

## Asefa Salud Base

CONDICIONES GENERALES





CONDICIONES GENERALES

Asefa Salud Base

## CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO PRELIMINAR. DEFINICIONES.....	6
<b>GARANTÍA BÁSICA</b>	
ARTÍCULO 1º. OBJETO DEL SEGURO .....	8
ARTÍCULO 2º. RIESGOS CUBIERTOS.....	9
ARTÍCULO 3º. RIESGOS EXCLUIDOS.....	9
<b>GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS</b>	
ARTÍCULO 4º. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DENTAL.....	13
<b>BASES DEL CONTRATO</b>	
ARTÍCULO 5º.....	14
<b>DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO</b>	
ARTÍCULO 6º. AL EFECTUAR EL SEGURO Y DURANTE SU VIGENCIA.....	15
ARTÍCULO 7º. EN CASO DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO.....	15
ARTÍCULO 8º. EN CASO DE DECLARACIÓN DE RIESGO FALSA O INEXACTA.....	16
ARTÍCULO 9º. EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO.....	16
ARTÍCULO 10º. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y / O ASEGURADO .....	16
ARTÍCULO 11º. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL ASEGURADOR .....	18
<b>PERFECCIÓN, EFECTO DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO</b>	
ARTÍCULO 12º. PERFECCIÓN Y EFECTO DEL CONTRATO.....	18
ARTÍCULO 13º. DURACIÓN DEL CONTRATO .....	19
ARTÍCULO 14º. EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL CONTRATO.....	19
<b>PRIMAS</b>	
ARTÍCULO 15º. PAGO DE LA PRIMA.....	20
ARTÍCULO 16º. CONSECUENCIAS DEL IMPAGO DE LA PRIMA .....	20
ARTÍCULO 17º. BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRIMAS .....	21
<b>SINIESTROS</b>	
ARTÍCULO 18º. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS.....	22
ARTÍCULO 19º. PERÍODOS DE CARENCIA.....	24
ARTÍCULO 20º. ÁMBITO DE COBERTURA.....	24

ARTÍCULO 21º. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD .....	25
ARTÍCULO 22º. SUBROGACIÓN .....	25
<b>RESCISIÓN DEL CONTRATO</b>	
ARTÍCULO 23º. ....	25
<b>PRESCRIPCIÓN</b>	
ARTÍCULO 24º. ....	26
<b>COMUNICACIONES</b>	
ARTÍCULO 25º. ....	26
<b>OTRAS DISPOSICIONES</b>	
ARTÍCULO 26º. COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN .....	27
ARTÍCULO 27º. ÓRGANO DE CONTROL DEL ASEGURADOR .....	27
ARTÍCULO 28º. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN .....	27
ARTÍCULO 29º. TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES .....	29

## 6 | Condiciones Generales

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, y por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, su Reglamento aprobado por el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, y por lo dispuesto en esta póliza. Asimismo, las partes quedan sometidas a las prescripciones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Asimismo por lo convenido en estas Condiciones Generales y las Particulares que se le unen y, eventualmente, las Especiales que puedan acordarse según conste en las citadas Particulares sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del Tomador y del Asegurado que no sean aceptadas especialmente por escrito. No requieren esta aceptación las cláusulas que sean consecuencia de un precepto legal.

### ARTÍCULO PRELIMINAR. DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por,

- A. ASEGURADOR:** la persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado. En este contrato ASEFA, S.A., Seguros y Reaseguros, inscrita en el Registro de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número C- 715, y con C.I.F. A-08171605.
- B. TOMADOR DEL SEGURO:** la persona, física o jurídica, que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
- C. ASEGURADO:** la persona, física o jurídica, titular del interés objeto del seguro, a quien corresponde, en su caso, los derechos derivados del contrato y que, en defecto del Tomador del Seguro, asume las obligaciones derivadas del mismo.
- D. GRUPO ASEGURABLE:** conjunto de personas físicas delimitadas por alguna característica común distinta de la intención de asegurarse, cada una de las cuales, cumplen las condiciones legales para ser Asegurado.
- E. PÓLIZA:** el documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo, las Especiales y los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla; así como los cuestionarios y documentos aportados con carácter previo a su formalización.
- F. PRIMA:** el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.
- G. SINIESTRO:** todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por las garantías de esta póliza. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de asistencias sanitarias derivadas de una misma causa.

- H. **FRANQUICIA:** cuantía económica determinada que corresponde abonar por el Tomador/Asegurado al prestador del servicio en concepto de participación en el coste de los servicios sanitarios relacionados en el apartado de coberturas de la póliza. En estos supuestos la cobertura del Asegurador desplegará sus efectos una vez se haya cubierto el importe de la franquicia por el Tomador/ Asegurado.
- I. **MODALIDAD ACTO MÉDICO:** tipo de seguro definido por poner a disposición del Asegurado un cuadro médico constituido por un amplio número de Proveedores de servicios sanitarios de libre elección para el Asegurado.
- J. **MODALIDAD PAGO CAPITATIVO:** tipo de seguro definido por poner a disposición del Asegurado un cuadro médico constituido por un número reducido de Proveedores de servicios sanitarios a los que puede acudir el Asegurado.
- K. **PLAZO DE CARENCIA:** período de tiempo que ha de transcurrir para solicitar una prestación médica u otro servicio contratado en póliza, computado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro, o a partir del uso de algunas garantías incluidas en la póliza, durante el cual no tienen efecto algunas de las garantías incluidas en la póliza.
- L. **PLAZO DE DISPUTABILIDAD:** intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella, durante el cual el Asegurador puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores o preexistentes del Asegurado que éste no declaró en el Cuestionario de Salud. Transcurrido dicho plazo, el Asegurador sólo tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o Asegurado hayan actuado dolosamente omitiendo intencionadamente en el Cuestionario de salud de dichas enfermedades anteriores o preexistentes.
- M. **ENFERMEDAD:** toda alteración del estado de salud del Asegurado, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente reconocido.
- N. **ENFERMEDAD, LESIÓN, DEFECTO O DEFORMACIÓN CONGÉNITA:** es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del individuo.
- O. **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** toda alteración del estado de salud que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta del Asegurado en el seguro y que es percibida por el Asegurado a través de signos o síntomas antes de la fecha de su incorporación en la póliza.
- P. **CONDICIÓN MÉDICA PREEXISTENTE:** aquel estado o condición de la salud, no necesariamente patológica (por ejemplo embarazo o gestación) que se inicia con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza.

## 8 | Condiciones Generales

- Q. ACCIDENTE:** se entiende por accidente toda lesión corporal objetivamente comprobable producida por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del Asegurado.
- R. PROVEEDORES DE SERVICIOS SANITARIOS:** profesionales y centros sanitarios concertados con el Asegurador de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médica y quirúrgica en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de la póliza y de acuerdo con lo establecido en las presentes Condiciones Generales.
- S. GUÍA DE SERVICIOS:** relación de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por ASEFA SEGUROS, a los que el Asegurado puede acudir.
- T. CUESTIONARIO O DECLARACIÓN DE SALUD:** formulario de preguntas, que forma parte del contrato de seguro, facilitado por el Asegurador al Tomador y/o Asegurado y cumplimentado y firmado por éste antes de la formalización de la Póliza, que tiene por objeto determinar su estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro.
- U. URGENCIA:** es aquella situación del Asegurado que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar en un daño irreparable en su salud. Se considerará que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños y/o perjuicios derivados de una misma causa inicial y que determinan, en el momento de su manifestación, el criterio de reparación y valoración de dichos daños manifestados y son objeto de una única indemnización.
- V. URGENCIA VITAL:** aquella situación que se produce por la aparición súbita de un cuadro clínico que entrañe un inminente y grave riesgo para la vida del Asegurado, y que requiera de una inmediata e inaplazable (en pocas horas) atención médico sanitaria.

## GARANTÍA BÁSICA

### ARTÍCULO 1º. OBJETO DEL SEGURO

Por el presente contrato, dentro de los límites y condiciones estipulados en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos o Apéndices de Póliza que se emitan, y mediante la aplicación de la prima que en cada caso corresponda, el Asegurador se obliga a poner a disposición del Asegurado una serie de profesionales sanitarios, de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en aquellas especialidades y modalidades que figuran en las Condiciones Especiales indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza.



## ARTÍCULO 2º. RIESGOS CUBIERTOS

La cobertura de todo ello, queda circunscrita a los límites detallados en dichas Condiciones Especiales, al Cuestionario de declaración del riesgo, así como a los límites detallados en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El derecho de libertad de elección de médico y de centro sanitario por los Asegurados dentro de los que figuran como proveedores sanitarios, supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de ASEFA SEGUROS por los actos de aquéllos, sobre los que ASEFA SEGUROS no tiene capacidad de control por la prohibición de intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. ASEFA SEGUROS, es totalmente ajena a la relación que surja entre el Asegurado y los profesionales y/o centros sanitarios.

Entre las coberturas de este contrato de seguro no se halla la responsabilidad civil derivada de la actuación de los médicos que integran el cuadro de profesionales que prestan la asistencia sanitaria.

El Asegurador se hará cargo, siempre que se cumplan las condiciones establecidas en esta Póliza, del coste de la asistencia sanitaria que los mencionados profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados presten a los Asegurados.

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador asume el coste de la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 21 de las presentes Condiciones Generales de la Póliza y dentro de los servicios cubiertos por la misma.

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, en el periodo de cobertura de este seguro, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre que los estudios de validación de su efectividad sean ratificados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias o sean introducidos como tratamiento generalizado habitual dentro del Sistema nacional de Salud.

**En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria, salvo pacto detallado en las condiciones especiales.**

## ARTÍCULO 3º. RIESGOS EXCLUIDOS

**Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:**

- 1. La Asistencia Sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o condiciones médicas preexistentes y sus consecuencias, así como las congénitas y las que sean consecuencia de accidentes o enfermedades y sus secuelas, siempre que sean anteriores a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza y fuesen conocidas por el Tomador del Seguro**

## 10 | Condiciones Generales

o Asegurado, aun cuando no se hubiera establecido un diagnóstico concreto, y no se hubieran declarado.

Quedan a salvo de esta exclusión dichas enfermedades, lesiones, condiciones médicas, defectos o deformaciones cuando hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en el Cuestionario de salud y expresamente aceptada su cobertura por el Asegurador en Condiciones Particulares. Asimismo, esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento.

2. La Asistencia Sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras, motines, revoluciones, represiones y maniobras militares, aún en tiempos de paz y terrorismo en cualquiera de sus formas; las causados por epidemias declaradas oficialmente; las que guarden relación directa o indirecta con contaminaciones químicas, biológicas, con radiación nuclear o contaminación nuclear o radiactiva, así como las que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y fenómenos sísmicos o meteorológicos).
3. La Asistencia Sanitaria que se precise como consecuencia de las enfermedades o lesiones producidas durante la práctica como aficionado o profesional de actividades o deportes de alto riesgo como: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, competiciones de hípica, parapente, puenting, barranquismo, toreo y encierro de reses bravas, deportes de aventura u otra práctica manifiestamente peligrosa, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.
4. La Asistencia Sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte.
5. La Asistencia Sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción o intoxicaciones debidas al abuso de alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la Asistencia Sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por el dolo, negligencia o imprudencia del Asegurado.
6. Análisis u otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
7. La Medicina y chequeos de carácter preventivo (salvo los detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza). Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización y también queda excluido todo tipo de vacunas y autovacunas (salvo los detallados en las condiciones Especiales de la Póliza).
8. La interrupción voluntaria del embarazo en cualquier supuesto, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. También

está excluido el tratamiento de la esterilidad e infertilidad y las técnicas de fecundación asistida. Está excluido el tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil.

9. Los internamientos hospitalarios de cualquier tipo y por cualquier causa.
10. La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética y/o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte afectada (no siendo válidas las razones psicológicas). Quedan asimismo excluidos los tratamientos de varices con fin estético, las curas de adelgazamiento, la cirugía bariátrica (tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida) y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los tratamientos capilares.
11. El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos, la psicoterapia individual o en grupo, la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica y cualquier método de asistencia psicológica (salvo los detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza).
12. La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar, así como los ingresos hospitalarios derivados de procesos terminales. Queda excluido igualmente la hospitalización psiquiátrica, salvo en casos de brotes agudos.
13. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto los indicados en las Condiciones Especiales de la Póliza. El Asegurador no se hace cargo de la conservación, traslado y del órgano a trasplantar.
14. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, cualquier tipo de material ortopédico, materiales biológicos y sintéticos, injertos y el corazón artificial; salvo las que figuran expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza que figura en las Condiciones Particulares. Se excluyen de la cobertura los expansores de la piel y los implantes de columna.
15. La Tomografía por emisión de Positrones (PET), salvo lo detallado en las Condiciones Especiales de la Póliza.
16. La Medicina Regenerativa, Biológica, la Inmunoterapia así como cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia genética, estudios para la determinación del mapa genético y cualesquiera otra técnica genética, con la exclusiva excepción de aquellas que figuren expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza que figura en las Condiciones Particulares.

## 12 | Condiciones Generales

17. Los tratamientos médico-quirúrgicos de la roncopatía y de la apnea obstructiva del sueño.
18. Las terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, homeopatía, quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente. Además quedan excluidos los tratamientos médico-quirúrgicos con técnicas de radiofrecuencia.
19. La Asistencia Sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, salvo que se especifique lo contrario en las Condiciones Especiales de la Póliza.
20. Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con el Asegurador y no haya existido autorización previa del Asegurador para su uso.
21. Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia del acompañante en la clínica (salvo pacto en condiciones especiales), así como otros gastos no indispensables para la necesaria asistencia hospitalaria.
22. Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo que se administren al paciente mientras está hospitalizado como consecuencia de una intervención quirúrgica.
23. La Cirugía robótica y los tratamientos que usan láser, salvo los detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza.
24. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional, la rehabilitación en enfermedades crónicas del aparato locomotor cuando se hayan estabilizado las secuelas, así como la rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen. Queda excluida la estimulación precoz.
25. Los tratamientos de Logopedia y foniatría, salvo en aquellos casos que figuran expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza.
26. Tratamientos de diálisis y hemodiálisis, salvo en aquellos casos que figuran expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza que figura en las Condiciones Particulares.

27. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), El SIDA y las enfermedades relacionadas con éste fuera de los límites detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza.
28. Cirugía de cambio de sexo.
29. Los gastos de viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios.
30. Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, centros spa, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, descanso y los tratamientos dietéticos.
31. Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consistan en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo, aunque sean prescritos por un facultativo.
32. Cualquier tipo de acto quirúrgico o intervención al que sea sometido el Asegurado ya sea en un Centro Sanitario como en la propia consulta del facultativo.

## **GARANTÍAS COMPLEMENTARIAS**

### **ARTÍCULO 4º. GARANTÍA COMPLEMENTARIA DENTAL**

#### **4.1. Objeto del seguro**

El Asegurador proporcionará a los Asegurados la asistencia en medicina odontológica y servicios de ortodoncia que figuran en la tabla baremo. La asistencia se prestará a través de los servicios propios o concertados por la entidad. Será necesaria la aceptación por parte del Asegurado del tratamiento protésico y del presupuesto efectuado por el odontólogo o el ortodoncista y el abono de la participación correspondiente en el coste del servicio que se solicita. El Asegurado participará en el coste de los servicios de acuerdo con las cantidades que figuran en la tabla baremo de los servicios garantizados.

## 14 | Condiciones Generales

Los trabajos de prótesis tendrán una garantía de un año, en caso de desgaste o deterioro a causa de su utilización correcta.

**No serán objeto del seguro la medicación y cualquier otro tipo de prestación o asistencia sanitaria que no figure en la tabla baremo de servicios garantizados, o bien que esté expresamente excluida.**

### 4.2. Duración

Durante la asistencia del Asegurado, y hasta su curación o finalización del tratamiento odontológico, el Asegurador no podrá rescindir la póliza. Además de prestar la asistencia Asegurada, el Asegurador tendrá que entregar al Asegurado la póliza y la dirección de los centros odontológicos y/o de ortodoncia, con sus direcciones con la especificación del teléfono permanente de urgencia.

### 4.3. Utilización de los servicios

A efectos de este seguro se da por comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación del servicio al especialista.

**Al requerir los servicios que sean necesarios, el Asegurado enseñará el último recibo de prima satisfecho, que deberá tener vigencia.**

### 4.4. Urgencias permanentes

En los casos de urgencia, el Asegurado deberá acudir directamente al centro de urgencia permanente establecido, que figura en el anexo de servicios garantizados.

### 4.5. Personas asegurables

**No podrán contratar la prestación las personas con edad igual o superior a 65 años.** Para aquellas personas que cumplan 65 años estando asociadas, la Entidad aceptará la prórroga del seguro siempre y cuando acrediten una antigüedad mínima en el documento de asociación de 10 años.

### 4.6. Período de carencia

Se tendrá acceso inmediato a todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el Asegurador, así como a las visitas de urgencia.

## BASES DEL CONTRATO

### ARTÍCULO 5º.

La solicitud y el cuestionario de Salud cumplimentados por el Tomador del Seguro, así como la proposición del Asegurador, en su caso, en unión de esta póliza, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que sólo alcanza, dentro de los límites pactados, a los riesgos en la misma especificados. Si el contenido de la

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

## DECLARACIONES SOBRE EL RIESGO

### ARTÍCULO 6º. AL EFECTUAR EL SEGURO Y DURANTE SU VIGENCIA

1. La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones formuladas por el Tomador del Seguro y/o el Asegurado, en el Cuestionario de Salud al que ha sido sometido por el Asegurador, que han motivado la aceptación del riesgo por el mismo, y la fijación de la prima.
2. El Tomador del Seguro y/o el Asegurado tienen el deber, antes de concertar el contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario anteriormente citado, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

### ARTÍCULO 7º. EN CASO DE AGRAVACIÓN DEL RIESGO

1. El Tomador del Seguro y/o el Asegurado deberán, durante la vigencia del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y circunstancias declaradas en el cuestionario anterior a la emisión de la póliza que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado, o lo habría concluido en condiciones más gravosas.
2. En los seguros de personas, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado, una vez en vigor el contrato, no tienen obligación de comunicar la variación de aquellas circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.
3. En el caso de que, existiendo propuesta de seguro por parte del Asegurador, aceptada o no por el Tomador del Seguro, o incluso durante la vigencia de la póliza, le fuese comunicada al Asegurador una agravación del riesgo, éste puede proponer una modificación de las condiciones del contrato en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le haya sido declarada. En tal caso, el Tomador dispone de quince días, a contar desde la recepción de esta proposición, para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio, **el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste, un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes, comunicará al Tomador del Seguro la rescisión definitiva.**

## 16 | Condiciones Generales

4. **El Asegurador podrá igualmente rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo.**
5. Si sobreviniera un siniestro sin haberse realizado declaración de agravación del riesgo, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador del Seguro y/o el Asegurado hubiera actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

### **ARTÍCULO 8º. EN CASO DE DECLARACIÓN DE RIESGO FALSA O INEXACTA**

1. **El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro y/o Asegurado, en el plazo de un mes a contar desde la fecha en que tuvo conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro** (ya sea por no responder con veracidad u ocultando de forma consciente información o circunstancias relevantes en el Cuestionario de Salud). Desde el momento mismo en que el Asegurador haga esta declaración, quedarán en su propiedad las primas correspondientes al período en curso, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte.

### **ARTÍCULO 9º. EN CASO DE DISMINUCIÓN DEL RIESGO**

1. El Tomador del Seguro y/o el Asegurado podrán, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Tomador del Seguro.
2. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, el Asegurador deberá reducir el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador del Seguro, 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.

### **ARTÍCULO 10º. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y / O ASEGURADO**

El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado, tiene las siguientes obligaciones:

1. Declarar al Asegurador, de acuerdo con el Cuestionario de Salud que éste le presente, con veracidad, diligencia y sin reserva 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 alguno o, aun cuando lo haya cumplimentado, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

2. Comunicar al Asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el Cuestionario de Salud que completó antes de la perfección del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el Asegurado. En tales circunstancias el Asegurador podrá proponer una modificación de las condiciones del contrato o rescindir el mismo si se rechaza la propuesta por el Tomador del seguro.
3. Comunicar al Asegurador, el cambio de domicilio del Asegurado. Si el cambio de domicilio supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en el artículo 7º; si por el contrario supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el artículo 9º.
4. Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente contrato, tomando efecto las altas, el día primero del mes siguiente a la fecha de la notificación efectuada por el Tomador del Seguro, y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.
5. Los hijos recién nacidos tendrán derecho de ser incluidos en la Póliza desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador del Seguro deberá comunicar al Asegurador esa circunstancia dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud. Las altas notificadas dentro de este plazo retrotraerán sus efectos a la fecha de nacimiento, no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre. Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y el Asegurador podrá denegar su admisión.
6. Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando todos 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.
7. Facilitar la subrogación que a favor del Asegurador establecen los artículos 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.

## 18 | Condiciones Generales

Este derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra el cónyuge del Asegurado ni contra otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo, que convivan con el Asegurado.

8. Acreditar ante cualquier facultativo o centro sanitario de la Guía de Servicios su condición de Asegurado, mediante la presentación de la tarjeta sanitaria de la Compañía. Igualmente estará obligado a mostrar su Documento Nacional de Identidad o, en su caso, documento oficial identificativo (pasaporte, NIE, etc.), si le fuese requerido.

### ARTÍCULO 11º. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL ASEGURADOR

Además de asumir el coste de la asistencia sanitaria que los profesionales, centros y servicios sanitarios concertados, presten a los Asegurados, el Asegurador deberá entregar al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda, así como un ejemplar del Cuestionario de Salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro.

El Asegurador también entregará a cada Asegurado la tarjeta sanitaria, que es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador y/o el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de setenta y dos horas. En tales casos, el Asegurador procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta sanitaria al domicilio del Asegurado que figura en la póliza.

Asimismo, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado se obligan a devolver al Asegurador la tarjeta sanitaria correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.

El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

Igualmente el Asegurador entregará al Tomador del Seguro una Guía de Servicios con especificación del Centro de Urgencia Permanente, y con las direcciones y horarios de consulta de los profesionales, centros y servicios sanitarios concertados.

### PERFECCIÓN, EFECTO DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

#### ARTÍCULO 12º. PERFECCIÓN Y EFECTO DEL CONTRATO

1. El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado por la suscripción de la póliza o del documento provisional de cobertura por las partes contratantes. **La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de prima correspondiente**, salvo pacto en contrario en las condiciones particulares de la póliza.

2. **En caso de demora en el cumplimiento de los requisitos anteriores, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplidos.**
3. Salvo en el caso anterior, las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicadas en las condiciones particulares de la póliza.
4. El contrato de seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito.

## **ARTÍCULO 13°. DURACIÓN DEL CONTRATO**

1. La duración del contrato es la indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, siendo el vencimiento de la misma a las 24:00h del día 31 de diciembre de la anualidad en que tiene efecto el contrato.
2. En las pólizas anuales, a la finalización de este periodo, se entenderá prorrogado el contrato por un plazo de un año, y así sucesivamente al vencimiento de cada anualidad.

No obstante, las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador del Seguro, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

El Asegurador no podrá oponerse a la prórroga después del tercer vencimiento anual de la Póliza, con la excepción de los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del Tomador del seguro y/o Asegurado.

La renuncia del Asegurador a su derecho de rescisión del contrato se condiciona a la aceptación por el Tomador de seguro tanto de la variación anual de primas futuras que se calculan y comunican conforme a los criterios técnicos como de la variación anual de prestaciones y garantías que se determinan y comunican conforme a los criterios expuestos en el artículo 20 de la póliza.

El Asegurador no podrá oponerse a la prórroga y rescindir el contrato durante la asistencia o tratamiento en régimen hospitalario del Asegurado y hasta la fecha en que obtuviera el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

## **ARTÍCULO 14°. EXTINCIÓN Y NULIDAD DEL CONTRATO**

1. **Si, durante la vigencia del seguro, se produjera la desaparición del interés o el fallecimiento del Asegurado, desde este momento el contrato del seguro quedará extinguido y el Asegurador tiene el derecho a hacer suya la prima no consumida.**

2. El contrato será nulo si, en el momento de su conclusión, ya hubiere ocurrido el siniestro.

## PRIMAS

### ARTÍCULO 15°. PAGO DE LA PRIMA

1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la primera prima o de la prima única en el momento de la perfección del contrato. Las sucesivas primas deberán hacerse efectivas en los correspondientes vencimientos.

**Para el pago mediante domiciliación bancaria, el Tomador del Seguro deberá dar cumplimiento a la Ley 16/2009, de 13 de noviembre o normativa SEPA, remitiendo al Asegurador autorización firmada del Anexo adjunto a las Condiciones Generales y las Particulares, el cual incluye modelo de mandato u orden de domiciliación bancaria.**

**Este documento es requisito indispensable para el cobro de la prima, en caso de no ser devuelto dentro de los 30 días siguientes a su recepción, el Asegurador estará facultado para proceder a la rescisión de la póliza.**

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

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.

**En caso de extinción anticipada del contrato imputable al Tomador del Seguro, la parte de prima anual no consumida corresponderá al Asegurador.**

### ARTÍCULO 16°. CONSECUENCIAS DEL IMPAGO DE LA PRIMA

1. Conforme al artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguros si por culpa del Tomador del Seguro, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, 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. Salvo pacto en contrario en las Condiciones Particulares de la póliza, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.
2. En caso de falta de pago de una de las primas sucesivas o fracciones de prima, 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.

3. **Las primas del seguro son anuales, si bien puede pactarse expresamente en las Condiciones Particulares de la póliza el fraccionamiento de su pago, lo que se entenderá como una facilidad de pago para el Tomador y aplazamiento del mismo. El impago de una de las fracciones de pago dará derecho a al Asegurador a reclamar judicialmente el resto de recibos fraccionados que completan la anualidad.**
4. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.
5. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los apartados anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del Seguro y/o el Asegurado haya realizado el pago de la prima.

## **ARTÍCULO 17º. BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRIMAS**

Las primas de la Póliza se han calculado siguiendo métodos matemáticos que prevén una provisión técnica de envejecimiento y que aplica un suplemento de prima destinado a constituir un margen de seguridad suficiente.

De acuerdo con lo establecido en los artículos 94 y 95 de la Ley de Ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, **el Asegurador fijará cada año las primas a aplicar en cada anualidad**, en función de los cálculos técnicos actuariales realizados, adaptándolas a la variación de costes de los servicios sanitarios, la modificación de capitales asegurados, a la incorporación de nuevas técnicas diagnósticas o terapéuticas y servicios sanitarios, **la frecuencia en la utilización de las prestaciones garantizadas**, que pasan a formar parte de las coberturas que se incluyen a posteriori como consecuencia de los avances de la ciencia médica.

Todas estas actualizaciones que supongan una modificación de prima, franquicias, copagos e inclusión de garantías o prestaciones serán comunicadas al Tomador del Seguro dos meses antes del vencimiento del periodo de cobertura del seguro en curso y antes de que puedan entrar en vigor.

**El Tomador del Seguro, una vez recibida la comunicación escrita del Asegurador relativa a las nuevas condiciones del contrato para la siguiente anualidad, lo que habrá sido notificado con una antelación mínima de dos meses a la fecha de su efectividad, podrá optar entre la prórroga del contrato del seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas o de prestación de servicios ofrecidas, o la extinción del mismo al vencimiento del periodo de seguro en curso. En este último caso, el Tomador del Seguro deberá comunicar**

por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.

La aceptación por el Tomador del Seguro de las nuevas condiciones del contrato se entenderá realizada con el pago del primer recibo de prima, correspondiente al nuevo período de la prórroga.

La prima se establecerá de acuerdo con el domicilio que figura en la póliza y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados de la póliza en cada momento y de acuerdo con las tarifas que el Asegurador tenga en vigor para ese ejercicio. El Tomador da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan tanto dentro de una misma anualidad, como en cada vencimiento en el importe de las primas.

## SINIESTROS

### ARTÍCULO 18º. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

#### 1. Prestación de los servicios

El Asegurado podrá acudir libremente a las consultas de los médicos especialistas que formen parte de la Guía de Servicios (Cuadro Médico), **es requisito imprescindible presentar para identificarse la tarjeta sanitaria de la Compañía**, un cheque-asistencia personal del Asegurado u otro documento acreditativo.

**La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará únicamente en el Territorio Nacional. Los gastos de desplazamiento serán siempre a cargo del Asegurado.**

El Asegurador no se hace responsable de honorarios de facultativos no incluidos en la Guía de Servicios (Cuadro Médico) de la misma, ni de los gastos de internamiento sanatorial o servicios que los mismos pudieran prescribir u ordenar. Asimismo, el Asegurador no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con el Asegurador, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos, salvo que el Asegurador hubiere autorizado previamente los mismos.

Los datos actualizados de los facultativos se encuentran en las instalaciones del Asegurador a disposición del Asegurado y en su web **[www.asefa.es](http://www.asefa.es)**.

#### 2. Urgencias

Para requerir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente al Centro de Urgencia Permanente que el Asegurador tiene establecido y cuya dirección figura en la documentación facilitada al Asegurado. **En cualquier**

**caso no se incluye en las coberturas del presente seguro el internamiento en los centros como consecuencia de dicha urgencia.**

El servicio de urgencia de carácter domiciliario se garantiza en aquellas poblaciones en las que la Entidad tenga concertado dicho servicio.

### **3. Autorizaciones**

Los servicios cubiertos por la póliza pueden ser de libre acceso o requerir una Autorización previa por parte del Asegurador. Son de libre acceso las consultas de asistencia primaria, especialistas y las consultas de urgencia, así como los medios de diagnóstico básicos. **Requerirán Autorización previa los actos terapéuticos, los medios de diagnóstico complejos y la Medicina Preventiva detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza.**

**Las prestaciones sanitarias que requieren la Autorización expresa previa por parte del Asegurador deberán ser ordenadas por escrito por un médico incluido en la Guía de Servicios de la Entidad, siendo necesario en el caso en que así lo requiera la Entidad, además de la citada prescripción acompañar un informe del médico prescriptor. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un centro concertado con la Entidad y el motivo de la prestación estar incluido entre los servicios cubiertos por la póliza.** Una vez otorgada la Autorización, vinculará económicamente a la Entidad dentro de los límites detallados en la misma, salvo que en dicha comunicación se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza. **En los casos de asistencia de urgencia será suficiente, a estos efectos, la orden del médico concertado con la Entidad ya que los ingresos se encuentran excluidos de la cobertura de la póliza.**

### **4. Hospitalización**

**La Entidad no se hará cargo de los gastos de Hospitalización en Centros Sanitarios.**

### **5. Asistencia domiciliaria**

**Con respecto a las visitas domiciliarias, la Entidad se obliga a prestar los servicios únicamente en el domicilio del Asegurado que figura en la póliza, siempre y cuando esté concertado dicho servicio por la Entidad en esa zona;** cualquier cambio del mismo habrá de ser notificado al Asegurador por cualquier medio fehaciente, con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio. La Entidad se obliga a emitir el correspondiente suplemento.

Se podrá solicitar un servicio a domicilio cuando, por el estado de salud del enfermo, el desplazamiento a una consulta o centro hospitalario es médicamente desaconsejable.

## 6. Libertad de elección de médico

Para la prestación de la asistencia contratada rige el principio general de libertad de elección de facultativos de entre los que figuran en el Cuadro Médico del Asegurador. El Asegurado se dirigirá directamente al facultativo elegido.

## 7. Franquicias

El Asegurado abonará los cheques-asistencia a los precios establecidos por ser una Póliza de participación del Asegurado en el coste de los servicios que utilice.

El importe de las franquicias y de las participaciones en el coste de los servicios podrá ser actualizado por el Asegurador de conformidad con lo establecido en las presentes Condiciones Generales de la Póliza.

## ARTÍCULO 19º. PERÍODOS DE CARENCIA

1. Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma el Asegurador serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato para cada uno de los Asegurados que se vayan incorporando a ella.
2. **Se exceptúan del principio general anterior los siguientes servicios:**
  - a. **Los servicios detallados en el apartado “Medios de Diagnóstico Complejos” de las Condiciones Especiales de la póliza tendrán un periodo de carencia de tres a seis meses.**
  - b. **Todos los tratamientos terapéuticos detallados en la descripción de la cobertura de la póliza que se encuentran en las Condiciones Especiales de la Póliza tendrán un periodo de carencia de seis meses, según detalle expuesto en el Anexo de Servicios.**
3. **Podrán establecerse periodos de carencia distintos para servicios complementarios o modificarse los expresados en los números indicados siempre que se determine su duración en las Condiciones Particulares.**
4. **En aquellas Pólizas en las que se detalle en las Condiciones Particulares que los Asegurados gozarán de derechos inmediatos a los servicios de la Póliza se excluirá de los mismos todos aquellos procesos en curso que tenga el Asegurado.**

## ARTÍCULO 20º. ÁMBITO DE COBERTURA

Las garantías del presente seguro se extenderán a la provincia que figure en el dirección de la póliza, salvo lo establecido para la Garantía Complementaria de prestación de Asistencia en el Extranjero.



## **ARTÍCULO 21°. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que el Asegurador pone a disposición del Asegurado y de quienes éste solicita la asistencia, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, ASEFA SEGUROS en ningún caso, responderá de los actos y/u omisiones de los profesionales, centros y servicios sanitarios antes mencionados, siendo la relación entre éstos y los Asegurados totalmente ajena a ASEFA SEGUROS.

## **ARTÍCULO 22°. SUBROGACIÓN**

Facilitar la subrogación que a favor del Asegurador establecen los artículos 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.

Este derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra el cónyuge del Asegurado ni contra otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo, que convivan con el Asegurado.

## **RESCISIÓN DEL CONTRATO**

### **ARTÍCULO 23°.**

- 1. Tanto el Tomador del Seguro como el Asegurador podrán rescindir el contrato unilateralmente en el siguiente caso:**
  - a. A cada vencimiento anual, de acuerdo con lo estipulado en el artículo 16° de estas Condiciones Generales.**
- 2. La rescisión del contrato efectuada de acuerdo con lo previsto en el apartado 1 .a) de este artículo 23°, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes en relación con los siniestros que se hubieran declarado.**
- 3. El Asegurador podrá igualmente rescindir el contrato en los siguientes casos:**
  - a. En caso de impago de la prima, de acuerdo con el artículo 15 de la Ley de Contrato del Seguro ya artículo 15° de las Condiciones Generales.**

## 26 | Condiciones Generales

- b. En caso de agravación de riesgo, de acuerdo con los artículos 11º y 12º de la Ley de Contrato del Seguro y artículo 7º de las Condiciones Generales.
- c. En caso de omisión o inexactitud en la declaración por parte del Tomador del Seguro a la suscripción, o durante el transcurso del contrato, de acuerdo con el artículo 10º de la Ley de Contrato del Seguro y artículo 8º de las Condiciones Generales.

## PRESCRIPCIÓN

### ARTÍCULO 24º.

Las acciones que se deriven del presente contrato prescribirán en el término de cinco años a contar desde la fecha en que pudieran ejercitarse.

## COMUNICACIONES

### ARTÍCULO 25º.

1. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro o Asegurado se considerarán válidas si se han dirigido al último domicilio del mismo conocido por aquél.

De igual manera el Asegurador podrá hacer uso, con el único fin de notificar información relacionada con las condiciones del contrato, de medios telemáticos como el correo electrónico personal y SMS al número de teléfono móvil facilitados previamente por el Tomador, aceptando este último dichas modalidades de comunicación.

Las del Tomador del Seguro al Asegurador deberán remitirse al domicilio social de éste, o al de la oficina o sucursal que haya intervenido en la gestión de la póliza.

2. Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro o el Asegurado a un Agente de Seguros, surtirán los mismos efectos que si hubieran sido realizadas directamente al Asegurador, salvo pacto en contrario.
3. Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro o el Asegurado surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador del Seguro o el Asegurado, salvo indicación en contrario de éstos.

## OTRAS DISPOSICIONES

### ARTÍCULO 26°. COMPETENCIA DE JURISDICCIÓN

Será Juez competente, para las acciones derivadas del contrato de seguro, el del domicilio del Asegurado en España.

### ARTÍCULO 27°. ÓRGANO DE CONTROL DEL ASEGURADOR

El control de la actividad del Asegurador corresponde al Estado español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Hacienda.

### ARTÍCULO 28°. INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

**Procedimiento para realizar una reclamación por no estar conformes con las decisiones adoptadas por ASEFA.**

1. Sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el Tomador del Seguro, el Asegurado, el Beneficiario, Perjudicado o Derechohabientes de cualquiera de ellos, así como los terceros perjudicados, podrán presentar reclamación, contra aquellas prácticas del Asegurador que consideren abusivas o que lesionen los derechos derivados del contrato de seguro, ante las siguientes instancias:
  - a. **Oficinas de Consumo**, conforme al procedimiento arbitral que establece la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.
  - b. **Centros de Mediación**, según los términos previstos en la Ley 5/2012 de 6 julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.
  - c. **La Unidad de Servicio al Cliente de ASEFA**, en el domicilio social de la propia compañía aseguradora, en el teléfono 91 781 22 23 o a través de su web [www.asefa.es](http://www.asefa.es)
  - d. **Servicio de Reclamaciones para la Defensa del Cliente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones**, conforme al procedimiento que establece el Reglamento de Ordenación de los Seguros Privados y la Orden ECO/734/2004.

#### **Unidad de Servicio al Cliente.**

La reclamación se presentará por escrito ante la Unidad de Servicio al Cliente de ASEFA, sita en Madrid (28050), Avda. de Manoteras, 32 – Edificio A, teléfono 91 781 22 23, fax 91 781 22 22, correo electrónico [atencionalcliente@asefa.es](mailto:atencionalcliente@asefa.es)

## 28 | Condiciones Generales

La Unidad de Servicio al Cliente tiene asignadas competencias absolutas para resolver cualquier reclamación hecha por un Tomador del Seguro, un Asegurado, un Beneficiario o cualquiera de sus Derechohabientes, que se derive de un contrato de seguro, conforme a su Reglamento de Funcionamiento.

Dicha Unidad acusará recibo, también por escrito, de su recepción, con indicación del número de reclamación que le ha correspondido, así como el nombre de la persona que tramitará la reclamación.

En esta Unidad se estudiará dicha reclamación, contestándole la resolución que se adopte por escrito en el menor plazo posible, y siempre antes de que transcurran dos meses desde la fecha de presentación. En dicha resolución se explicarán los motivos que ha considerado la Unidad de Servicio al Cliente de ASEFA para tomar una decisión.

### **Servicio de Reclamaciones para la Defensa del Cliente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.**

Si la resolución es denegatoria, el reclamante podrá acudir al Servicio de Reclamaciones para la Defensa del Cliente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid, acreditando por escrito la Resolución denegatoria de la Unidad de Servicio al Cliente de ASEFA.

El Servicio de Reclamaciones para la Defensa del Cliente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, comprobados los antecedentes, procederá a la apertura del correspondiente procedimiento administrativo, dando audiencia a las partes, y terminando con la Resolución correspondiente.

2. Asimismo, si las dos partes contratantes mostraran su conformidad, podrán someter sus diferencias a la decisión arbitral en conflictos para asuntos de libre disposición conforme a derecho.
3. En cualquier caso, el reclamante puede acudir a los Tribunales de Justicia competentes en defensa de sus derechos.

## ARTÍCULO 29º. TRATAMIENTO Y CESIÓN DE DATOS PERSONALES

1. Será de aplicación la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.
2. Los datos personales facilitados en la solicitud por el Tomador del Seguro y/o el Asegurado al Asegurador lo han sido de manera libre y voluntaria, aunque siendo necesarios para poder contratar esta póliza.
3. El Tomador del Seguro y el Asegurado autorizan expresamente al Asegurador para que los datos personales indicados para la contratación del seguro, así como los que se pudieran generar en caso de siniestro, sean tratados, automáticamente o no, en los ficheros del Asegurador, sean conservados con fines estadísticos actuariales y de prevención del fraude, aun en el caso de que la póliza no llegue a emitirse o sea anulada, y sean utilizados para la gestión y prestación de los servicios objeto del contrato.
4. De acuerdo con lo que se establece en la legislación vigente en materia de protección de datos y en el Artículo 99 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el titular de los datos queda informado y consiente de forma expresa, que los datos referidos, ya sea en su totalidad, como en parte, así como los relacionados con un siniestro podrán ser cedidos a organismos públicos o privados del sector asegurador, para el cumplimiento del objeto del contrato, por razones de prevención del fraude, estudios estadísticos, selección del riesgo, gestión de los siniestros, realización de encuestas, coaseguro, reaseguro, cesión o administración de cartera, distribución de seguros o cumplimiento de obligaciones contractuales
5. El Tomador y el Asegurado quedan informados de que, en el momento de la firma del contrato, se produce la primera cesión de datos a las empresas y entidades mencionadas anteriormente, pudiendo solicitar en cualquier momento el acceso, rectificación, cancelación u oposición de los datos facilitados, para lo que podrá dirigirse por escrito al responsable del tratamiento, ASEFA, S.A. SEGUROS Y REASEGUROS, a la atención del Departamento de Calidad en la dirección: Avenida de Manoteras, 32 – Edificio A, 28050, Madrid, o bien por correo electrónico a la siguiente dirección: [calidad@asefa.es](mailto:calidad@asefa.es).





## DELEGACIÓN NORTE

Tel.: 944 702 332 / Fax: 944 701 543  
*bilbao@asefa.es*

## Oficina Territorial A Coruña

Tel.: 981 160 374 / Fax: 981 160 273  
*coruna@asefa.es*

## DELEGACIÓN NORDESTE

Tel.: 932 658 587 / Fax: 932 653 462  
*barcelona@asefa.es*

## DELEGACIÓN CENTRO

Tel.: 917 182 200 / Fax: 917 812 222  
*madrid@asefa.es*

## Oficina Territorial Valencia

Tel.: 961 199 612 / Fax: 961 199 601  
*valencia@asefa.es*

## DELEGACIÓN SUR

Tel.: 954 467 610 / Fax: 954 467 612  
*sevilla@asefa.es*

---

## Asefa Salud Madrid

Av. de Manoteras, 32 / 28050 Madrid  
Tel.: 913 196 558 / Fax: 913 199 154  
*salud@asefa.es*

## Centro Médico La Boreal Barcelona

C/ Provença, 360 / 08037 Barcelona  
Tel.: 932 651 514 / Fax: 932 651 337  
*boreal@laboreal.es*

**asefa**  
salud

917 886 744

902 888 356

[www.asefasalud.es](http://www.asefasalud.es)

Avda. de Manoteras, 32 Edificio A 28050 Madrid