IGUALATORIO MÉDICO-QUIRÚRGICO COLEGIAL, S.A. DE SEGUROS
COMPAÑÍA DE SEGUROS DE ASISTENCIA SANITARIA
Registro Mercantil de Santander, Tomo 498, Folio 165, Hoja S-3838
C.I.F. A-39002357
Inscrita en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras del
Ministerio de Hacienda por O.M. de 21 de diciembre de 1959
Autorizada por la Dirección General de Planificación Sanitaria con el núm. 745
Inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros con el núm. C-0384
Domicilio Social: Santander – Oficinas: Plaza del Príncipe, 4
Teléfono 942 229 600
CAPITAL SOCIAL: 2.103.725 EUROS
TOTALMENTE DESEMBOLSADO
Constituidos los Depósitos que ordena la Ley. Reservas íntegras en España

CONDICIONES GENERALES

PÓLIZA PLATA PLUS

ÍNDICE DEL CONDICIONADO

Artículo 1	CLÁUSULA PRELIMINAR	3
Artículo 2	DEFINICIONES	3
Artículo 3	BASES DEL CONTRATO	4
Artículo 4	OBJETO DEL SEGURO	4
Artículo 5	DURACIÓN DEL SEGURO	5
Artículo 6	PRIMAS DEL SEGURO	5
Artículo 7	ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA	6
Artículo 8	OBLIGACIONES, DEBERES Y DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO	6
Artículo 9	OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR	7
Artículo 10	PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO	8
Artículo 11	TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL	8
Artículo 12	COMUNICACIONES	10
Artículo 13	JURISDICCIÓN	10
Artículo 14	PRESCRIPCIÓN	10
Artículo 15	ATENCIÓN AL CLIENTE	10
Artículo 16	PERIODOS DE CARENCIA	11
Artículo 17	PRESTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	11
Artículo 18	DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA, RIESGOS CUBIERTOS	12
Artículo 19	RIESGOS EXCLUIDOS	16

Artículo 1
CLÁUSULA PRELIMINAR

El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre de 1980), por la Ley 20/2015, de 14 julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto nº 1060/2015 de 20 de noviembre) y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de este contrato así como sus anexos, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por éstos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán la mencionada aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

Artículo 2
DEFINICIONES

Asegurador: Igualatorio Médico Quirúrgico-Colegial, S.A. de Seguros, en adelante Igualatorio Cantabria, persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.
Tomador del Seguro: La persona física o jurídica que juntamente con Igualatorio Cantabria, suscribe el presente Contrato, asume las obligaciones que del mismo se deriven, excepto las que por su naturaleza deben ser cumplidas por el Asegurado.
Asegurado: La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el Seguro y que, en defecto del Tomador, asumen las obligaciones derivadas del Contrato.
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.
Enfermedad: Toda alteración de la salud del Asegurado, no causada por un accidente, diagnosticada por un médico, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.
Enfermedad preexistente: Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del Seguro o del alta en la Póliza.
Enfermedad, lesión, defecto o malformación congénita: Es aquélla 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 período de la vida del Asegurado.
Copago: Importe que el Tomador debe abonar al Asegurador para colaborar en la cobertura económica de cada servicio sanitario utilizado por el Asegurado. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas, y su cuantía puede ser actualizada anualmente.
Póliza El documento o documentos que contienen las cláusulas y pactos reguladores del Contrato de Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la póliza: el Cuestionario de Salud, las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales y los Suplementos, Anexos o Apéndices que se emitan para complementarla o modificarla.
Condiciones Particulares: Documento integrante de la póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.
Cuestionario de Salud: Declaración realizada y firmada por el Tomador y/o asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve al asegurador para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.
Lista de Facultativos: Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por Igualatorio Cantabria, con su dirección, teléfono y horario. A estos efectos, se considerarán Listas de Facultativos de Igualatorio Cantabria tanto donde ésta opera directamente como en donde lo haga mediante concierto con otras Aseguradoras. En cada Lista de Facultativos provincial se relacionan, además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y urgencias.
El Tomador y los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran la Lista de Facultativos actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que le es propia. Los datos que figuran en la Lista

de Facultativos pueden sufrir variación, por lo que se recomienda que, ante cualquiera contingencia se consulte con la entidad o su página Web.

Plazo o Período de Carencia: 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.

Prestación: Consiste en la asunción del coste de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro objeto de cobertura, durante la vigencia del Contrato.

Prima: Es el precio del Seguro, es decir, la cantidad que el Tomador del Seguro o Asegurado debe abonar al Asegurador. El recibo contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación. La prima es única, anual y pagadera por adelantado. No obstante podrá pactarse su pago fraccionado, lo que en ningún caso constituirá fragmentación del carácter anual e indivisible de la misma. Su cuantía puede ser actualizada anualmente.

Siniestro: Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios cuyo coste se encuentra total o parcialmente cubierto por la Póliza.

Franquicia: Importe que el Asegurado debe abonar al Asegurador por alguno de los servicios sanitarios utilizados. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas y su cuantía puede ser actualizada anualmente.

Observación: Unidad asistencial dependiente de Urgencias, dotada de camas o, en su caso, sillones, donde se puedan prestar cuidados continuados de enfermería, servicios hosteleros y con acceso a aseo.

Artículo 3
BASES DEL CONTRATO

Las declaraciones formuladas por el Tomador y/o Asegurado, de acuerdo con la Solicitud de Seguro y el Cuestionario de Salud que le someta el Asegurador, así como la presente Póliza, constituyen un todo unitario y son la base para la aceptación del riesgo por parte del Asegurador, las obligaciones que para él se derivan y la determinación de la cuantía de la prima. En consecuencia, son requisitos para contratar el sometimiento del Asegurado, a su costa, a examen médico previo, y/o cumplimentar el Cuestionario de Salud-Declaración establecido por el Asegurador. El Asegurador se reserva, en todo caso, la libertad de contratar. El Asegurador deberá entregar al Tomador la Póliza, que estará integrada por las Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales si las hubiera y la Tarjeta de Asegurado.

Artículo 4
OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza y mediante la aplicación de la prima, sobreprimas, copagos y franquicias que en cada caso corresponda, el Asegurador proporcionará al Asegurado la asistencia médica y quirúrgica en las enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en la descripción de los servicios de la Póliza, siempre que se trate de técnicas de diagnóstico y tratamiento habituales reconocidas por la práctica médica en el momento de suscribir el presente Contrato. La asistencia cubierta por el Seguro se llevará a cabo exclusivamente por el Cuadro Médico del Asegurador y en los Centros por él concertados.

La Entidad se reserva la posibilidad de repercutir en la prima de Seguro la incorporación posterior de nuevas técnicas.

Igualatorio Cantabria se hará cargo, siempre que se cumplan las previsiones de esta Póliza, del coste de la asistencia sanitaria que los mencionados profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados presten a los Asegurados. En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria comprendida en la Póliza.

Según dispone el Art. 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 de la Póliza.

Artículo 5
DURACIÓN DEL SEGURO

La entrada en vigor del Contrato de Seguro, salvo pacto en contrario, tendrá lugar a partir de las veinticuatro horas del día en que se pague la primera prima.

El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y, si nada se estableciera, por el periodo que vence el 31 de diciembre del año de la contratación. A su vencimiento, de conformidad con el Art. 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por periodos anuales. No obstante, **cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador**. El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso, cualquier modificación del contrato de seguro. Realizada la comunicación en la forma aquí establecida, el Contrato expirará al finalizar el periodo pactado en las Condiciones Particulares o a la finalización del período anual de prórroga en que se encuentre, según el caso.

El Asegurador, durante la asistencia del Asegurado y hasta su curación, no podrá rescindir la Póliza, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

Si el Asegurado se encontrase hospitalizado, la comunicación efectuada por Igualatorio Cantabria oponiéndose a la prórroga de la Póliza no surtirá efectos respecto de dicho Asegurado, hasta la fecha en que obtuviere el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

Artículo 6
PRIMAS DEL SEGURO

El Tomador del Seguro, de acuerdo con el Art. 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, que se realizará mediante domiciliación bancaria salvo que, en condición particular, se acuerde otra cosa.

La prima es única, anual y pagadera por adelantado, devengándose íntegramente al comienzo del primer período actuarial; o, si las hubiera, al inicio de cada una de las prórrogas.

No obstante, podrá pactarse, en las Condiciones Particulares y en beneficio del Tomador, su pago fraccionado, sin perjuicio del derecho al cobro íntegro de la misma que asiste al Asegurador. Este fraccionamiento constituye una facilidad de pago, pero de ningún modo perjudica la unidad e indivisibilidad de la prima anual.

La primera prima será exigible, conforme al Art. 15 de la citada Ley, una vez firmado el Contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del Seguro, el Asegurador tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas o fracciones de ésta, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si el Asegurador no reclama el pago en el plazo 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 veinticuatro horas del día en que Tomador del Seguro pague la prima. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el Contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

El Tomador del Seguro perderá el derecho al fraccionamiento de la prima que se hubiere convenido en caso de impago de cualquier recibo, siendo exigible desde ese momento la prima total acordada para el periodo de Seguro que reste.

El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la dirección.

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

El recibo contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación. El Tomador puede cambiar la cuenta o la entidad financiera en que domicilia sus recibos sin más que comunicar previamente el cambio por escrito.

Artículo 7
ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA

De acuerdo con lo establecido en el Art. 94.1, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, IGUALATORIO CANTABRIA, anualmente, podrá:

Actualizar el importe de las primas.
Actualizar el importe correspondiente a las franquicias o participación del Asegurado en el coste de los servicios (copagos).
Con independencia de las indicadas actualizaciones, en cada renovación, la prima anual se establecerá de acuerdo a la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de prima que la Aseguradora tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las primas.
Estas actualizaciones de primas y franquicias se fundamentaran en función de las hipótesis actuariales basadas en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios cubiertos, y en las innovaciones tecnológicas que sea necesario incorporar a la póliza en sí.
El Tomador del seguro al recibir la notificación de estas actualizaciones de primas y/o franquicias para la siguiente anualidad, podrá optar por la prórroga del Contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente al Asegurador su voluntad en tal sentido.
El pago del primer recibo correspondiente a la prima del periodo de prórroga en curso supondrá la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones del Contrato de Seguro.

Artículo 8
OBLIGACIONES, DEBERES Y DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado tendrá las siguientes obligaciones y derechos:
a) Declarar al Asegurador, antes de la conclusión del Contrato y de acuerdo con el Cuestionario al que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a Cuestionario o cuando, aun haciéndolo, 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 del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento 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 diferencia 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.
b) Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una disminución del riesgo será de aplicación lo dispuesto en el Art. 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 del 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”.
c) Comunicar al Asegurador, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produjeran durante la vigencia del presente Contrato, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, cuando se procederá a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación. En virtud del principio de indivisibilidad de la prima, las bajas de Asegurados no producirán efecto alguno respecto de las primas ya devengadas, aunque su pago se hubiera fraccionado en las Condiciones Particulares en beneficio del Tomador.
Los hijos recién nacidos del Asegurado tendrán derecho a ser dados de alta como nuevos asegurados, para lo cual, el tomador del seguro deberá comunicar a IGUALATORIO CANTABRIA tal circunstancia dentro de los 7 primeros días naturales siguientes a la fecha de alumbramiento, mediante la cumplimentación de una solicitud de seguro. Las altas comunicadas en plazo retrotraerán sus efectos a la fecha del nacimiento. 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 el nuevo asegurado, serán aplicables los periodos de carencia.

En todo caso, la Aseguradora cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido durante los primeros siete (7) días naturales de vida, finalizando la cobertura transcurrido dicho plazo, si no se hubiere solicitado su alta conforme a lo establecido en el párrafo segundo de este apartado.
d) 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.
e) Facilitar la subrogación a favor del Asegurador, según establece la Ley. El Asegurador, una vez atendidas las obligaciones que para él resultan de este Contrato, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo al objeto de reintegrarse de los gastos de la asistencia.
El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.
El Asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto del Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un Contrato de Seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho Contrato.
En caso de concurrencia de Asegurador y Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.
f) El Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de Seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el Art. 8 de la Ley de Contrato de Seguro.
g) Para la utilización de los servicios ofertados por el Igualatorio Cantabria, el Asegurado deberá presentar su tarjeta, documento personal e intransferible. En caso de pérdida o sustracción de esta tarjeta, el Tomador y/o Asegurado tiene(n) la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de cuarenta y ocho horas, procediéndose a emitir una nueva tarjeta y anular la extraviada o sustraída. Además, el Tomador del Seguro y/o Asegurado se obliga a devolver al Asegurador la tarjeta, en el caso de rescisión, resolución y, en general, de finalización de la relación contractual cualquiera que sea la causa de la misma.
El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la Tarjeta Sanitaria.

Artículo 9
OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

Además de hacer efectivas las garantías aseguradas, el Asegurador deberá entregar al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el Art. 5 de la Ley de Contrato de Seguro, así como un ejemplar del Cuestionario y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro.
El Asegurador entregará al Tomador del Seguro y/o Asegurado la tarjeta con especificación del teléfono de información de los servicios de urgencias y Cuadro Facultativo, con especificación del Centro Permanente de Urgencia, de los Hospitales y Clínicas y de las direcciones y horarios de consulta de sus facultativos.
El Cuadro Médico podrá ser actualizado por Igualatorio Cantabria mediante el 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 encuentre en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de la Aseguradora la entrega del Cuadro Médico actualizado o informarse en la Página Web de Igualatorio Cantabria.

Artículo 10
PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

1.- El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:
a) Si al cumplimentar el Cuestionario el Tomador del Seguro o Asegurado ha sido inexacto o ha omitido dolosamente cualquier circunstancia por él conocida que pueda influir en la valoración del riesgo, el

Asegurador podrá rescindir el Contrato durante los treinta días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de dicha omisión (Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).
b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador y han actuado de mala fe (Art. 12 de la Ley de Contrato de Seguro).
c) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima, salvo pacto en contrario (Art. 15 de la Ley de Contrato de Seguro).
d) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado (Art. 19 de la Ley de Contrato de Seguro).
2.- El Tomador podrá rescindir el Contrato cuando se varíe el cuadro facultativo, siempre que afecte al médico de cabecera, o al tocólogo, o al puericultor de zona, o al 50 % de los especialistas que integren el cuadro médico del Asegurador, quien tendrá a disposición del Asegurado en todo momento en su Página Web o en sus oficinas la relación completa y actualizada de dichos especialistas para su consulta.
3.- 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.
4.- Si se hubiere practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y el Asegurador no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores a la fecha de efecto del Contrato, a menos que de manera expresa, y como consecuencia de dicho reconocimiento, se haga alguna salvedad en las Condiciones Particulares de la Póliza, o que la dolencia o afección hubiera sido ocultada dolosamente por el Asegurado en el Cuestionario-Declaración. Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable transcurrido un año de la entrada en vigor del Contrato, salvo que el Tomador o el Asegurado hayan actuado con dolo.

Artículo 11
TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

De conformidad con lo previsto en el Reglamento (UE) del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, y normativa complementaria, se le informa de que sus datos personales y los de los asegurados y/o beneficiarios que nos facilite para la solicitud de seguro, la realización del cuestionario de salud y formalización de la póliza de salud (incluidos los datos de salud), así como aquéllos que nos facilite usted o un tercero a lo largo de la relación o que resulten de las actuaciones médicas solicitadas y/o realizadas cuyo coste se pretenda cubrir por tal seguro, serán tratados por Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros, con domicilio en Plaza del Príncipe, 4 – 39003 Santander, e incorporados a un fichero de su titularidad, para la formalización y gestión del desenvolvimiento de la póliza y prestación de los servicios sanitarios cubiertos por la misma, el cumplimiento de la normativa aplicable (entre ella, Ley 50/1980, de 5 de octubre, de Contrato de Seguro, y de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como demás normativa reguladora del sector de los seguros y reaseguros y en la normativa fiscal y otras aplicables), la prevención del fraude, la colaboración estadístico actuarial para tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, lo cual el tomador y los asegurados y/o beneficiarios consienten.
Por otro lado, se le hace saber que las llamadas que efectúe al teléfono de urgencias de Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros o a otros teléfonos de la empresa podrán ser grabadas en interés legítimo de ésta. Siempre que una llamada vaya a ser grabada se le advertirá de ello.
Asimismo, se le informa de que los datos del tomador y de los asegurados, incluidos los de salud, podrán ser comunicados a profesionales sanitarios, centros y hospitales médicos prestadores de la asistencia médica cubierta por la póliza y viceversa, con las finalidades previamente referidas, y a las entidades con las que Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros mantenga relaciones de coaseguro, reaseguro o colaboración, para la formalización y cumplimiento de tales contratos, para todo lo cual se

presta expreso consentimiento. Además, se le comunica que los datos personales del tomador y los asegurados y/o beneficiarios podrán cederse asimismo a instituciones y organismos públicos en los casos legalmente establecidos, a Juzgados y Tribunales, y a encargados del tratamiento de Igualatorio Cantabria. La bases legales de estos tratamientos son la formalización y cumplimiento del contrato de seguro de asistencia sanitaria, el cumplimiento de la Ley 50/1980 y Ley 20/2015 y demás normativa referenciada, el consentimiento, así como el interés legítimo en la prevención del fraude, la colaboración estadístico actuarial para tarificación y selección de riesgos, la elaboración de estudios de técnica aseguradora y la grabación de llamadas telefónicas.

Mediante la suscripción de la presente póliza, el tomador/asegurado/beneficiario presta su consentimiento a los referidos tratamientos o cesiones. Si se opusiera a los mismos o no nos facilitara los datos requeridos no podría hacerse efectiva la formalización de la póliza de salud, o su cobertura podría verse temporalmente suspendida.

En caso de que desee que sus datos y los de los asegurados y/o beneficiarios puedan ser tratados con fines de gestión comercial y para remitirle por cualquier medio (p.e., correo postal, correo electrónico, teléfono o fax) envíos publicitarios y de información comercial acerca de la empresa, sus actividades, productos, servicios, ofertas, promociones especiales y análogos, marque la casilla que figura a continuación, siendo la base legal del tratamiento su consentimiento:

☐

Además, se le informa de que, al existir una relación comercial, Igualatorio Cantabria podrá remitirle al tomador por cualquier medio información comercial referente exclusivamente a bienes y servicios similares a los que contratados, siendo la base legal del tratamiento el interés legítimo de Igualatorio Cantabria en mantenerle informado y cumplir sus expectativas como cliente, sin perjuicio de que pueda oponerse al envío de tales comunicaciones en cualquier momento dirigiendo comunicación en tal sentido a protecciondedatos@igualatoriocantabria.es o haciéndolo constar en el domicilio social de Igualatorio Cantabria.

En caso de tratamientos basados en su consentimiento, se le informa de que podrá retirar el mismo en cualquier momento, sin que ello afecte a la licitud del tratamiento previo a su retirada.

Los datos personales (incluidos los de salud) que consten en la solicitud de seguro, en el cuestionario de salud, en la póliza de salud y los que se generen en relación con la asistencia sanitaria objeto de cobertura serán conservados por Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros hasta la extinción de la póliza y, a partir de entonces, hasta la prescripción de las responsabilidades derivadas del tratamiento y de la relación entablada, sin perjuicio del deber de bloqueo, en su caso, procediéndose posteriormente a su destrucción o anonimización. No obstante, cuando la normativa lo exija, los datos podrán ser mantenidos para el cumplimiento de las obligaciones legales, así como para la prestación de servicios asistenciales cuando resultara necesario. Si hubiese marcado la casilla de envío de comunicaciones comerciales, los datos de contacto podrán ser mantenidos hasta que se dé de baja en el servicio, conservándose posteriormente durante el plazo de prescripción de las responsabilidades derivadas del tratamiento y de la relación, sin perjuicio, en su caso, de la obligación de bloqueo.

En el caso de que la póliza no llegue a formalizarse, el interesado autoriza a Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. a que conserve sus datos hasta que éste solicite su supresión.

Los interesados quedan informados de que, en caso de dudas sobre la protección de sus datos personales, podrán contactar con el Delegado de Protección de Datos de Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros en la dirección dpo@igualatoriocantabria.es.

Asimismo, se les hace saber que podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad de los datos dirigiéndose por escrito al domicilio social de Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros, en Plaza del Príncipe, 4 – 39003 Santander o a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@igualatoriocantabria.es, adjuntando en ambos casos fotocopia de su DNI o documento oficial equivalente. En caso de no atenderse el ejercicio de los mencionados derechos, podrá presentar una reclamación ante la autoridad de control.

El tomador declara y garantiza que ha obtenido de los titulares de los datos personales que el tomador ha comunicado o comunique (es decir, asegurados y beneficiarios) los consentimientos necesarios para autorizar, en su nombre, el tratamiento de tales datos por Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros, así como la realización de las cesiones previamente referidas, habiéndoles informado expresamente de todos los extremos contenidos en el presente documento y en los demás relacionados,

incluida la posibilidad de ejercitar los derechos que legalmente les corresponden. En este sentido, declara que los mismos han sido informados de la comunicación de sus datos a Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros.
Asimismo, el tomador manifiesta que los datos proporcionados son exactos y que cuenta con autorización de los asegurados y beneficiarios para que Igualatorio Médico-Quirúrgico Colegial, S.A. de Seguros pueda informarle de las prestaciones sanitarias realizadas a los asegurados, así como remitirle cualquier otra comunicación atinente o relacionada con la póliza que pueda incluir datos de los asegurados o beneficiarios.
Para más información, consulte nuestra Política de Protección de Datos en https://igualatoriocantabria.es/.

Artículo 12
COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en la Póliza, pero si se realizan por un Corredor de Seguros al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el mismo tomador, salvo indicación en contrario de este.
En todo caso se precisara el consentimiento expreso del tomador del seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor. Conforme al Art. 21 de la Ley de Contrato de Seguro.
Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizaran en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de domicilio al Asegurador.

Artículo 13
JURISDICCIÓN

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado. Se designará un domicilio en España en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

Artículo 14
PRESCRIPCIÓN

Las acciones del Tomador del Seguro y del Asegurado para reclamar judicialmente contra el rechazo de una prestación prescriben a los cinco años, a contar desde el día en que pudieran ejercitarse.

Artículo 15
ATENCIÓN AL CLIENTE

El Asegurador, de acuerdo con la legislación vigente, y en particular con lo dispuesto en la Ley 44/2002 de 22 de noviembre de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, en el R.D. 303/2004 de 20 de febrero por el que se aprueba el Reglamento de los Comisionados para la defensa del Cliente de Servicios Financieros y en la Orden Eco 734/2004 de 11 de marzo, dispone de un Departamento de Atención al Cliente al que pueden dirigirse: los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores. Este Departamento es el encargado de recibir todas las quejas y reclamaciones y contestarlas, en un plazo máximo de dos meses, una vez presentado el expediente completo.
Las quejas o reclamaciones podrán presentarse: en las oficinas del Asegurador, por correo postal remitido a Plaza del Príncipe, 4 - 39003 Santander o por correo electrónico a la dirección atencionalcliente@igualatoriocantabria.es. La presentación de dichas quejas o reclamaciones deberá ajustarse a lo establecido en el Reglamento del Servicio de Atención al Cliente.
Transcurridos dos meses sin haber recibido la resolución, o que ésta no haya sido admitida, o bien haya sido denegada total o parcialmente, los interesados podrán presentar su queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: por correo postal a

la dirección Paseo de la Castellana, 44 28046 Madrid, o a través de firma electrónica en el Portal de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: www.dgsfp.meh.es.
Existe, a disposición de los interesados en las oficinas de la Aseguradora y en su página web www.igualatoriocantabria.es, el correspondiente Reglamento del Servicio de Atención al Cliente que regula la actividad del Departamento de Atención al Cliente.

Artículo 16
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 exceptúan del anterior principio general las siguientes:
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS DE CUALQUIER CLASE, HOSPITALIZACIÓN MÉDICA, ACELERADOR LINEAL, ISÓTOPOS RADIACTIVOS, TAC, SCANNER Y GAMMAGRAFÍA a los cuales no tendrá derecho el Asegurado hasta que haya transcurrido un periodo de carencia de SEIS MESES.

EL PERIODO DE CARENCIA PARA LA ASISTENCIA A PARTOS SERÁ DE OCHO MESES. No obstante, se excluyen de la excepción y se aplicará el principio general en los casos de intervenciones quirúrgicas, partos distócicos y hospitalización médica, los tres de urgencia vital, así como en los partos prematuros. En su momento podrán establecerse periodos de carencia para nuevas prestaciones.
Los periodos de carencia previstos en el párrafo anterior podrán eliminarse o reducirse como consecuencia del análisis del Cuestionario de Salud y/o del reconocimiento médico previo.

Artículo 17
PRESTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Los servicios se prestarán de acuerdo con las condiciones siguientes:
a) La asistencia se llevará a cabo mediante el sistema de libre elección de Facultativo y/o Centro, por parte del Asegurado, de entre los Profesionales sanitarios y Centros que figuran en cada momento en el Cuadro Médico del Asegurador, quienes prestarán sus servicios directamente a éste, con plena autonomía y bajo su exclusiva responsabilidad profesional.
b) La identificación del Asegurado ante el Facultativo o Centro deberá hacerse mediante documento suficiente de identificación personal y presentación de la tarjeta de Asegurado, así como de los documentos de acreditación del servicio que, en cada momento, tenga establecidos el Asegurador.
El Asegurador informará previamente a los Asegurados del detalle de las eventuales modificaciones de los sistemas y soportes que, en todo caso, serán efectivos para la obtención de la asistencia de acuerdo con las reglas que se establecen en el apartado siguiente.
c) Los Asegurados, si dicha prestación fuera objeto de cobertura de la póliza, podrán elegir libremente el Médico General o de Familia, dentro de los que figuren en el Cuadro Médico del Asegurador. La elección será anual, salvo causa justificada, y deberá ser notificada al Asegurador y aceptada por el Médico elegido.
La asistencia del Médico General o de Familia incluye la visita domiciliaria cuando el estado del paciente no permita su traslado al consultorio del Facultativo.
En los casos de urgencia, así como fuera del horario normal de visita, la cobertura incluye la atención en los Centros de Urgencia Permanente o, en su caso, la solicitud del Servicio de Urgencia a Domicilio que tiene concertado el Asegurador.
Mientras subsista la misma enfermedad que motivó la asistencia de un Médico Especialista, el paciente sólo podrá utilizar los servicios del inicialmente elegido, salvo causa justificada, que, en tal caso, podrá remitir a otro Especialista perteneciente al Cuadro Médico del Asegurador.
Las pruebas o exploraciones complementarias con fines diagnósticos, requiere la petición del Médico General o de Familia, o del Especialista a cuyo cargo esté la asistencia.
d) La cobertura de la Hospitalización, Médica o Quirúrgica, de la Cirugía Ambulatoria y de las técnicas especiales de diagnóstico requiere la solicitud de un Médico del Cuadro Médico del Asegurador. El Asegurado deberá obtener, además, la confirmación previa de la cobertura en las Oficinas del Asegurador, o a través del sistema que en cada momento esté establecido. En los supuestos de urgencia vital, será suficiente la prescripción del Médico, pero el Asegurado deberá comunicar el hecho al Asegurador, con la mayor brevedad posible -ordinariamente en el plazo de 72 horas- al objeto de obtener la pertinente confirmación o rechazo en base a la cobertura de la Póliza. Los servicios de A.T.S./D.U.E. (Practicante) y

de Ambulancia deberán solicitarse en el teléfono de Atención y Servicio de Urgencias que el Asegurador tiene establecido.
e) El Asegurador no se hará cargo de los gastos ocasionados por la asistencia prestada por Facultativos o Centros ajenos al mismo cualquiera que sea el Médico que prescribe la asistencia. Tampoco se hará cargo de ninguna clase de honorarios, exploraciones, u otros servicios que, aun realizados por Facultativos o Centros concertados, no hayan sido prescritos por iniciativa exclusiva de los Médicos del Cuadro Médico del Asegurador en el tratamiento de sus enfermos y debidamente autorizadas por el asegurador. La indicación hecha por un Médico del Cuadro del Asegurador, para acudir a Facultativos o Centros no concertados, no vincula al Asegurador.
Para el supuesto de que una intervención, exploración o tratamiento cubierto por la Póliza, no pudiera llevarse a cabo por ninguno de los Médicos, Clínicas o Centros del Cuadro del Asegurador, la cobertura de la asistencia precisará informe del Facultativo que esté prestando asistencia al Asegurado y autorización previa y expresa del Asegurador quien podrá recabar información sobre el indicado extremo de otros Facultativos del Cuadro. En el caso de autorización, el Asegurador no está vinculado por la indicación del Médico sobre el Facultativo o Centro de referencia, pudiendo señalar alternativa de garantía reconocida. Asimismo, requerirá indicación de un Facultativo del Cuadro y autorización previa y expresa del Asegurador, la realización de interconsulta con un Especialista de la Red de Asistencia Nacional concertada por el Asegurador. La misma autorización se requerirá para la asistencia en Clínica o Centro Médico situado fuera del ámbito geográfico de actuación del Asegurador.
f) Participación en el coste de los servicios (Copago).
El Asegurado participará en el coste de los servicios que utilice en cada acto médico, quirúrgico, diagnóstico o terapéutico. Las modificaciones en el importe se comunicarán al Asegurado junto con la notificación de variación de la prima de este Contrato.
g) Otras reglas de la asistencia objeto de cobertura:
- A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro cuando el Asegurado solicita la prestación del servicio.
- La cobertura de los servicios a domicilio, en los casos que procedan, únicamente se producirá respecto del que figura en la Póliza, con excepción de los servicios de urgencia fuera del ámbito territorial de actuación del Asegurador. Cualquier cambio de domicilio, habrá de ser notificado por escrito, obligándose el Asegurador a emitir el correspondiente Suplemento de la Póliza.

Artículo 18
DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA. RIESGOS CUBIERTOS

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos, expresivos de la concreta cobertura de la Póliza, son los que en cada caso se señalan en las Condiciones Particulares y las que en un futuro puedan añadirse, con la aplicación de la prima adicional que en cada caso corresponda, sobre la base de alguna de las siguientes Modalidades:
Incluye las prestaciones que, expresamente, se señalan a continuación:

I- ESPECIALIDADES MÉDICAS

- **Medicina General.**
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- **Traumatología y Ortopedia.**
- **Ginecología y Obstetricia.**

Vigilancia del embarazo por el Tocólogo y asistencia por éste, mediante el correspondiente ingreso en clínica de la paciente, en los casos de los partos distócicos y en los prematuros, así como las intervenciones por aborto.

- **Cardiología.**
- **Neumología.**
- **Aparato Digestivo.**

- **Pediatría y Puericultura.**

Hasta los 14 años. Como médico consultor, incluido el tratamiento de los prematuros, con su hospitalización en los casos necesarios.

- **Neurología.**
- **Psiquiatría.**
- **Oftalmología.**
- **Otorrinolaringología.**

Contemplando intervenciones quirúrgicas de hipertrofia amígdalar e hipertrofia de cornetes mediante radiofrecuencia.

- **Urología.**
- **Dermatología.**

En todos los casos **se excluyen las intervenciones y tratamientos de estética.**

- **Medicina Interna.**
- **Odontología.**

Incluye únicamente extracciones y curas estomatológicas derivadas de éstas, así como una limpieza de boca al año por asegurado.

- **Análisis Clínicos.**

Previa prescripción de un médico de los que ejercen para el Asegurador. Quedan **excluidos los aminoacidogramas y los test de alimentos.**

- **Neurofisiología.**

Electroencefalografía, Electromiografía, Potenciales evocados auditivos tronco-encefálicos, somato-sensoriales, visuales y electroretinografía. En todos los casos **se excluye todo lo que no figura como directamente incluido**

- **Anatomía Patológica.**

Previa prescripción de un médico de los que ejercen para el Asegurador.

- **Anestesia y Reanimación.**

Toda clase de anestesias prescritas por médicos del Asegurador.

- **Endocrinología y Nutrición**.
- **Alergología.**

Las autovacunas serán por cuenta del Asegurado.

- **Rehabilitación y Fisioterapia.**

Se prestará con carácter ambulatorio y en los servicios que el Asegurador designe, previa prescripción de un especialista del mismo, para las enfermedades subsidiarias de estos tratamientos, siempre que las mismas hayan sido contraídas con posterioridad a la firma de la Póliza. **Se excluyen las terapias de mantenimiento y ocupacionales, así como la rehabilitación de enfermedades crónicas, congénitas, neurológicas y degenerativas.**

- **Reumatología.**

Estando **excluidos los tratamientos farmacológicos de cualquier tipo (fármacos inmunosupresores, inmunomoduladores…) tanto ambulatorios como hospitalarios.**

- **Hematología Clínica.**
- **Cirugía Maxilofacial.**

II- INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

- **Alta Cirugía Especializada.**

Que comprende las siguientes prestaciones quirúrgicas:

- Neurocirugía.
- Cirugía Cardiovascular.
- Cirugía Torácica.
- Trasplante de Córnea. La córnea a trasplantar será por cuenta del Asegurado.
- Microaudiocirugía. Cirugía funcional del oído y tímpanoplastia.
- Cirugía Plástica y Reparadora. Excluida la cirugía estética.

Se entienden tácitamente excluidos cuantos servicios no figuran comprendidos en la relación anterior.

- **Corrección de la Miopía por Láser Excimer.**

Se prestará en los servicios que el Asegurador designe, previa prescripción de un oftalmólogo del Cuadro Médico del Asegurador. **Queda excluido el tratamiento del resto de trastornos de refracción**.

III- ENFERMERÍA

- **D.U.E / A.T.S.**
- **Matrona.**

Asistencia a parto normal en Clínica y ayuda al Tocólogo en los distócicos.

IV- HOSPITALIZACIÓN

- **Hospitalización Quirúrgica.**

El Asegurador sólo garantiza el derecho a ingreso en clínica, cuando ello sea necesario, como consecuencia de enfermedad quirúrgica que aconseje operación.

- **Ingresos Clínicos por Observación**.

El Asegurador garantiza únicamente 72 horas de ingreso clínico en caso de observación, siempre que sea indicado por el Servicio de Urgencias de la Entidad, transcurrido dicho periodo los gastos de estancia hospitalaria serán por cuenta del Asegurado.

No se considera observación el ingreso de un paciente en una unidad de cuidados intensivos, ni en planta para ya diagnosticado proceder a su tratamiento.

Las normas para llevar a cabo el ingreso se establecen en el artículo 17 de este Contrato.

- **Unidad Coronaria.**

Tratamiento y hospitalización en la fase aguda de las afecciones no quirúrgicas que precisen este servicio. Hasta un límite de treinta días.

- **Hospitalización de Alta Especialización.**

Tratamiento y hospitalización en la fase aguda de las afecciones que precisen este servicio en todo caso derivadas de complicaciones postquirúrgicas. Hasta un límite de treinta días. **Queda excluida de esta cobertura cualquier asistencia que pudiera ser prestada en cualquier centro hospitalario diferente de la Clínica Mompía**.

En todo caso queda excluida la asistencia por hospitalización de alta especialización (Unidad de Cuidados Intensivos UCI, Unidad de Vigilancia Intensiva UVI, Unidad de Cuidados Críticos UCCs y/o Unidad de Medicina Intensiva UIMs), aún cuando se trate de una complicación postquirúrgica, en las siguientes especialidades:

- Niños menores de 16 años.
- Politraumatizados.
- Pacientes Psiquiátricos.
- ICTUS que precisen de unidades especializadas.
- Pacientes terminales o moribundos y enfermedades progresivas sin tratamiento eficaz.

V- MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

- **Radiología.**

Radioscopias, radiografías, urografías, cistografías y toda clase de exploraciones radiográficas con fines diagnósticos, incluyendo las especiales para las técnicas quirúrgicas, tales como ventriculografías, arteriografías, encefalografías, etc. **Los medios de contraste serán por cuenta del Asegurado.** Los anteriores servicios se prestarán únicamente previa prescripción de un médico de los que ejercen para el Asegurador.

- **Medios Complementarios de Diagnóstico.**

Electrocardiogramas, electroencefalogramas, metabolismo basal, exploraciones eléctricas y endoscópicas y pruebas funcionales de riñón e hígado. Previos los trámites anteriormente descritos.

- **Tomografía axial computarizada. (T.A.C.) convencional.**
- **Ecografías.**
- **Densitometrías.**
- **Gammagrafías.**
- **Isótopos Radiactivos.**

VI- URGENCIAS

- **Servicio Permanente de Urgencia.**

En la Tarjeta Sanitaria del Asegurado figura el teléfono del Centro Permanente establecido por el Asegurador para facilitar este tipo de asistencia.

VII- OTROS SERVICIOS

- **Oxigenoterapia.**

En clínica y domicilio.

- **Ambulancia.**

Dentro del ámbito territorial del Asegurador, para pacientes cuyo estado físico lo requiera, que deban desplazarse desde su residencia habitual a Centros concertados, para su ingreso hospitalario o para recibir asistencia de urgencia. En cualquier caso, será necesaria la solicitud o prescripción, por escrito, del Médico o Centro de Urgencia concertado por el Asegurador. El trayecto de regreso al domicilio, será por cuenta del Asegurado, salvo en el caso de persistir las mismas circunstancias de incapacidad. El transporte, en todo caso, será terrestre y sólo se realizará en vehículo sanitario cuando sea estrictamente necesario, a juicio médico. En ningún caso, está incluido en la cobertura de este servicio, el desplazamiento a la consulta habitual de un Facultativo, o para tratamientos de Rehabilitación, Diálisis, Radioterapia, Electroterapia, etc. Quedan **excluidos los traslados inter-hospitalarios que no obedezcan a una exigencia clínica indicada por el facultativo y las ocasiones por motivo de acercamiento del paciente a su lugar de residencia.**

- **Ventiloterapia y Aerosoles.**

En hospitalización y consulta.

- **Preparación al Parto.**
- **Medicación en hospitalización (si ésta fuera objeto de cobertura de la póliza).**

Salvo lo **expresamente excluido.**

- **Habitación individual con posibilidad de acompañante en hospitalización (siempre y cuando hubiera disponibilidad y si ésta fuera objeto de cobertura de la póliza).**

Con **exclusión de las hospitalizaciones psiquiátricas e internamientos en UVI Coronaria.** El acompañante únicamente tendrá cubierta la cama.

- **Parto normal en clínica.**

Asistido por médico tocólogo y matrona.

- **Tratamiento con Acelerador Lineal.**

- **Asistencia a Desplazados.**

Tanto médica como quirúrgica de todos los servicios contratados en la Póliza por los facultativos de las Entidades Concertadas, en todo el territorio nacional, para lo cual el Asegurado deberá proveerse, en las oficinas del Asegurador, de la documentación actualizada y la relación de Entidades, sus Centros de Asistencia y Urgencias Permanentes.

- **Asistencia de Urgencia en Viajes al Extranjero.**

Para lo cual el Asegurado deberá proveerse de la documentación precisa en las oficinas del Asegurador.

- **Unidad del Dolor.**

Previa prescripción de un médico de los que ejercen para el Asegurador.

- **Prótesis.**

Serán por cuenta del Asegurador las prótesis internas implantadas quirúrgicamente, empleadas en Traumatología y Cirugía Ortopédica: prótesis articuladas, tornillos y materiales de Osteosíntesis; las empleadas en Cirugía Cardiovascular: válvulas cardiacas, by-pass vasculares, stent y marcapasos; y las empleadas en Oftalmología: lentes intraoculares post-cirugía de cataratas monofocales o bifocales.

- **Transfusiones de Sangre y Plasma.**

A cargo del Asegurador el acto médico de la transfusión en todos los casos, corriendo también a su cargo la sangre o plasma a trasfundir cuando se realice dentro del quirófano, pero no fuera de él, salvo los casos de "Alta Cirugía Especializada", en que se prestará también en el curso de pre y post-operatorio, dentro de la clínica.

- **Asistencia Sanitaria por Accidentes Laborales, Profesionales o por cualquier Medio de Locomoción.**

Si en estos casos existiera un tercero civilmente responsable, el Asegurador quedará subrogado en todos los derechos y acciones del Asegurado o del Tomador. La asistencia, será prestada en todos los casos, exclusivamente, dentro del ámbito de la provincia de Cantabria.

Artículo 19
RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de la cobertura del Seguro:

1) En defecto de subrogación por el asegurado, la asistencia sanitaria derivada de accidentes laborales y enfermedades profesionales, siempre que exista un seguro específico que cubra al Asegurado o un tercero civilmente responsable.

2) En defecto de subrogación por el asegurado, la asistencia sanitaria que exija tratamiento por accidentes amparados por el Seguro Obligatorio de Vehículos a Motor.

3) Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en Centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, salvo los derivados de la asistencia concertada expresamente en Centros determinados.

4) Todos los gastos derivados de la asistencia sanitaria en hospitalizaciones de alta especialización (Unidad de Cuidados Intensivos UCI, Unidad de Vigilancia Intensiva UVI, Unidad de Cuidados Críticos UCCs y/o Unidad de Medicina Intensiva UIMs) que no tenga su causa en una complicación postquirúrgica, salvo la asistencia de esta naturaleza, derivadas de complicaciones postquirúrgicas, prestada en la Clínica Mompía conforme se especifica en la presente Póliza.

5) En todo caso, los gastos derivados de la asistencia sanitaria en hospitalizaciones de alta especialización (Unidad de Cuidados Intensivos UCI, Unidad de Vigilancia Intensiva UVI, Unidad de Cuidados Críticos UCCs y/o Unidad de Medicina Intensiva UIMs), en caso de: Niños menores de 16 años, politraumatizados, pacientes psiquiátricos, ICTUS que precisen de unidades especializadas, pacientes terminales o moribundos y enfermedades sin tratamiento eficaz.

6) Los que ocurran como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, motines, alzamientos, represiones, actos de terrorismo y maniobras militares, aún en tiempos de paz; los que guarden relación directa o indirecta con la radiación o reacción nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de situaciones como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos y los causados por epidemias declaradas oficialmente.

7) La asistencia sanitaria derivada de toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas; los que sean 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 aquéllos, siempre que fueran conocidos por el Tomador del Seguro o Asegurado y no declarados. El Tomador del Seguro, en su nombre y en nombre de los Asegurados, independientemente del reconocimiento médico previo que, en su caso, se hubiera efectuado, está obligado a declarar en el momento de suscribir la Solicitud de Seguro si cualquiera de los Asegurados padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquéllas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología. El Asegurador se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes y, en el caso de aceptarlo(s), podrá incluirse la correspondiente cláusula de exclusión en las Condiciones Particulares de Póliza en lo que se refiere a la cobertura de servicios por dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas.

8) La asistencia sanitaria, incluso la psiquiátrica, derivada o asociada a toxicomanías o drogodependencias, así como los trastornos de la personalidad, y las derivadas de autolesiones, embriaguez, riñas (salvo la legítima defensa) o intentos de suicidio.

9) Los servicios de profesionales o de establecimientos sanitarios, aún incluidos en el Cuadro Médico del Asegurador, que hubieran sido solicitados directamente por el Asegurado a título particular, es decir, al margen de su condición de tal y sin invocar el Seguro, y para todas las actuaciones derivadas de la dolencia o afección que motivó la solicitud de los servicios.

10) Los medicamentos y productos químico/farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización (salvo la quimioterapia administrada en Centros concertados). Quedan excluidos tanto en régimen ambulatorio como en Centro hospitalario, las vacunas de todo tipo (con excepción de la Vacuna Anti RH) y el tratamiento de la Hemofilia.

11) El tratamiento (inclusive la Cirugía) encaminado a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos, la fecundación "in vitro", inseminación artificial, etc. La interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dichos tratamientos.

12) Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la Cirugía) de la impotencia, así como la cirugía del cambio de sexo, ligadura de trompas, vasectomía y su recanalización.

13) Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante de córnea en la Modalidad en cuya cobertura se contemple. En este caso queda, sin embargo, excluida de la cobertura la obtención del órgano a trasplantar y las gestiones relacionadas con dicha obtención.

14) El diagnóstico, las intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra actuación que tenga un carácter puramente estético o cosmético. Asimismo están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.

15) Las prótesis de cualquier clase y naturaleza, fijaciones externas, el material de osteosíntesis, los materiales biológicos o sintéticos, así como las piezas anatómicas y ortopédicas, que serán por cuenta del Asegurado, salvo que figuren en la descripción de servicios de la Modalidad respectiva. Igualmente queda excluido el corazón artificial.

16) Se excluyen los injertos óseos y los implantes osteointegrados, las prótesis y los tratamientos periodontales, así como las pruebas diagnósticas solicitadas u otras técnicas, destinadas a estos fines.

17) Los gastos por viajes y desplazamientos, salvo los de ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios. Así mismo, se excluyen los gastos de transporte del Asegurado al Centro, y viceversa, en casos de rehabilitación, fisioterapia, diálisis, radioterapia, etc.

18) La asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general y, particularmente, en las actividades siguientes: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, rugby, hípica, toreo y encierro de reses bravas.

19) La asistencia médica y/u hospitalaria por razones de tipo social, tales como la derivada de inconveniencia o dificultad familiar, secuelas o situaciones irreversibles.

20) Los servicios de tanatorio y hosteleros; tales como teléfono, televisión, comidas alternativas o del acompañante y servicio privado de enfermería.

21) Los procedimientos que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, así como las medicinas alternativas tales como naturopatía, hidroterapia, magnetoterapia, acupuntura, quiropráctica, digitopuntura, homeopatía, mesoterapia, presoterapia, ozonoterapia, etc., aun prescritos por Facultativos del Cuadro Médico del Asegurador.

22) Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos que no sean de práctica general y aceptada en el Sistema Nacional de Salud, aun prescritos por Facultativos del Cuadro Médico del Asegurador, hasta que consten como específicamente incorporadas en el Condicionado General y se hayan hecho las adaptaciones correspondientes en las primas.

23) Los gastos de estancia en Balnearios y Centros similares y las curas de reposo o adelgazamiento aun prescritas por Facultativos del Cuadro Médico del Asegurador.

24) Los exámenes médicos sin fines curativos (chequeos), así como, los de obtención del carnet de conducir, caza, pruebas de paternidad, etc.

25) Cualquier método de diagnóstico genético, molecular, o de otro tipo, así como el mapa genético que esté orientado a conocer la predisposición o el diagnóstico en el Asegurado o en su descendencia de enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, excepto el diagnóstico prenatal en la Modalidad que se especifique.

26) La terapia génica, molecular e inmunoterapia, así como el tratamiento con células progenitoras.

27) La asistencia médica al neonato, salvo que el propio neonato esté Asegurado de acuerdo con las normas del Asegurador.

28) Cualquier técnica terapéutica para el tratamiento de la enfermedad de Parkinson y de la Epilepsia. Así como tratamientos con toxina botulínica.

29) La Cirugía Bariátrica, balón intragástrico y todo lo relacionado con Cirugía de la Obesidad.

30) Los gastos derivados de técnicas, tratamientos y/o medios de diagnóstico, si se derivan o son consecuencia de una prestación no incluida en la cobertura de la póliza, según la modalidad de que se trate.

31) El implante de lentes en cirugía refractiva así como la Terapia Fotodinámica, por cualquier método o técnica y los fármacos antiangiogénicos en cualquier tipo de degeneración macular.

32) Se excluyen el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, y los test psicológicos. Asimismo se excluye la hipnosis, la narcolepsia y los tratamientos por razón de toxicomanías o drogodependencias, así como la provocada por trastornos de la personalidad.

33) Los ingresos en unidades de vigilancia intensiva, así como los ingresos médicos de cualquier tipo, salvo que figuren en la descripción de la modalidad respectiva.

Las partes suscriben el presente contrato en prueba de conformidad con el íntegro contenido del mismo y el Asegurado, además, aceptando expresamente las condiciones generales y particulares que en él aparecen y otras que puedan originar o suponer limitaciones o exclusiones, que se encuentran debidamente destacadas tipográficamente.