiento (fin de la anualidad en curso o de la siguiente) vendrá determinada por el momento del ejercicio de los derechos de cancelación y oposición en atención al ineludible plazo de preaviso previsto en la Cláusula DUODÉCIMA.

En todo caso, una vez extinguido el contrato, a los datos se les dará el tratamiento previsto en el artículo 16 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre.

CLÁUSULA DUODÉCIMA: PERFECCIÓN, EFECTOS DEL CONTRATO Y DURACIÓN

1. El Contrato se perfecciona por el consentimiento, manifestado por la suscripción de la Póliza por las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no surtirán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de la PRIMA, o el primer recibo de PRIMA fraccionada, salvo pacto contrario en las **Condiciones Particulares**.

En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del ASEGURADOR comenzarán a las **VEINTICUATRO HORAS** del día en que hayan sido cumplimentados.

2. La duración del Contrato es la establecida en las **Condiciones Particulares**, donde se fija la fecha y hora de efectividad de las garantías y las de su vencimiento. Salvo mención expresa en las **Condiciones Particulares**, el Contrato vence el 31 de diciembre de cada año.
3. A la expiración del período indicado en las **Condiciones Particulares** de esta Póliza, se entenderá prorrogado tácitamente el Contrato por el plazo de un año y así sucesivamente a la expiración de cada anualidad.

Las partes podrán oponerse a la prórroga del Contrato mediante notificación escrita en papel o en otro soporte duradero a la otra parte, efectuada con un plazo de dos meses de antelación a la conclusión del período del seguro en curso, de acuerdo con lo previsto en el artículo 22 de la Ley.

4. La voluntad de desistimiento unilateral expresada por parte del TOMADOR se entenderá como oposición a la prórroga del Contrato con las consecuencias y fecha de efecto previstos en el apartado anterior.
5. En cualquier caso de oposición a la prórroga, el TOMADOR deberá seguir pagando

al ASEGURADOR la PRIMA hasta el vencimiento del Contrato. La fecha de vencimiento (fin de la anualidad en curso o de la siguiente) vendrá determinada por el momento de la efectiva oposición en atención al ineludible plazo de preaviso de dos meses.

CLÁUSULA DECIMOTERCERA: ACTUALIZACIÓN DE CONDICIONES ECONÓMICAS

El ASEGURADOR podrá actualizar anualmente tanto la PRIMA, el importe del **COPAGO** de cada servicio, así como el límite máximo anual de **COPAGO** establecido para cada ASEGURADO en base a los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar su incidencia en el equilibrio financiero-actuarial del seguro teniendo en cuenta la modificación de los costes asistenciales, la frecuencia de los servicios cubiertos o la incorporación a la cobertura de nuevos servicios y técnicas complementarias de diagnóstico o terapéuticas.

Asimismo y siguiendo los mismos principios, el ASEGURADOR podrá incorporar nuevos servicios a la cobertura del Contrato de seguro (con o sin COPAGO) o sujetar servicios ya incluidos en el COPAGO.

El ASEGURADOR deberá comunicar al TOMADOR y/o ASEGURADO la PRIMA que regirá para el siguiente ejercicio, las variaciones de los importes por **COPAGO**, así como el límite máximo anual de cada ASEGURADO, con la antelación suficiente para que el TOMADOR y/o ASEGURADO pueda ejercer, en su caso, el derecho de oposición a la renovación en los plazos previstos en el **artículo 22 de la Ley**.

CLÁUSULA DECIMOCUARTA: RESCISIÓN, RESOLUCIÓN Y EXTINCIÓN

A. RESCISIÓN. El ASEGURADOR puede rescindir el Contrato de seguro en el supuesto siguiente:

- Por reserva o inexactitud culposa

En los casos de reserva o inexactitud del TOMADOR y/o ASEGURADO sobre el "Cuestionario de salud" que se le someta, de acuerdo con el procedimiento previsto en la Cláusula **OCTAVA**, 3 en relación con el **artículo 10 de la Ley**.

Las primas relativas al período en curso corresponderán al ASEGURADOR, salvo dolo o culpa grave de su parte, desde el momento de la declaración de rescisión al TOMADOR.

B. RESOLUCIÓN. El ASEGURADOR puede resolver el Contrato de seguro en el supuesto siguiente:

- Por impago de la PRIMA

En el caso de que el primer recibo de PRIMA fraccionada no haya sido atendido a su vencimiento de acuerdo con el **artículo 15 de la Ley**. En este supuesto, si se produce un siniestro el ASEGURADOR quedará liberado de su obligación.

Asimismo el ASEGURADOR podrá resolver el Contrato en caso de impago de los importes correspondientes a los servicios sujetos a **COPAGO**.

C. EXTINCIÓN

- Por oposición a la prórroga

El Contrato se extingue en la fecha de vencimiento de la Póliza en los supuestos de oposición a la prórroga por cualquiera de las partes y, en especial, los previstos en la Cláusula **UNDÉCIMA 4** o **DUODÉCIMA**.

- Por no reclamación de PRIMA impagada

En el supuesto de falta de pago de cualquier fracción de PRIMA que no sea la primera, el Contrato se extinguirá a los **seis meses** del vencimiento de la PRIMA si el ASEGURADOR no reclama su pago, de acuerdo con el **artículo 15 de la Ley**.

La resolución o extinción del Contrato, efectuada de acuerdo con lo previsto en esta Cláusula o por la oposición del ASEGURADOR a la prórroga del mismo, no modifica los respectivos derechos y obligaciones de las partes ***exclusivamente en relación con los siniestros en curso***.

CLÁUSULA DECIMOQUINTA: PÉRDIDA DE DERECHOS

Se pierde el derecho a la prestación garantizada:

1. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el “Cuestionario de Salud” si medió dolo o culpa grave del TOMADOR y/o ASEGURADO **-artículo 10 de la Ley-**.
2. En caso de agravación del riesgo, si el TOMADOR y/o ASEGURADO no lo comunica al ASEGURADOR y actúa de mala fe **-artículo 12 de la Ley-**.
3. Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera PRIMA, salvo pacto en contrario **-artículo 15 de la Ley-**.
4. Si el TOMADOR y/o ASEGURADO no facilitan al ASEGURADOR la información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro y hubiera concurrido dolo o culpa grave **-artículo 16 de la Ley-**.
5. Si el TOMADOR y/o ASEGURADO incumplen su deber de aminorar las consecuencias del siniestro, y lo hacen con manifiesta intención de engañar o perjudicar al ASEGURADOR **-artículo 17 de la Ley-**.
6. Cuando el siniestro haya sido causado por mala fe del ASEGURADO **-artículo 19 de la Ley-**.
7. Por oposición del TOMADOR y/o ASEGURADO al tratamiento de los datos personales y de salud, al privar al ASEGURADOR de la información necesaria para la prestación de los servicios y demás fines del Contrato.
8. El Contrato será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su

conclusión ya hubiere ocurrido el siniestro.

CLÁUSULA DECIMOSEXTA: PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del Contrato prescriben a los **cinco años** a contar desde el día en que pudieron ejercitarse **-artículo 23 de la Ley-**.

CLÁUSULA DECIMOSÉPTIMA: COMUNICACIONES

A los efectos de este Seguro se entiende comunicado el siniestro al solicitar el ASEGURADO la prestación del servicio.

En caso de incumplimiento, el ASEGURADOR puede reclamar daños y perjuicios por la falta de declaración, salvo que haya tenido conocimiento del siniestro por otro medio; todo ello de acuerdo con **el artículo 16 de la Ley**.

Las comunicaciones al ASEGURADOR por parte del TOMADOR y/o ASEGURADO se realizarán en el domicilio social de aquél, señalado en el Póliza.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros al ASEGURADOR en nombre del TOMADOR y/o ASEGURADO surtirán los mismos efectos que si las hubiera realizado el propio TOMADOR y/o ASEGURADO, de acuerdo con el **artículo 21 de la Ley**.

Las comunicaciones que efectúe el TOMADOR y/o ASEGURADO al agente de seguros tendrán el mismo efecto que si se hubiesen realizado directamente al ASEGURADOR.

Las comunicaciones del ASEGURADOR al TOMADOR y/o ASEGURADO se realizarán en el domicilio de los mismos que figura en la Póliza o **Suplemento**.

El Contrato de Seguro y sus **Anexos** o **Suplementos**, así como sus modificaciones, deberán ser formalizados por escrito, de acuerdo con el **artículo 5 de la Ley**, en papel o en otro soporte duradero de acuerdo con la Disposición Adicional Primera de la misma Ley.

CLÁUSULA DECIMOCTAVA: JURISDICCIÓN

Los conflictos que puedan surgir entre el TOMADOR y/o ASEGURADO con el ASEGURADOR se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de seguro el del domicilio del TOMADOR y/o ASEGURADO, siendo nulo cualquier pacto en contrario, según disposición del **artículo 24 de la Ley**.

ANEXO I: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

1. PEDIATRÍA Y PUERICULTURA DE CABECERA

Para menores de 18 años. Asistencia domiciliaria y en consultorio. *Servicio sujeto a COPAGO.*

2. MEDICINA GENERAL

Asistencia domiciliaria y en consultorio. *Servicio sujeto a COPAGO.*

3. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Administración parenteral de tratamientos en consultorio y a domicilio en los casos prescritos por médico de la “Lista de facultativos” del ASEGURADOR. *Servicio sujeto a COPAGO.*

4. ESPECIALIDADES

La visita al médico especialista sujeta a COPAGO.

- Alergología.
- Análisis clínicos.
- Anatomía patológica.
- Anestesiología y reanimación.
- Angiología y cirugía vascular.
- Aparato digestivo.
- Aparato respiratorio -Neumología-.
- Cardiología.
- Cirugía cardiovascular.
- Cirugía general y del aparato digestivo.
- Cirugía maxilo-facial. *Excluida la colocación de implantes osteointegrados.*
- Cirugía pediátrica.
- Cirugía plástica y reparadora. *Excluida la cirugía y tratamientos estéticos.*
- Cirugía torácica.
- Dermatología. *Excluida la dermatología cosmética.*
- Endocrinología y nutrición.
- Ginecología y obstetricia. Reconocimiento ginecológico anual. *Excluida la interrupción voluntaria del embarazo, aunque se trate de los supuestos contemplados por la legislación vigente.*
- Hematología y hemoterapia.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear. (*)
- Nefrología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología clínica.
- Neurología.
- Odonto-estomatología. *Incluye únicamente extracciones y una tartrectomía (limpieza de boca) (*) al año cuando haya patología bucal. La tartrectomía preventiva no queda cubierta.*

- Oftalmología. *Excluida la cirugía refractiva.*
- Oncología médica.
- Oncología radioterápica.
- Otorrinolaringología.
- Psiquiatría. *Quedan excluidos el psicoanálisis, la hipnosis, la psicoterapia individual o de grupo, los test psicológicos, la sofrología, la narcolepsia ambulatoria y el tratamiento por drogadicción o alcoholismo.*
- Radiodiagnóstico. *Excluidos los medios de contraste.*
- Rehabilitación. (*) *Excluida la fisioterapia de mantenimiento y ocupacional, así como la rehabilitación de enfermedades crónicas cuando se hayan estabilizado las lesiones.*
- Reumatología.
- Traumatología y cirugía ortopédica.
- Urología.

(*) Estos servicios requerirán, además de la petición escrita del médico de la “Lista de facultativos”, la autorización extendida por los servicios administrativos del ASEGURADOR.

5. TÉCNICAS ESPECIALES

Estos servicios requerirán, además de la petición escrita del médico de la “Lista de facultativos”, la autorización extendida por los servicios administrativos del ASEGURADOR.

Siempre se realizarán previa prescripción escrita de un médico de la “Lista de facultativos” del ASEGURADOR. *Servicios sujetos a COPAGO.*

5.1 DE DIAGNÓSTICO

Este servicio comprende los medios de diagnóstico habituales reconocidos por la práctica médica en el momento de suscripción de este Contrato.

Excluidos los medios de contraste radiológicos

- Angioradiología.
- Audiometría objetiva.
- Biología molecular.
- Campimetría bilateral computerizada.
- Coronariografía.
- Densitometría ósea.
- Doppler y Ecodoppler.
- Ecografía.
- Electromiografía.
- Electro-oculograma.
- Electroretinograma.
- Endoscopias (digestiva, neumológica, urológica).
- Escáner.
- Estudio Polisomnográfico.
- Exploraciones con radioisótopos.
- Exploraciones urodinámicas.

- Fluorescingrafía.
- Hemodinámica vascular y cardíaca.
- Holter.
- Inmunohistoquímica.
- Mamografía.
- Neuroradiología.
- Potenciales evocados.
- Pruebas de alergia.
- Pruebas de esfuerzo cardiológicas.
- Pruebas funcionales digestivas:
 - Manometría.
 - Ph metría.
- Resonancia magnética.
- Spect.
- Tomografía de coherencia óptica (OCT).
- Tomografía por emisión de positrones (PET). *Limitada a la lista de indicaciones en oncología con cobertura pública, publicada por la Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica de Catalunya.*

5.2 TERAPÉUTICAS

Este servicio comprende técnicas terapéuticas habituales reconocidas por la práctica médica en el momento de suscripción de este Contrato.

- Angioplastia coronaria.
- Cámara hiperbárica.
- Endoscopia terapéutica.
- Fotocoagulación por láser oftalmológico.
- Litotricia renal.

6. BANCO DE SANGRE Y PLASMA

A cargo del ASEGURADOR el acto médico de la transfusión en todos los casos así como la sangre y/o plasma a transfundir dentro del quirófano y fuera de él.

7. OXIGENOTERAPIA

Este servicio requerirá, además de la petición escrita del médico de la “Lista de facultativos”, la autorización extendida por los servicios administrativos del ASEGURADOR.

En clínica para todo tipo de ingresos y a domicilio. *La domiciliaria sujeta a COPAGO.*

8. URGENCIAS

Atención durante las veinticuatro horas del día a través de nuestro Servicio Permanente de Urgencias. *Servicio sujeto a COPAGO.*

9. INGRESOS EN CLÍNICAS

Estos servicios requerirán, además de la petición escrita del médico de la “Lista de

facultativos”, la autorización extendida por los servicios administrativos del ASEGURADOR.

Se realizará cuando la índole del tratamiento lo requiera y previa petición de un médico de la “Lista de facultativos” del ASEGURADOR y será siempre en clínicas concertadas por el ASEGURADOR. ***Servicios sujetos a COPAGO.*** Puede dar lugar a:

9.1 HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA

Para todo tipo de intervenciones quirúrgicas y/o traumatológicas amparadas por la cobertura de la Póliza. Comprende:

- Estancia en clínica para el enfermo, sin límite de días, en habitación individual **siempre que las características del Centro lo permitan.**
- Derechos de quirófano.
- Material de curas, dentro y fuera de quirófano.
- Medicación, dentro y fuera de quirófano.
- Drogas anestésicas.
- Sutura mecánica quirúrgica.
- Cirugía con láser quirúrgico, en proctología y otorrinolaringología.
- Cirugía con láser quirúrgico, para el tratamiento de venas varicosas y estenosis de vías respiratorias.
- Estancia en unidades de cuidados intensivos, cuidados especiales y unidad coronaria.

9.2 HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

Ingreso en clínica para aquellas enfermedades o procesos que no requieran intervención quirúrgica pero que, a juicio del médico de la “Lista de facultativos”, no pueden tratarse en el domicilio del paciente con técnica correcta y precisen de internamiento. No tiene límite de días y comprende:

- Estancia en clínica para el enfermo en habitación individual **siempre que las características del Centro lo permitan.**
- Curas y su material.
- Medicación.
- Quimioterapia antineoplásica en pacientes hospitalizados, con los criterios y límites establecidos en **Condiciones Particulares.**
- Estancia en unidades de cuidados intensivos, cuidados especiales y unidad coronaria.

En ningún caso se aceptará como motivo de permanencia en clínica problemas de tipo social.

9.3 HOSPITALIZACIÓN NEONATOLÓGICA

Ingreso en clínica para recién nacidos si previamente se ha cursado su alta como ASEGURADO. No tiene límite de días y comprende:

- Estancia en la unidad de neonatología.
- Derechos de quirófano.
- Material de curas y medicación, dentro y fuera de quirófano.

- Drogas anestésicas.

9.4 HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Ingreso en clínica, en centro especializado, ***hasta un máximo de 90 días por año natural***, en los casos de trastornos mentales crónicos en fase aguda y, en general, todos aquellos procesos agudos que, a juicio del médico de la “Lista de facultativos”, no puedan tratarse en el domicilio del paciente y precisen internamiento. Comprende:

- Estancia en clínica para el enfermo.
- Medicación.

No cubre el servicio de acompañante en clínica.

En ningún caso se aceptará como motivo de permanencia en clínica problemas de tipo social.

9.5. CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Comprende:

- Estancia en la unidad de cirugía ambulatoria.
- Derechos de quirófano.
- Material de curas, dentro y fuera de quirófano.
- Medicación, dentro y fuera de quirófano.
- Drogas anestésicas.

10. EMBARAZOS Y PARTOS

Estos servicios requerirán, además de la petición escrita del médico de la “Lista de facultativos”, la autorización extendida por los servicios administrativos del ASEGURADOR.

Servicios sujetos a COPAGO.

Comprende los siguientes servicios:

- Vigilancia del embarazo por médico obstetra y asistencia por éste en los partos normales, distócicos y prematuros.
- Educación maternal y preparación al parto.
- Detección prenatal de cromosopatías y defectos del tubo neural (cribaje bioquímico del primer o segundo trimestre, amniocentesis, biopsia corial).
- Comadrona.
- Ecografías durante el embarazo, siempre a criterio del médico de la “Lista de facultativos”, ***hasta un máximo de tres***, salvo embarazos de alto riesgo.
- Reserva Respiración Fetal (RRF). ***Sólo en embarazos de alto riesgo y previa prescripción facultativa.***
- Fisioterapia para la recuperación postparto del suelo pelviano (***antes de pasados seis meses de la fecha del parto***).

10.1 Ingreso en clínica para todo tipo de partos con la siguiente cobertura: Servicio sujeto a COPAGO.

- Estancia en habitación individual para la madre, **siempre que las características del Centro lo permitan.**
- Derecho de sala de partos, o quirófano en caso de cesárea.
- Material de curas, dentro y fuera del quirófano.
- Medicación, dentro y fuera del quirófano.
- Honorarios de anestesista y drogas anestésicas.
- Vacuna anti RH.
- Con cargo a la póliza de la madre, servicio de nursería y en el mismo servicio asistencia pediátrica al recién nacido, **limitada al menor de los plazos siguientes: alta clínica de la madre o diez días.**
- En el caso de que el recién nacido precise ingreso neonatológico, el ASEGURADOR se hará cargo del siniestro si previamente se ha cursado su alta como ASEGURADO.
- Traslado en ambulancia, debidamente equipada, al centro adecuado si la clínica donde tiene lugar el parto no posee servicio de incubadora.

11. OTROS SERVICIOS

Estos servicios requerirán, además de la petición escrita del médico de la “Lista de facultativos”, la autorización extendida por los servicios administrativos del ASEGURADOR.

Servicios sujetos a COPAGO.

- Ortóptica y pleóptica.
- Ventiloterapia y aerosoles.
- Diagnóstico precoz del cáncer de mama mediante mamografía.
- Procedimientos quirúrgicos de planificación familiar: esterilización tubárica y vasectomía.
- Logopedia infantil, **hasta 20 sesiones.**
- Foniatría, casos quirúrgicos, **hasta 15 sesiones.**
- Psicología clínica infantil y de la adolescencia, **hasta los 18 años**, bajo prescripción de un médico especialista en pediatría o psiquiatría de la lista de facultativos y **hasta 15 sesiones al año.**
- Las nuevas técnicas complementarias de diagnóstico o terapéuticas que en el futuro vayan probando su eficacia se incorporarán a la cobertura de la Póliza mediante suplementos en las **Condiciones Particulares** con fijación de importe de **COPAGO** y revisión de PRIMA si procede.