

Condiciones Generales

SALUD COMPLETO



Índice

01 Preliminar	2
02 Definiciones	2
03 Objeto de seguro	4
04 Personas asegurables	4
05 Prestaciones aseguradas	5
06 Coberturas excluidas	9
07 Derecho y elección de médico	12
08 Cláusula de subrogación	13
09 Formalización y duración del contrato	13
10 Periodos de carencia	14
11 Pago de primas	14
12 Declaraciones del riesgo	15
13 Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador del seguro y/o asegurado	16
14 Otras obligaciones de la aseguradora	16
15 Pérdida de derechos y rescisión del contrato de seguro	17
16 Comunicaciones y jurisdicción	17
17 Tratamiento de los datos de carácter personal	18
18 Otros aspectos legales	18
19 Servicios adicionales	20
20 Forma de prestar el servicio y preguntas frecuentes	24

01 PRELIMINAR

Este contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE de 17 de octubre de 1980) y demás normas que lo complementan, por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean de aplicación y por lo convenido en las condiciones generales, particulares y especiales del contrato.

Igualmente al presente contrato le son aplicables la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el reglamento que la desarrolla y demás normas complementarias.

Integran el presente contrato: la solicitud, la declaración de estado de salud, las condiciones generales, particulares y especiales aparte, las cláusulas limitativas y los suplementos o apéndices que se emitan al mismo.

El control de la actividad aseguradora de Divina Pastora Seguros, Mutua de Seguros, con domicilio social en Valencia, calle Xàtiva, número 23, corresponde al Reino de España y, en concreto, al Ministerio de Economía y Competitividad a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

02 DEFINICIONES

A efectos de este contrato, se entiende por:

ACCIDENTE: lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza y que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

ACCIDENTE PREEXISTENTE: lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, acontecido antes de la fecha de incorporación del asegurado a la póliza aunque sus síntomas o secuelas se manifiesten con posterioridad.

ASEGURADO/BENEFICIARIO: persona física, titular del interés asegurado, con derecho a las prestaciones y coberturas aseguradas.

ASEGURADOR: entidad aseguradora que asume el riesgo contractualmente pactado. Divina Pastora Seguros, Mutua de Seguros (en adelante, "entidad aseguradora", "Divina Seguros").

ASISTENCIA MÉDICA HOSPITALARIA: asistencia que se presta en un centro hospitalario en régimen de internamiento durante un mínimo de 24 horas, para el tratamiento médico o quirúrgico del asegurado.

ASISTENCIA AL RECIÉN NACIDO O NEONATAL: todo proceso hospitalario médico o quirúrgico que afecta a un recién nacido durante sus primeros 30 días de vida.

ASISTENCIA SANITARIA: asistencia o prestación médica realizada en consulta o en domicilio por un profesional de la sanidad legalmente habilitado para ello.

ATS/DUE: Asistente Técnico Sanitario o Diplomado Universitario en Enfermería. Profesionales legalmente capacitados y habilitados para desarrollar la actividad de enfermería.

BAREMO DE FRANQUICIAS BUCODENTALES: documento complementario en el que se describen las prestaciones odontológicas incluidas en la cobertura de la póliza y las franquicias establecidas.

CLÁUSULA LIMITATIVA: acuerdo establecido en el contrato de seguro mediante el cual se limita el alcance de la garantía o la deja sin efecto cuando concurre alguna circunstancia de riesgo.

CONDICIONES PARTICULARES: documento integrante de la póliza de seguro en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

COPAGO: importe prefijado por acto médico que el tomador y/o asegurado asume por la utilización de la tarjeta sanitaria.

CUADRO MÉDICO: guía médica que recoge los centros y médicos concertados para la cobertura de asistencia sanitaria de la póliza y de entre los que el asegurado puede escoger libremente el que desee.

A título informativo se hace constar que se pueden producir altas y bajas puntualmente entre los médicos y centros contenidos en el mismo. En la página web de la entidad www.divinaseguros.com encontrará en todo momento el cuadro médico actualizado.

CUESTIONARIO O DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD: cuestionario facilitado al tomador del seguro y al asegurado, que forma parte del contrato y cuyo objeto es determinar el estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro. Dicho formulario se realiza al amparo de lo establecido en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro y las reservas o declaraciones inexactas podrían producir la exoneración de las obligaciones de la entidad aseguradora.

ENFERMEDAD: Toda alteración del estado de salud contraída durante la vigencia de la póliza, que no sea consecuencia de accidente y cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente habilitado para el ejercicio de su concreta especialidad.

Se considera una misma enfermedad todas las lesiones y secuelas derivadas de la misma, así como todas las afecciones debidas a las mismas causas o a causas relacionadas. Si una afección se debe a una misma causa que produjo una enfermedad anterior, o a causas relacionadas con ella (incluyendo secuelas y complicaciones derivadas de la anterior enfermedad), la enfermedad será considerada como una continuación de la anterior y no como una enfermedad distinta.

ENFERMEDAD/LESIÓN/DEFECTO O DEFORMACIÓN CONGÉNITA: 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 asegurado.

ENFERMEDAD GRAVE: proceso patológico que modifica de forma importante el estado de salud, requiriendo

medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y/o cuyo pronóstico vital esté gravemente comprometido.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: enfermedad, defecto físico o patología que ya ha sido diagnosticada, tratada o ha dado lugar a consulta médica, o cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de la póliza e incorporación del afectado como asegurado en la misma. Todos los procesos patológicos en curso anteriores a la fecha de efectos del contrato y las consecuencias de los mismos se excluyen de cobertura y no serán aceptados con cargo a la póliza.

FRANQUICIA BUCODENTAL: importe que el tomador del seguro debe abonar al profesional sanitario o al centro médico por aquellas prestaciones de asistencia sanitaria bucodental no gratuitas que entran dentro de la cobertura. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y especialidades médicas, y su cuantía viene establecida en el baremo de franquicias bucodentales. Dicha franquicia puede ser actualizada anualmente.

HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS: honorarios profesionales derivados de la intervención quirúrgica y/o ingreso médico-hospitalario.

HOSPITAL: todo establecimiento autorizado legalmente para el tratamiento médico-quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento, atendido permanentemente por un médico. Solo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionados.

No se consideran hospitales, a efectos de esta póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de adicciones e instituciones similares.

HOSPITALIZACIÓN: ingreso hospitalario del asegurado, en su condición de paciente, en un centro sanitario, clínica u hospital durante un periodo superior a 24 horas para recibir tratamiento médico o quirúrgico.

HOSPITALIZACIÓN DE DÍA: el hecho de que una persona figura registrada como paciente y permanezca en aquellas unidades hospitalarias así denominadas específicamente para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de anestesia, sin que ello suponga pernoctar y pudiendo o no realizar alguna de las comidas principales en dicha unidad hospitalaria.

HOSPITALIZACIÓN DE CARÁCTER SOCIO FAMILIAR: asistencia no derivada de patologías médicas objetivas y, por tanto, no susceptibles de ingreso en un centro hospitalario.

HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA: alternativa asistencial capaz de proporcionar en el domicilio niveles de diagnóstico, cuidados y tratamiento similares a los dispensados en los hospitales. Incluye tres tipos de programas: Alta Hospitalaria Precoz, Gestión de Pacientes Crónicos y Cuidados Paliativos.

IMPLANTE: producto sanitario diseñado para ser insertado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante

intervención quirúrgica o técnica especial, con finalidad bien diagnóstica, bien terapéutica y/o estética, destinado a permanecer allí después de la intervención.

INJERTO: tejido u órgano que se utiliza para implantación y trasplante. Cuando se toma una parte del cuerpo y se injerta en otra, se denomina injerto autólogo; cuando es de una persona y se implanta a otra, se llama injerto homólogo, y si es de un animal a una persona, se denomina injerto heterólogo.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico y que normalmente requiere la utilización de una sala de operaciones.

MÉDICO: profesional legalmente habilitado para ejercer la medicina.

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

PLAZO O PERIODO DE CARENCIA: periodo de tiempo, contado a partir de la fecha de alta del asegurado en la póliza, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza.

Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los asegurados incluidos en ella.

PLAZO O PERIODO DE INDISPUTABILIDAD: 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 de seguro alegando la existencia de enfermedades anteriores del asegurado y que este no declaró en la declaración o cuestionario de estado de salud. Transcurrido dicho plazo el rechazo del asegurador deberá fundarse en la existencia de una ocultación dolosa o culpable del asegurado.

PÓLIZA: contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, la declaración de estado de salud, las condiciones generales, las condiciones particulares y las condiciones especiales (si las hubiese), las cláusulas limitativas, así como los suplementos, anexos o apéndices que se añadan a la misma para completarla o modificarla.

PREEXISTENCIA: condición médica (como el embarazo o la gestación) o alteración de salud padecida por el asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la póliza.

PRESTACIÓN: asistencia sanitaria que se deriva de la presentación de un siniestro. Se entiende por asistencia al acto de atender o cuidar la salud de una persona.

PRIMA/CUOTA: precio del seguro. El recibo de prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles.

PRÓTESIS QUIRÚRGICA: productos sanitarios permanentes o temporales que en caso de ausencia, defecto o anomalía de un órgano o una estructura corporal sustituyen o restituyen, total o parcialmente, su función fisiológica.

REHABILITACIÓN: actos prescritos por un médico traumatólogo, neurólogo, reumatólogo o rehabilitador y realizados por un médico rehabilitador o por un fisioterapeuta en un centro específico de rehabilitación, destinados a restituir la funcionalidad de aquellas partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de una enfermedad o accidente originado durante la vigencia de la póliza.

SINIESTRO: hecho cuyas consecuencias estén cubiertas total o parcialmente por alguna de las garantías de la póliza. Se considera un único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.

SOLICITUD DE SEGURO: formulario en el que el tomador del seguro solicita la inclusión de la/s persona/s física/s a asegurar por el contrato y describe el riesgo con todas las circunstancias que conoce y pueden influir en la valoración del riesgo.

TARJETA SANITARIA: documento propiedad de la aseguradora que se entrega a cada asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza.

TEST GENÉTICO PRENATAL NO INVASIVO: test genético de ADN fetal realizado en sangre materna para la detección de trisomías fetales.

TOMADOR DEL SEGURO: la persona física o jurídica que, junto con el asegurador, suscribe este contrato.

UNIDAD DEL DOLOR: servicio médico especializado en el tratamiento del dolor crónico.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: servicio o área especialmente equipada de un hospital, donde se concentra personal médico y de enfermería especializado en realizar unos determinados tratamientos.

URGENCIA VITAL: situación del asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

03 OBJETO DEL SEGURO

El asegurador, Divina Pastora Seguros, Mutua de Seguros, en adelante Divina Seguros, dentro de los límites y condiciones establecidos en la póliza se compromete a facilitar al asegurado la cobertura de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios que figuran en la descripción de las coberturas (cláusula quinta) de la presente póliza, previo pago de la prima correspondiente y en la forma y con los límites que se establecen en el condicionado general y en el particular.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley de Contrato de Seguro, el contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro. Por tanto, **todos los hechos en curso antes de la fecha de efectos del contrato y las consecuencias de los mismos se excluyen de cobertura y no serán aceptados con cargo a la póliza.**

En todo caso, y de conformidad con lo establecido en el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, la entidad aseguradora asume la cobertura de la asistencia sanitaria contratada cuando la misma tenga el carácter de urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones generales y particulares de la póliza.

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 introducidos como tratamiento generalizado dentro del Sistema Nacional de Salud.

Para ello, en cada renovación de la póliza, Divina Seguros detallará las técnicas o tratamientos que pasan a formar parte de las coberturas de la póliza para el siguiente periodo de renovación.

En el presente seguro de asistencia sanitaria no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria cubierta.

Forma parte de las normas de uso de este seguro de asistencia sanitaria el pago por parte del asegurado de unos determinados copagos o de una determinada franquicia, que le permitirá acceder a determinadas prestaciones o servicios sanitarios. Dichas cantidades y conceptos podrán ser actualizados cada año, circunstancia que será comunicada anualmente por escrito al tomador con dos meses de preaviso.

El seguro se basa en la libre elección de los médicos y centros hospitalarios o ambulatorios entre los detallados en el cuadro médico de la entidad aseguradora.

04 PERSONAS ASEGURABLES

Podrá contratar las coberturas de este seguro toda persona física que a la firma del contrato tenga una edad igual o inferior a los 59 años, que no padezca una enfermedad grave y que tenga su residencia habitual en España.

Las personas con edad superior a los 59 años podrán ser aseguradas siempre y cuando hubiesen contratado esta garantía con anterioridad al cumplimiento de los 59 años.

En el caso de las personas menores de 18 años de edad, solo podrán ser incluidos como asegurados de la presente póliza en el caso de que, al menos, una de las personas que ejerzan la patria potestad, o en su caso, la tutela sea tomador de la misma.

Los hijos recién nacidos, cuando la madre sea asegurada y siempre que el parto o cesárea haya sido objeto de cobertura de la presente póliza, podrán ser incluidos en la póliza de la madre desde su nacimiento y en las mismas condiciones sin aplicación de plazos de carencia. En estos supuestos, es requisito de obligado cumplimiento que el tomador comunique el nacimiento a la compañía aseguradora en el plazo máximo de quince días desde la fecha del parto o cesárea y a tal efecto deberá cumplimentar la solicitud de seguro. Si el alta se solicita con posterioridad,

el tomador del seguro deberá cumplimentar además de la solicitud de seguro el correspondiente cuestionario de salud, alta que se producirá previa aceptación por la compañía aseguradora del riesgo a asegurar y con la aplicación de los periodos de carencia establecidos en el contrato y, salvo pacto expreso en contrario, no supondrá, en ningún caso, cobertura de las enfermedades preexistentes a la fecha de alta en la póliza.

La incorporación del recién nacido no tendrá efecto y, por tanto, no tendrá derecho a cobertura de ningún riesgo hasta que se hubiese pagado por el tomador la prima correspondiente al recién nacido.

En el caso de enfermedades congénitas, la aceptación del recién nacido en el seguro requerirá que la madre haya suscrito la póliza con al menos veinticuatro meses de antelación al nacimiento y siempre que el alta del niño, como asegurado, se produzca dentro de los quince primeros días de vida.

05 PRESTACIONES ASEGURADAS

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza, con los límites establecidos en las condiciones particulares, son los siguientes:

5.1. ASISTENCIA PRIMARIA

5.1.1. Medicina general: asistencia médica en consulta e indicación de pruebas y medios de diagnóstico básicos (análisis clínicos básicos, ecografías simples y radiología simple o convencional) siempre que sean prescritos y se realicen por profesionales pertenecientes al cuadro médico de Divina Seguros.

5.1.2. Pediatría y puericultura: asistencia médica a niños hasta los 15 años de edad en consulta e indicación de pruebas y medios de diagnóstico básicos (análisis clínicos básicos, ecografías simples y radiología simple convencional), siempre que sean prescritos y se realicen por profesionales pertenecientes al cuadro médico de Divina Seguros. Queda incluido programas de promoción de salud en la infancia y plan dental infantil.

5.1.3. Servicios de ATS/DUE: en consultorio, previa petición escrita del médico que asista al asegurado.

5.2. URGENCIAS MÉDICAS

5.2.1. Comprende la asistencia sanitaria urgente que se prestará en los centros de urgencias permanentes que el asegurador tenga establecidos en el cuadro médico.

5.2.2. La asistencia médica domiciliar de urgencia se solicitará exclusivamente en los casos en que el carácter de la enfermedad impida el desplazamiento del enfermo al centro hospitalario y siempre que la aseguradora disponga de servicios domiciliarios concertados en la población de residencia del asegurado.

5.2.3. En el caso de tener que acudir por urgencia vital a un centro de urgencias ajeno, el asegurado o

persona en su nombre deberá comunicarlo dentro de las 24 horas siguientes al ingreso de forma fehaciente. Siempre que no exista contraindicación médica para ello, Divina Seguros podrá dirigir la cobertura a un centro concertado poniendo los medios de traslado oportunos. A estos efectos se entiende por urgencia vital la situación en la que se encuentra el asegurado que ve en peligro su vida o integridad física si no recibe asistencia sanitaria de forma inmediata.

5.3. ASISTENCIA DE ESPECIALISTAS

Los asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas que formen parte del cuadro médico de Divina Seguros. Esta libertad de elección de médico y de centro supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la aseguradora por los actos de aquellos, sobre los que Divina Seguros no tiene capacidad de control a causa de la protección del secreto profesional, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo en la actividad sanitaria.

Sin perjuicio de las limitaciones, exclusiones y periodos de carencia previstos en las condiciones generales y/o particulares de la póliza, el asegurador se compromete a prestar los servicios que se deriven de tratamiento médico y/o quirúrgico que correspondan a las siguientes especialidades y servicios:

5.3.1. Alergología. Las vacunas y autovacunas serán por cuenta del asegurado. Se incluyen los test de provocación de alto riesgo con alimentos y con medicamentos.

5.3.2. Anestesiología y reanimación.

5.3.3. Angiología y cirugía vascular. Incluye el uso del láser endoluminal en quirófano para el tratamiento de la insuficiencia venosa periférica, excluyendo procesos con fines estéticos y la esclerosis terapéutica de varices por sesión. "6. Coberturas excluidas" de estas condiciones generales.

5.3.4. Aparato digestivo. Incluye un programa de prevención del cáncer colorectal para personas mayores de 40 años, una vez al año, que comprende consulta médica, exploración física y colonoscopia, en caso de ser necesario. Se incluye la elastografía hepática, exclusivamente para la valoración del grado de fibrosis hepática una vez al año. Incluido el estudio del H2 espirado para el diagnóstico de intolerancias y SIBO, una vez al año y la cápsula endoscópica para, el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva y/o sangrado intestinal no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta.

5.3.5. Cardiología. Incluye un programa anual de prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años que comprende consulta cardiológica, electrocardiogramas, la realización de una analítica básica, una ergometría y radiografía de tórax. Queda excluido el Holter implantable

5.3.6. Cirugía cardiovascular. Se incluye el marcapasos definitivo uni o bicameral y su colocación. Quedan excluidas las prótesis valvulares transcatéter, transapicales o percutáneas de cualquier tipo: TAVI y otros dispositivos sanitarios.

5.3.7. Cirugía general y aparato digestivo. Incluido el Test H2 espirado para intolerancia y SIBO. Se excluye expresamente la cirugía bariátrica.

Proctología: incluye el uso de láser quirúrgico para el tratamiento de la patología hemorroidal.

5.3.8. Cirugía maxilofacial.

5.3.9. Cirugía pediátrica.

5.3.10. Cirugía plástica y reparadora. Comprende las intervenciones quirúrgicas para restablecer lesiones, especialmente la reconstrucción de la mama y la prótesis mamaria tras mastectomía radical oncológica. **Queda excluida cualquier actuación que tenga carácter puramente estético o cosmético y la cirugía de simetrización de la mama sana contralateral**

5.3.11. Cirugía torácica. Incluida la simpatectomía por hiperhidrosis (tratamiento de la sudoración excesiva).

5.3.12. Dermatología. Queda excluida cualquier actuación que tenga un carácter puramente estético o cosmético.

5.3.13. Endocrinología y nutrición.

5.3.14. Geriátrica.

5.3.15. Obstetricia y ginecología.

Comprende diagnóstico y tratamiento, la planificación familiar por anovulatorios (consulta y revisión), la ligadura de trompas, la implantación del DIU (**no incluye, en ningún caso, el coste del dispositivo intrauterino que será siempre a cargo de la asegurada**).

Se incluye un programa anual de prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.

Se incluye mamografía 3D/tomosíntesis digital de mama.

Quedan incluidas las consultas y el diagnóstico para la detección de problemas de infertilidad y esterilidad, **aunque los tratamientos de reproducción asistida serán a cargo de la asegurada.** También se incluyen los siguientes medios de diagnóstico como la biopsia de corion, el triple screening y la amniocentesis, esta última cuando la asegurada tenga 35 años o más, o exista un factor de riesgo conocido.

Queda incluido **el test genético prenatal no invasivo en mujeres mayores de 35 años con screening de alto riesgo para trisomías, por debajo de 1/270, realizado por proveedores homologados por la compañía, como alternativa a la amniocentesis, que sólo tendrá cobertura en los casos en que el test haya sido positivo.**

Se garantiza la asistencia al parto normal o por cesárea, incluyendo la anestesia epidural, los servicios necesarios para la vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por este a los partos auxiliado por matronas. Quedan incluidas las técnicas de preparación al parto.

Quedan incluidas las prótesis mamarias tras cirugía radical mamaria con diagnóstico oncológico, y el drenaje linfático postmastectomía.

Incluye el uso de láser quirúrgico para el tratamiento de la incontinencia urinaria.

5.3.16. Hematología / hemoterapia.

5.3.17. Medicina interna.

5.3.18. Nefrología. Hemodiálisis cubierto únicamente en procesos agudos.

5.3.19. Neumología. Incluida la Ecobroncoscopia (EBUS), para el diagnóstico de lesión oncológica del árbol bronquial, no accesible por otros medios diagnósticos y para la re-estadificación tras quimioterapia y diagnóstico de masas mediastinales.

5.3.20. Neurocirugía. Queda cubierto el neuronavegador convencional para asistencia de cirugías de procesos intracraneales y la cirugía de columna, así como, la monitorización electrofisiológica intraoperatoria para procesos intracraneales y de columna.

5.3.21. Neurología.

5.3.22. Oftalmología. Se incluye la cirugía general oftálmica, el trasplante de córnea (**la córnea a trasplantar será de cuenta del asegurado**) y el uso del láser quirúrgico, **excepto para la corrección de los defectos de refracción visual (miopía, hipermetropía y astigmatismo) que serán a cargo del asegurado. Incluye la lente intraocular monofocal en la cirugía de cataratas. Incluye programa de prevención de glaucoma, para personas mayores de 40 años, una vez al año, consiste en consulta y medición de presión intraocular, en caso de ser necesario.**

5.3.23. Oncología médica. Comprende la consulta, el estudio y tratamiento por médicos especialistas en oncología de las enfermedades subsidiarias de esta especialidad. Quedan incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa utilizados en quimioterapia.

Se cubren los medicamentos únicamente citostáticos empleados en quimioterapia intravenosa o intravesical, a los pacientes atendidos, en las unidades funcionales de quimioterapia de los servicios de oncología médica, tanto en régimen de hospitalización como en hospital de día, suministrados por los servicios de farmacia hospitalaria en los centros concertados por Divina Seguros.

5.3.24. Oncología radioterápica. Incluye los servicios de radioterapia, los tratamientos con acelerador línea de partículas, cobaltoterapia y la radio neurocirugía esterotáxica. **Queda excluida la protonterapia y**

neutronterapia, así como los tratamientos con isótopos radioactivos (Ludotax), únicamente cubierto el tratamiento con Iodo 131.

5.3.25. Otorrinolaringología. Incluye la cirugía de los cornetes nasales o turbinoplastia por radiofrecuencia, la criocirugía y el uso del láser en quirófano excepto en la cirugía del ronquido, apnea del sueño o uvulopalatoplastia.

5.3.26. Psiquiatría. Excluidos tratamientos neurobiológicos.

5.3.27. Reumatología.

5.3.28. Rehabilitación y medicina física. Excluida la rehabilitación neurológica, cardiológica, respiratoria y de la articulación temporomandibular (ATM).

5.3.29. Traumatología y cirugía ortopédica. Excluido el tratamiento o infiltración con plasma rico en plaquetas y/o factores de crecimiento.

5.3.30. Tratamiento del dolor. Incluye las técnicas diagnósticas y terapéuticas para el tratamiento sintomático paliativo del dolor y **se excluyen expresamente las bombas implantables de medicamentos y electrodos de estimulación medular. Kit de rizotomía y Radiofrecuencia excluida de cobertura.**

5.3.31. Urología. Se incluye la vasectomía, así como el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad. Incluye programa de prevención del cáncer de próstata para personas mayores de 40 años, una vez al año, que comprende consulta médica, exploración física, PSA y ecografía vesico-prostática en caso de ser necesario. Incluye el uso de láser verde para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata. Incluye resonancia multiparamétrica de próstata. **Queda excluida la biopsia por fusión de próstata.**

5.4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Incluye, previa prescripción por un facultativo perteneciente al cuadro médico concertado, los siguientes medios de diagnóstico:

5.4.1. Análisis clínicos. Bioquímica, hematología, microbiología, parasitología e inmunohistoquímica y estudios genéticos para enfermedad celíaca.

5.4.2. Pruebas genéticas. Exclusivamente en paciente sintomático, cuya finalidad sea el diagnóstico de una determinada enfermedad que no pueda ser diagnosticada por otros estudios y para las siguientes determinaciones:

- Cariotipo de sangre periférica, de médula ósea, en líquido amniótico y en vellosidades coriales.
- Panel de Trombocitopenia (Factores II, V, XII y MTHFR)
- Hemocromatosis (Mutación C282Y, H63D, S65C)
- Biología molecular de patógenos (Hepatitis, HPV, VIH, ETS)
- Oncohematología, estudios de FISH/Reordenamiento y mutación JAK2 (V617F)

• Secuenciación BRCA1 y BRCA2. exclusivamente en los siguientes casos:

- Mujer no afectada con antecedente familiar de cáncer de mama diagnosticado antes de los 50 años de edad y/o cáncer de ovario a cualquier edad.
- Mujer de más de 50 años con cáncer de mama y con antecedente familiar de cáncer de mama diagnosticado antes de los 50 años de edad y/o cáncer de ovario a cualquier edad.
- Mujer de menos de 50 años con cáncer de mama.
- Mujer con cáncer de ovario y varón con cáncer de mama.

• Diagnóstico genético (HLA-DQ2/DQ8) de la intolerancia al gluten o celiaquía, para niños sintomáticos de hasta 16 años con marcadores serológicos alterados, y para aquellos adultos en los que la endoscopia o la biopsia digestiva esté contraindicada o no sea concluyente

5.4.3. Anatomía patológica. Citología y citopatología. Se incluye el cariotipo dentro del estudio citopatológico en la amniocentesis.

5.4.4. Diagnóstico por imagen. Cubre las técnicas habituales de diagnóstico por imagen como la radiología general, la radiología especial digestiva, ginecológica y urológica, ortopantomografías, ecografías, mamografías, Scanner (TAC), resonancia magnética (RMN), angiografía, arteriografía digital. La tomografía por emisión de positrones (PET) y el PET/TAC en diagnóstico oncológico y re-estadificación, densitometría ósea, radiología intervencionista. Queda incluida la utilización de medios de contraste. **Se excluye expresamente el PET-RMN.**

5.4.5. Medios de diagnóstico en la especialidad de cardiología. Electrocardiograma, Holter TA y Holter ECG, prueba de esfuerzo (ergometría), ecocardiograma y Doppler, hemodinamia y estudios electrofisiológicos. Incluido el TAC coronario, excluyendo la valoración del score cálcico, también se excluye el Holter implantable

5.4.6. Medios de diagnóstico en Angiología. Doppler y Ecodoppler arterial y venoso.

5.4.7. Medios de diagnóstico en la Neurofisiología clínica. Electroencefalograma, electromiograma, potenciales evocados, polisomnografía para el estudio del sueño. Quedando excluida para la titulación de CPAP/BIPAP.

5.4.8. Endoscopias. Con fines diagnósticos y/o terapéuticos. Se incluye la ecoendoscopia y la cápsula endoscópica para el diagnóstico del sangrado digestivo y/o intestinal de origen desconocido.

5.4.9. Medios de diagnóstico en la medicina nuclear. Gammagrafías cubiertas. **Excluidos los tratamientos con radioisótopos marcados y el DAT-SCAN (Ioflupano I-123).**

5.5. HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización se realizará en las clínicas u hospitales concertados con la compañía y previa prescripción de un facultativo del cuadro médico concertado por Divina Seguros y con la correspondiente autorización.

Comprende durante el internamiento hospitalario, los siguientes gastos generados:

1. Los honorarios médicos y quirúrgicos derivados de los tratamientos realizados (médicos, ayudantes, anestesisistas, ATS/DUE, matronas, etc.). Los gastos derivados de la utilización de quirófano, sala de partos, unidad de cuidados especiales y por cualquier otro servicio médico prestado durante la hospitalización o intervención quirúrgica, incluidos medios complementarios de diagnóstico, tratamientos, material necesario, productos anestésicos y medicamentos. Asimismo, comprende los gastos por manutención del paciente durante el internamiento hospitalario.
2. La utilización de habitación individual convencional con aseo y cama para el acompañante (si existe disponibilidad hospitalaria), excepto en los supuestos de hospitalización en Unidades de Vigilancia Intensiva (UVI) o Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y en la hospitalización psiquiátrica. **En ningún caso se cubren los gastos correspondientes a uso de teléfono, televisión, cafetería, manutención del acompañante o cualquier otro no directamente relacionado con el tratamiento de la enfermedad.**

Asimismo, comprende los derivados de:

- 5.5.1. **Hospitalización médica** (sin intervención quirúrgica). Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de patologías médicas susceptibles de ingreso en personas mayores de 14 años previa prescripción escrita por un médico de la aseguradora.
- 5.5.2. **Hospitalización quirúrgica**. Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato.
- 5.5.3. **Hospitalización obstétrica**. Incluye la asistencia médica del ginecólogo, el pediatra y la comadrona, el nido y la incubadora en los casos en que fueran necesarios.
- 5.5.4. **Hospitalización pediátrica** (para menores de 15 años). Incluye la asistencia del médico pediatra.
- 5.5.5. **Hospitalización psiquiátrica**. En centros psiquiátricos designados por la misma y exclusivamente para procesos agudos, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con límite de 30 días por asegurado y año.
- 5.5.6. **Hospitalización en UVI**. La duración del internamiento estará en función de si el proceso patológico que sufre el enfermo es o no reversible. En el caso de que el enfermo no sea recuperable en opinión del jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, este señalará el tiempo de permanencia del enfermo. Se incluye la asistencia del médico intensivista.

- 5.5.7. **Hospitalización domiciliaria**. Se prestará exclusivamente en los casos en los que el asegurado cumpla con los requisitos de inclusión, en alguno de los programas de Hospitalización Domiciliaria, siempre que la aseguradora disponga del servicio concertado en la población de residencia del asegurado.

5.6. TRATAMIENTOS ESPECIALES

- 5.6.1. **Fisioterapia y tratamiento rehabilitador**. Es imprescindible la prescripción de un médico especialista en Rehabilitación y Medicina Física perteneciente al cuadro médico de la aseguradora. Se prestará exclusivamente para las afecciones del aparato osteoarticular y de rehabilitación de suelo pélvico para tratamientos de incontinencia urinaria, siempre con carácter ambulatorio y en centros concertados con la compañía. **Queda excluida la rehabilitación domiciliaria, neurológica, respiratoria y cardiológica. Quedan expresamente excluidos cualquier tipo de transporte para realizar dichos tratamientos, así como la gimnasia y terapias de mantenimiento. También queda excluida la rehabilitación de la Articulación Temporo Mandibular, (ATM).**
- 5.6.2. **Laserterapia**. En la rehabilitación músculo esquelética, el endoláser vascular, intervenciones quirúrgicas ginecológicas, otorrinolaringológicas, dermatológicas, urológicas y proctológicas, según el apartado 5.3 detallado en cada una de las especialidades. Dentro de Oftalmología, tendrán cobertura los actos incluidos en el apartado 5.3.22.
- 5.6.3. **Aerosolterapia y ventiloterapia. Los medicamentos serán a cargo del asegurado. Excluido CPAP y BIPAP.**
- 5.6.4. **Oxigenoterapia**. Hospitalaria y domiciliaria bajo prescripción de un facultativo adscrito al cuadro médico de Divina Seguros. Se excluye la mochila de oxígeno.
- 5.6.5. **Diálisis y hemodiálisis**. Se prestará este servicio en régimen de hospitalización, exclusivamente para el tratamiento y durante los días precisos, de las insuficiencias renales agudas. **Quedan expresamente excluidas en las afecciones crónicas.**
- 5.6.6. **Litotricia**. Incluye las operaciones de pulverización de las piedras o cálculos dentro de las vías urinarias, riñón o vesícula biliar y la litotricia endoureteral y vesical con láser.
- 5.6.7. **Logofoniatría y foniatría**. La cobertura de la presente póliza incluye el tratamiento de la logofoniatría y foniatría cuando vengan por causa de una intervención quirúrgica. Asimismo está incluida la logopedia infantil para la recuperación de los trastornos del habla.
- 5.6.8. **Trasfusiones**. De sangre y/o plasma en régimen de hospitalización únicamente.
- 5.6.9. **Medicina nuclear**. Quedan cubiertos los medios de diagnóstico y se excluyen los tratamientos con isótopos radioactivos, a excepción del Iodo radioactivo para el tratamiento del hipertiroidismo (I131).

5.7. OTROS SERVICIOS

5.7.1. Servicio de ambulancia. Para los casos de necesidad urgente. Comprende todos los traslados terrestres dentro del término municipal y fuera de este, desde el lugar en el que se encuentre el asegurado hasta el hospital más cercano perteneciente al cuadro médico de Divina Seguros, siempre y cuando concurren especiales circunstancias de imposibilidad física que le impidan la utilización de los servicios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi o vehículo particular, cuyo coste nunca soportará la aseguradora), y previa autorización de la compañía.

5.7.2. Preparación al parto.

5.7.3. Podología. Exclusivamente quedan cubiertos los tratamientos de quiropodia con un límite de 12 sesiones por asegurado y año.

5.7.4. Prótesis. Quedan incluidas las prótesis vasculares periféricas (**las torácicas y abdominales**) y traumatológicas internas que precise el asegurado y el marcapasos definitivo uni o bicameral.

Se incluye el material de osteosíntesis, las mallas quirúrgicas en reparación de pared abdominal y en desprendimiento de vejiga, el stent biliar, la lente intraocular monofocal, la lente tórica monofocal y el anillo capsular los coil en embolizaciones de radiología intervencionista, la prótesis testicular por orquidectomía tras procesos oncológicos y las prótesis de mama únicamente en reconstrucción tras la cirugía radical oncológica. Cubierto neuronavegador convencional para asistencia de cirugías de procesos intracraneales y cirugía de columna, así como la monitorización electrofisiológica intraoperatoria para procesos intracraneales y de columna. Las prótesis incluidas en esta cobertura serán proporcionadas por los proveedores autorizados por Divina Seguros. **Excluidas las prótesis válvulares transcáteter, transapicales o percutáneas de cualquier tipo: TAVI y otros dispositivos sanitarios.**

5.7.5. Injertos. Los injertos incluidos en esta cobertura serán proporcionadas por los proveedores autorizados por Divina Seguros. Quedan cubiertos los autoinjertos de piel y hueso y los aloinjertos de hueso, tendones y ligamentos obtenidos de los bancos de hueso y tejidos. Quedan excluidos los injertos odontológicos no descritos en las coberturas dentales incluidas en póliza.

5.7.6. Psicología. Solo tratamiento en consulta.

06 COBERTURAS EXCLUIDAS

En cualquier caso, y además de las exclusiones específicas contenidas a lo largo del contrato, quedan excluidos de las coberturas de la póliza los siguientes riesgos:

- 6.1.** Enfermedades o accidentes derivados de causa mayor: guerra, erupciones volcánicas, fenómenos sísmicos o meteorológicos de índole extraordinaria, inundaciones, los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear, actos de terrorismo o de carácter político y social, así como las epidemias declaradas oficialmente.
- 6.2.** Toda clase de enfermedades, lesiones, dolencias o condiciones médicas (por ejemplo, embarazo o gestación) preexistentes y sus consecuencias, así como las anomalías o defectos constitucionales o congénitos, invalideces físicas o mentales o imperfecciones físicas existentes, y los que sean consecuencia de accidentes de tráfico o enfermedades, siempre y cuando sean anteriores a la fecha de entrada en vigor de la póliza, así como las secuelas de estos hechos aun cuando a la entrada en vigor del contrato no se haya producido un diagnóstico concreto, salvo que el asegurador lo acepte expresamente en las condiciones particulares de la póliza. Para las enfermedades no conocidas y anteriores a la contratación, se establece un plazo de indisputabilidad de un año desde la formalización del contrato o la inclusión de nuevos asegurados. El tomador y los asegurados se obligan a presentar a la aseguradora toda la documentación que se precise con el objeto de verificar los antecedentes y la fecha de origen de cualquier prestación.
- 6.3.** Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones y de la práctica, como aficionado o profesional, de actividades de alto riesgo como el toreo y encierro de reses bravas, pirotecnia y accidentes pirotécnicos, de la práctica de deportes peligrosos tales como el esquí, buceo, el bobsleigh, el boxeo, las artes marciales, la escalada, las carreras de vehículos a motor, rugby, quad, espeleología, parapente, ala delta, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación o en aguas bravas, puenting, barranquismo, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa o deporte o actividad de los denominados de riesgo o aventura.
- 6.4.** La asistencia sanitaria que exija el tratamiento de enfermedades o accidentes laborales, profesionales y la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el seguro del automóvil de suscripción obligatoria, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, incluidas las comunidades autónomas, que no estén concertados con el asegurador.

- 6.5. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) y las enfermedades relacionadas con este así como sus complicaciones y secuelas.
- 6.6. La asistencia sanitaria para el tratamiento del alcoholismo crónico y/o la adicción a drogas de cualquier tipo, así como sus complicaciones y secuelas, y la asistencia sanitaria a lesionados por embriaguez, agresión, riña, intento de suicidio o autolesiones así como por enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del asegurado.
- 6.7. Las consecuencias o complicaciones de actos médicos no cubiertos por la presente póliza.
- 6.8. Los gastos de asistencia médica, pruebas complementarias y tratamientos realizados o prescritos por facultativos ajenos al cuadro médico ni de los gastos de internamiento sanatorial o servicios que los mismos pudieran prescribir. Los gastos de asistencia sanitaria o médica prestados en centros médicos u hospitalarios ajenos al cuadro médico.
- Las consecuencias o complicaciones de actos médicos cubiertos por la póliza realizados por facultativos, centros médicos u hospitalarios ajenos al cuadro médico concertado por la entidad.
- 6.9. La hospitalización de tipo social, así como la que sea sustituible por una asistencia ambulatoria o domiciliaria. La hospitalización psiquiátrica, salvo en los casos de procesos agudos.
- 6.10. 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, el descanso y los tratamientos dietéticos. Los gastos de estancias en clínicas no concertadas.
- 6.11. Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia del acompañante en clínica, los gastos por viaje y desplazamientos, así como otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.
- 6.12. La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos con carácter general a excepción de los programas anuales expresamente detallados en el apartado "5.4.2 Pruebas genéticas y 5.3. Asistencia de especialistas" del condicionado general. Excluidas las cirugías de carácter preventivo.
- 6.13. Todas aquellas consultas y pruebas que sean precisas para la expedición de certificaciones, emisión de informes y libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
- 6.14. Quedan excluidos los test genéticos o técnica genética o molecular, así como las pruebas genéticas como medio de diagnóstico o terapéuticas, así como el estudio del mapa genético que tenga como finalidad conocer la predisposición del asegurado o su descendencia presente o futura a padecer enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, a excepción del cariotipo dentro del estudio citopatológico en la amniocentesis y los recogidos expresamente en el apartado en los apartados 5.4.2 Pruebas genéticas y 5.3.15 Obstetricia y ginecología, del condicionado general.
- 6.15. Quedan excluidas las vacunas de cualquier tipo y el suministro de extractos en procesos alérgicos.
- 6.16. Quedan excluidas por la presente póliza aquellas pruebas diagnósticas, tratamientos o técnicas medico-quirúrgicas, cuya utilidad diagnóstica, eficacia clínica o reconocimiento científico no esté demostrada, las técnicas diagnósticas o tratamientos cuyo uso no sea habitual o no esté aceptado en el Sistema Nacional de Salud en el momento de la prescripción de la misma, así como los de nueva aparición. No obstante, Divina Seguros, se reserva, expresamente, el derecho a incluir cada año en el baremo general de la compañía dichas técnicas o tratamientos, una vez valorados los mismos por su dirección médica, en cuyo caso serán objeto de cobertura por la presente póliza.
- No están cubiertas aquellas pruebas que hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles y "otras terapias alternativas" y complementarias tales como la acupuntura, organometría, naturopatía, homeopatía, el quiromasaje, el drenaje linfático (excepto el drenaje linfático postmastectomía de origen neoplástico), la mesoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente.
- 6.17. Quedan excluidos los tratamientos médico-quirúrgicos con técnicas de radiofrecuencia excepto en la cirugía de los cornetes nasales o turbinoplastia.
- 6.18. Quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso compasivo, así como los que estén en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- 6.19. Se excluyen las técnicas diagnósticas, quirúrgicas y tratamientos de nueva aparición no incluidos en las condiciones generales de la presente póliza, que no hayan sido expresamente comunicadas por Divina Seguros.
- 6.20. La medicina regenerativa, biológica, la inmunoterapia o terapia biológica, la terapia génica o genética, así como sus aplicaciones. Se excluyen también, todas las cirugías de carácter preventivo.

- 6.21. El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos, concretamente las realizadas a través de las siguientes especialidades médicas:
- Tratamientos de cirugía plástica y reparadora. No se incluyen en ningún caso intervenciones de cirugía estética, aun cuando se alegasen razones puramente psicológicas o traumatológicas, tales como lifting facial, rinoplastia, corrección de la punta de la nariz, blefaroplastia, otoplastia, corrección de lóbulo rasgado de oreja, reducción de megalóbulo de oreja, malarplastia, mentoplastia, queiloplastia, corrección de cicatrices, extracción de verrugas, aumento de mamas, reducción de mamas, simetrización de la mama sana contralateral, mastopexia, ginecomastia, dermolipectomía abdominal, dermolipectomía en muslos, eliminación de tatuajes, cualquier tipo de liposucción y cualquier tipo de depilación.
- Tratamientos dermatológicos. No se incluyen los tratamientos del cuero cabelludo y de lesiones actínicas de la piel, ni la dermatoscopia (molemax, epiluminiscencia, etc.), ni el tratamiento dermatocosmético con láser o cualquier diagnóstico, tratamiento e intervención quirúrgica realizada con fines puramente estéticos o cosméticos.
- Angiología y cirugía vascular. En todos los casos se excluyen las intervenciones y tratamientos de estética y se cita como ejemplo de ello, de modo no exhaustivo, la esclerosis de varices superficiales.
- 6.22. Se excluye el tratamiento de la foniatría no derivados de una intervención quirúrgica.
- 6.23. En los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación, queda excluida la estimulación precoz, la rehabilitación en el domicilio, hospitalaria y la rehabilitación neurológica, neumológica, cardiológica y la rehabilitación temporo mandibular.
- Se excluye la rehabilitación acuática, la hipoterapia y la equinoterapia. Quedan expresamente excluidos cualquier tipo de transporte para realizar dichos tratamientos, así como la gimnasia y terapias de mantenimiento.
- 6.24. En tratamientos especiales del dolor, quedan excluidos aquellos actos no contemplados en el apartado "5.3.30. Tratamiento del dolor" de las condiciones generales. Quedan expresamente excluidas las bombas implantables de medicamentos y electrodos de estimulación medular.
- 6.25. En ventiloterapia y aerosolterapia, los medicamentos serán a cargo del asegurado.
- Quedan expresamente excluidos los tratamientos con CPAP, BIPAP y la mochila en oxigenoterapia.
- 6.26. Los tratamientos desensibilizadores, la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, la terapia endocrina, los inhibidores enzimáticos y/o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica en dermatología y radiación. Los tratamientos dietéticos. Los tratamientos con factores de crecimiento y plasma rico en plaquetas.
- 6.27. Los fármacos y medicamentos de cualquier clase y productos de parafarmacia fuera del régimen de hospitalización contemplada en el apartado "5.5. Hospitalización" del condicionado general.
- 6.28. En planificación familiar, en la implantación del DIU no se incluye el coste del dispositivo intrauterino que será a cargo de la asegurada.
- 6.29. La interrupción voluntaria del embarazo y la reducción embrionaria instrumental selectiva en cualquier supuesto, así como el tratamiento de la esterilidad e infertilidad y las técnicas de fecundación asistida como, por ejemplo, inseminación artificial o fertilización in vitro. Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia y de la disfunción eréctil. Queda excluido cualquier gasto derivado de la gestación subrogada tanto de la madre como del recién nacido.
- 6.30. Queda excluida la cirugía de cambio de sexo y la cirugía bariátrica.
- 6.31. Se excluye dentro de los tratamientos especiales la braquiterapia, la protonterapia y la neutronterapia.
- 6.32. La quimioterapia oncológica solo cubrirá los gastos de los medicamentos específicamente y únicamente citostáticos definidos en el apartado "5.3.23. Oncología médica" del condicionado general.
- 6.33. En Psiquiatría, las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, como el psicoanálisis, la hipnosis o narcolepsia ambulatoria, la sofrología y las curas de reposo o sueño, técnicas de terapia conductista, técnicas de terapia ocupacional, técnicas de terapia musical, técnicas de psicoterapia con la ayuda de animales, los test psicotécnicos, psicológicos y psicométricos de cualquier tipo, la rehabilitación psicosocial y neuropsiquiátrica, la terapia educativa o cognitivo-conductual en los trastornos de la comunicación oral y escrita y del desarrollo de diverso origen.
- 6.34. Las endodoncias, obturaciones, radiografías dentales, tratamientos con fines estéticos, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los contemplados en la descripción de prestaciones cubiertas por la asistencia dental incluida en póliza.
- 6.35. Queda excluida cualquier prueba diagnóstica no detallada dentro del apartado "5.4. Medios de diagnóstico", del condicionado general.

- 6.36. La corrección quirúrgica con láser Excimer o Lásik de la miopía, hipermetropía o astigmatismo, así como la ortoqueratología. No se incluyen las consultas para la adaptación de lentes o lentillas.
- 6.37. Diálisis y hemodiálisis: quedarán excluidas en el tratamiento de las afecciones crónicas.
Solo estará incluido en casos agudos y en régimen exclusivamente de hospitalización.
- 6.38. Se excluyen de los medios de diagnóstico los test alimenticios, a excepción de los expresamente incluidos en el apartado "5.3.1. Alergología" de las condiciones generales.
- 6.39. Todo tipo de prótesis y material de osteosíntesis, implantes, dispositivos sanitarios, DISPOSITIVOS SANITARIOS piezas anatómicas y ortopédicas no detallados dentro del apartado "5.7.4. Prótesis" del condicionado general. Se excluyen, además, el corazón artificial, los expansores de piel, los implantes de columna, las prótesis auditivas (los audífonos), los biomateriales y/o materiales biológicos, sintéticos y ortopédicos, y los tratamientos podológicos correctores. Queda excluido el material de refuerzo vertebral percutáneo (kit de cifo-plastia) y las prótesis valvulares transcáteter, transapicales o percutáneas de cualquier tipo: TAVI y otros dispositivos sanitarios.
- 6.40. Quedan excluidos los cardiodesfibriladores implantables y transitorios, los marcapasos temporales y el Holter implantable.
- 6.41. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, a excepción del trasplante de córnea según se define en el apartado "5.3.22. Oftalmología".
- 6.42. Queda excluida la cirugía de la roncopatía o de la apnea obstructiva del sueño, excluida la polisomnografía para titulación de CPAP-BIPAP.
- 7.3. El derecho de libertad de elección de médico y centro hospitalario o ambulatorio supone la ausencia de cualquier clase de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la entidad aseguradora por los actos de aquellos. La entidad aseguradora no tiene capacidad de control sobre los profesionales independientes, con fundamento en el secreto profesional a que están obligados los facultativos, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad profesional sanitaria. A estos efectos, no cabe considerar en ningún caso, que los médicos y centros hospitalarios tienen vinculación laboral con Divina Seguros, no pudiendo considerarse, en ningún caso, que la actuación profesional de los mismos está dirigida o supervisada por la aseguradora, respecto de la que no existe dependencia jerárquica.
- 7.4. La asistencia médica y quirúrgica cubierta por la presente póliza se prestará, de conformidad con lo previsto en las condiciones generales y particulares de la misma, en todo el ámbito nacional español donde Divina Seguros tenga dispuesta o concierte la prestación de los servicios de asistencia sanitaria con facultativos, clínicas y otros establecimientos e instituciones, incluso con otras entidades de seguros, en toda clase de enfermedades o lesiones, así como en las especialidades especificadas en la descripción de las coberturas de la póliza.
- 7.5. Cuando en alguna población no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, Divina Seguros previa solicitud del asegurado informará de la localidad más cercana al domicilio donde disponga de este servicio concertado.
- 7.6. La presente póliza, en lo que a cobertura de riesgos se refiere, considera como delimitación y concreción de los riesgos cubiertos las estipulaciones relativas a la limitación de sesiones o actos médicos a favor de los asegurados en las especialidades y tratamientos médicos establecidos en las condiciones de la póliza.

07 DERECHO Y ELECCIÓN DE MÉDICO

- 7.1. El asegurador se obliga a prestar los servicios asegurados únicamente en el domicilio que figura en la póliza con el ámbito de cobertura especificado en la misma de conformidad con las garantías contratadas, siendo el domicilio en cualquier caso uno de los factores de riesgo para el cálculo actuarial de la prima precisa. Cualquier cambio del mismo deberá ser notificado a la compañía aseguradora de manera fehaciente, produciendo tal comunicación los efectos previstos en la condición general duodécima.
- 7.2. El seguro de asistencia sanitaria contratado se basa en el principio de libertad de elección de facultativos y centros hospitalarios de entre los que figuran en el cuadro médico de Divina Seguros.
- 7.7. Igualmente, las estipulaciones relativas al pago por parte del asegurado de unas determinadas franquicias que le permitirán acceder a determinadas prestaciones descritas en la póliza deben ser consideradas como delimitadoras de los riesgos cubiertos.
- 7.8. Asimismo, el establecimiento de cláusulas relativas a la obligación del asegurado de abonar determinadas cantidades para tener derecho a las prestaciones, en las que así se establezca y que se denomina sistema de "copago", han sido expresamente pactadas y aceptadas por la aseguradora, el tomador y, en su caso, por el asegurado y responden al derecho de los contratantes conforme a la libertad de pactos y ser conformes a lo dispuesto en la legislación aplicable.

- 7.9. En ningún caso se concederán indemnizaciones en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.
- 7.10. Cuando la asistencia sanitaria, prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o ingreso hospitalario no haya sido debidamente autorizado por Divina Seguros quedará excluido de la presente póliza y la aseguradora no abonará el importe correspondiente a dichas prestaciones.

08 CLÁUSULA DE SUBROGACIÓN

Una vez prestada la asistencia sanitaria, Divina Seguros podrá ejercer los derechos y acciones que, debido al siniestro causado, correspondan al asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización pagada.

El asegurado se obliga a suscribir a favor de Divina Seguros cuantos documentos sean necesarios para facilitar la subrogación.

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

09 FORMALIZACIÓN Y DURACIÓN DEL CONTRATO

- 9.1. El contrato de seguro y sus modificaciones entran en vigor una vez haya sido perfeccionado el contrato y satisfecho el primer recibo de prima, en el día y hora establecido en las condiciones particulares de la póliza.

En el caso de los recién nacidos, necesariamente hijos de la madre asegurada, tendrán derecho a la asistencia médica en hospitalización cubierta por la póliza de la madre hasta un máximo de los 15 primeros días de vida y siempre que el parto o cesárea hubiera sido objeto de cobertura por la aseguradora. Fuera de estas condiciones, para tener derecho a la asistencia sanitaria, los recién nacidos deberán asegurarse en un plazo no superior a 15 días a partir de la fecha de nacimiento. Las altas comunicadas en plazo retrotraerán sus efectos a la fecha de nacimiento, no aplicándose periodos de carencia.

De no asegurarse al recién nacido en el plazo de 15 días desde la fecha de su nacimiento, las coberturas quedarán suspendidas de manera automática e inmediata, siendo a cargo del tomador cualquier tipo de gasto ocasionado por el recién nacido a partir del mencionado plazo, no estando la entidad aseguradora obligada al pago de ningún siniestro relacionado con el recién nacido a partir del mencionado periodo.

Asimismo, si el alta del recién nacido se produce con posterioridad al plazo indicado de 15 días, será

necesario que se cumplimente la declaración de estado de salud, pudiendo la aseguradora denegar la admisión tras la realización de la valoración del riesgo a asegurar. En caso de aceptarse se aplicarán, en todo caso, los periodos de carencia establecidos en el contrato, no dando cobertura a las enfermedades preexistentes a la fecha de alta en la póliza, salvo pacto en contrario y de conformidad con lo establecido en las condiciones particulares de la póliza. La incorporación del recién nacido no tendrá efecto y, por tanto, no tendrá derecho a prestaciones hasta que se hubiese pagado por el tomador la prima correspondiente.

- 9.2. El seguro se estipula por el periodo previsto en las condiciones particulares de la póliza y, salvo pacto en contrario, su duración se ajusta al año contractual.

La póliza se prorrogará tácitamente por periodos anuales. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una 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.

- 9.3. La aseguradora podrá ejercer su derecho de rescisión del contrato en los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del asegurado o de existencia de inexactitud, dolo o culpa en las respuestas proporcionadas en el cuestionario de salud de la solicitud del seguro.
- 9.4. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar de Divina Seguros 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.
- 9.5. Respecto de los asegurados incluidos en la cobertura de la póliza, el contrato de seguro se extingue:
- Por fallecimiento.
 - Por traslado de la residencia habitual del asegurado al extranjero o por no residir en el territorio del Reino de España un mínimo de ocho meses al año.
 - En el caso de que los asegurados incluidos en la cobertura de la póliza sean los familiares del tomador del seguro, se extingue cuando dejen de convivir con el citado de manera habitual, hecho que deberán comunicar a Divina Seguros. Si dichos familiares contratan esta misma póliza de asistencia sanitaria dentro del

plazo de un mes desde el cese de la convivencia comunicada, Divina Seguros mantendrá los derechos de antigüedad por ellos adquiridos.

- 9.6. El asegurador no podrá resolver el presente contrato de seguro cuando el asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario hasta el alta del mismo del citado centro, salvo renuncia expresa del asegurado a continuar con el tratamiento prescrito y sin perjuicio del derecho del asegurador a repetir contra el asegurado los gastos en el supuesto de que, por cualquier motivo, la prestación o asistencia no sea objeto de cobertura por la presente póliza.

10 PERIODOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asume la entidad aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del contrato de seguro para cada uno de los asegurados, con la excepción de los periodos carenciales recogidos en las condiciones particulares de la póliza.

11 PAGO DE PRIMAS

- 11.1. El tomador del seguro, de conformidad con lo establecido en el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, que se realizará mediante domiciliación bancaria, salvo pacto en contrario establecido en las condiciones particulares. El tomador del seguro deberá entregar a Divina Seguros los datos de la cuenta corriente o de ahorros en la que se domiciliarán los recibos del presente seguro y autorizará a la entidad financiera a hacerlos efectivos.
- 11.2. Asimismo, de conformidad con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, la primera prima o fracción será exigible una vez firmado el contrato. Las sucesivas primas o fracciones se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.
- 11.3. Si la primera prima o fracción de esta, no hubiera sido satisfecha, Divina Seguros se reserva el derecho a resolver el contrato, o a exigir el pago de la misma en vía ejecutiva, con base en la póliza de seguro. En todo caso si la prima o fracción no ha sido pagada en el momento de producirse el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.
- 11.4. La prima del seguro es anual. En caso de fraccionamiento de pago de la cuota anual en los términos establecidos en las condiciones particulares, se aplicará el recargo que corresponda. El fraccionamiento de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la prima anual completa, no pudiendo entenderse, en ningún caso, que la prima ha sido abonada en su totalidad si el importe satisfecho no es el correspondiente al de la prima total, sin perjuicio de que la fecha de efectos de la póliza se adapte a la anualidad contractual, de conformidad con lo establecido en el apartado 8 de la presente estipulación.

- 11.5. **En caso de falta de pago de una de las cuotas o fracciones de primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida desde el mes siguiente al día de su vencimiento hasta el transcurso de seis meses. De esta manera, el impago de una fracción de la cuota anual llevará aparejada la suspensión de los derechos derivados de la condición de asegurado, permaneciendo en esta situación hasta transcurridos seis meses desde el vencimiento de la fracción de la cuota.**

Si Divina Seguros no reclamase el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido, conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó su prima.

El tomador del seguro/asegurado perderá el derecho al fraccionamiento de la prima que se hubiese pactado, cuando se produzca el impago de cualquiera de los recibos a su vencimiento, produciéndose el vencimiento anticipado y siendo exigible, desde ese mismo momento, la prima total acordada para el periodo del seguro que reste. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

- 11.6. En caso de extinción anticipada del contrato, imputable al tomador del seguro, la parte de la prima anual no consumida corresponderá al asegurador.
- 11.7. La aseguradora solo queda obligada por los recibos librados por Divina Seguros. El único documento válido para justificar el pago es el recibo emitido por la aseguradora.
- No tendrán carácter liberatorio las cantidades pagadas a corredurías, salvo que este solicite del asegurador la emisión del correspondiente recibo.
- 11.8. La prima se determinará en el momento de entrada en vigor de la póliza, teniendo en consideración el número de asegurados y edad de los mismos. Asimismo, la incorporación o baja de algún asegurado durante la vigencia del seguro producirá automáticamente el recálculo de la prima. Si la contratación de la cobertura se realiza dentro de una póliza ya existente, la revisión de la prima se llevará a cabo en el mismo momento en que se realice la del resto de asegurados de la póliza.
- 11.9. En cada renovación del contrato de seguro, Divina Seguros podrá modificar la prima anual y el coste por acto médico (franquicia y copagos) en función de los cálculos técnico-actuariales realizados, basados en las modificaciones de los costes de los servicios asistenciales sanitarios y en las innovaciones médicas que sea necesario incorporar en la póliza.
- Se aplicarán las tarifas que Divina Seguros tenga en vigor en la fecha de la renovación, tarifas que podrán variar en función de la edad y domicilio de la persona asegurada.

Además de lo previsto en este apartado, Divina Seguros podrá establecer grupos de edad para la aplicación de las tarifas de prima. En este caso, si el asegurado cumple durante el año en curso una edad comprendida en otro grupo, se aplicará la prima correspondiente al nuevo grupo de edad en la anualidad siguiente.

Divina Seguros no está sujeta a límite alguno en las variaciones anuales de la prima. La prima responderá a los principios de suficiencia, equidad y equilibrio conforme a la normativa reguladora del seguro.

- 11.10.** El tomador del seguro, una vez recibida la comunicación de la variación de la prima con respecto a la anualidad siguiente, podrá optar entre la prórroga del contrato o la extinción del mismo al vencimiento del año en curso.

En caso de optar por la prórroga del contrato se entiende que el tomador del seguro acepta las nuevas condiciones económicas.

En caso de optar por la extinción del contrato al vencimiento del mismo, el tomador del seguro deberá notificar por escrito a Divina Seguros, al menos, con un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso, su voluntad expresa de dar por finalizada la relación contractual al término de la misma.

12 DECLARACIONES DEL RIESGO

- 12.1.** El presente contrato de seguro se basa tanto en las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y el asegurado contenidas en la solicitud del seguro y en el cuestionario de salud previo presentado por la aseguradora, como en las declaraciones que, durante la vigencia del contrato, pueden ser efectuadas por aquellos, siendo datos esenciales para la apreciación del riesgo y constituyen base fundamental de la póliza, **que solo alcanza, dentro de los límites pactados, los riesgos especificados en la misma.**

En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones del tomador del seguro y el asegurado, la aseguradora podrá rescindir la póliza mediante declaración dirigida al tomador del seguro o al asegurado en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de tal reserva o inexactitud. Corresponderán al asegurado, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

En el caso de que sobreviniere el siniestro antes de haberse realizado la declaración de la agravación del riesgo, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador del seguro o el asegurado han actuado con dolo o culpa grave. Si no media dolo o culpa grave, 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.

- 12.2.** El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado deberán, antes de la conclusión del contrato, declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que se contiene en la solicitud del seguro, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

- 12.3.** Durante la vigencia del contrato, el tomador del seguro y, en su caso, el asegurado, deberán comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario que se contiene en la solicitud de seguro 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.

El asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato.

En caso de aceptar el asegurador la agravación del riesgo, el tomador del seguro quedará obligado al pago de la prorrata de la prima correspondiente. Salvo pacto en contrario, hasta el momento en que sea satisfecha dicha prorrata de prima, la cobertura del seguro se extenderá a las circunstancias declaradas.

Asimismo, el tomador del seguro y, en su caso, el asegurado y/o el beneficiario podrán poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

- 12.4.** Deberá declarar el tomador, en todo caso, el nombre de otros aseguradores en el caso de que otro u otros contratos de seguros garanticen riesgos iguales a los cubiertos por la presente póliza.
- 12.5.** Comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una disminución de riesgo será de aplicación lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de Contrato de Seguro. Si determina agravación del riesgo se estará a lo previsto en el apartado 3 de esta condición.

13 OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

- 13.1.** El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado, tienen las siguientes obligaciones:
- a) Declarar a Divina Seguros, de acuerdo con el cuestionario de salud que esta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.
 - b) Comunicar a Divina Seguros, tan pronto como le sea posible, el cambio de profesión habitual o de domicilio del asegurado.

- c) Comunicar a Divina Seguros, tan pronto como le sea posible, todas las altas y bajas de asegurados que se produzcan durante la vigencia de la póliza, tomando efecto las altas al día siguiente de la fecha de comunicación efectuada por el tomador y/o asegurado y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.
- d) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento y reducir las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a Divina Seguros u obtener un lucro adicional, liberará a la aseguradora de toda prestación derivada del siniestro.
- e) Facilitar la cesión de sus derechos o subrogación a Divina Seguros conforme a lo establecido en la cláusula 8ª de la presente póliza.
- f) Cuando la asistencia prestada al asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El asegurado o, en su caso, el tomador vendrán obligados a facilitar a la aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.

- 13.2.** Para la utilización de los servicios de asistencia sanitaria cubiertos por la presente póliza, el asegurado deberá presentar la tarjeta entregada por la aseguradora.

La tarjeta de asistencia sanitaria entregada a cada asegurado incluido en la póliza es propiedad única y exclusiva de la aseguradora siendo su uso personal e intransferible por cada asegurado. El uso indebido de la tarjeta sanitaria puede constituir fraude. En caso de incidencias, pérdida, sustracción, deterioro, extravío o robo, el asegurado deberá comunicarlo a la aseguradora en el plazo máximo de 72 horas.

En tales casos, Divina Seguros procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del asegurado que figura en la póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el tomador del seguro y/o el asegurado se obligan a devolver a Divina Seguros, la tarjeta correspondiente al asegurado que hubiere causado baja en la póliza.

La aseguradora no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

- 13.3.** Para el uso de los servicios de asistencia sanitaria que requieren autorización por parte de la aseguradora, deberá presentar junto con la tarjeta personal de asistencia el documento de prescripción facultativa del servicio con la autorización aceptada por la aseguradora.

14 OTRAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

- 14.1.** Además de prestar la asistencia médica contratada, Divina Seguros entregará al tomador del seguro la póliza misma o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro, así como un ejemplar del cuestionario de salud y demás documentos que haya suscrito el tomador.
- 14.2.** En caso de extravío de la póliza, la aseguradora, a petición del tomador del seguro, tendrá obligación de expedir copia de la misma, que tendrá igual eficacia que la original. La petición se hará por escrito y el solicitante se compromete a devolver la póliza original a la aseguradora si la misma apareciese.
- 14.3.** Divina Seguros entregará también al tomador del seguro la tarjeta de asistencia sanitaria personal correspondiente a cada uno de los asegurados incluidos en la póliza.

La tarjeta sanitaria individual contendrá los siguientes datos: nombre y apellidos del asegurado, año de nacimiento, fecha de antigüedad de la póliza y modalidad de póliza contratada.

El cuadro médico podrá ser actualizado anualmente por Divina Seguros, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran. Será obligación del tomador del seguro y/o asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren de alta en la fecha de solicitud de la asistencia sanitaria. El tomador del seguro o el asegurado pueden consultar en cualquier momento el cuadro médico actualizado que figura en la página web de la entidad aseguradora www.divinaseguros.com/seguro-salud/cuadro-medico.aspx.

15 PÉRDIDA DE DERECHOS Y RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

- 15.1.** El asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:
 - a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de estado de salud por parte del tomador del seguro o el asegurado, no respondiendo con veracidad y ocultando de manera consciente circunstancias relevantes o no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se piden.
 - b) En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo han comunicado previamente a Divina Seguros.
 - c) Si en el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la prima inicial, salvo que se pacte expresamente lo contrario.
 - d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del asegurado o del tomador del seguro.

En todo caso, el asegurador podrá rescindir el contrato de seguro en el plazo de un mes a contar desde el momento en que se conociera de forma fehaciente la reserva o inexactitud del tomador del seguro o asegurado en la declaración del riesgo o agravamiento del riesgo que no se hubiera comunicado.

- 15.2. Si el tomador del seguro, al solicitar el seguro, hubiere declarado de forma inexacta la fecha de nacimiento de alguno o algunos asegurados, Divina Seguros solo podrá rescindir el contrato de seguro si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la póliza, excediere de los límites de admisión establecidos por la aseguradora.

En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta de la fecha de nacimiento, la prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el tomador del seguro vendrá obligado a abonar a Divina Seguros la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a la aseguradora en concepto de prima y las que, de conformidad con las tarifas aplicables, le hubiere correspondido abonar en concepto de prima, según su verdadera edad.

Si la prima pagada por el tomador del seguro, como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento hubiese sido superior a la que debería de haberse abonado, la aseguradora estará obligada a reintegrar al tomador del seguro el importe correspondiente por el exceso percibido de conformidad con las tarifas que resultaran aplicables.

16 COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

- 16.1. Las comunicaciones a Divina Seguros por parte del tomador del seguro o asegurado se realizarán en el domicilio social o dirección de correo electrónico de la aseguradora que figure en la póliza, pero si se realizan a un agente o a un representante de ella, surtirán los mismos efectos que si estos las hubieran efectuado directamente a esta, conforme dispone el artículo 12 de la Ley de Mediación en Seguros y Reaseguros Privados.

Sin embargo, las comunicaciones efectuadas por el tomador del seguro o asegurado al corredor de seguros, no se entenderán realizadas a la entidad aseguradora.

- 16.2. Por su parte, las comunicaciones realizadas por Divina Seguros al tomador del seguro o al asegurado se realizarán en el domicilio o dirección de correo electrónico de los mismos recogido en la póliza, salvo que se hubiera notificado a la entidad aseguradora el cambio de domicilio o dirección de correo electrónico de los mismos.

En caso de autorizaciones de prestaciones de asistencia sanitaria, el tomador del seguro acepta expresamente que se puedan realizar las mismas a la dirección de correo electrónico designada en

la póliza o mediante el envío de mensaje SMS al número de teléfono móvil proporcionado en la póliza de seguro, o las que, con posterioridad, designe de manera expresa.

- 16.3. Las comunicaciones que haga un corredor de seguros en nombre del tomador del seguro al asegurador, surtirán los mismos efectos que las realizadas por el propio tomador, salvo indicación en contrario de este. En todo caso, se precisará el consentimiento expreso y escrito del tomador de seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el vigente.
- 16.4. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el domicilio del asegurado.

17 TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Protección de datos de carácter personal

Información básica sobre protección de datos	
Responsable	Divina Pastora Seguros, Mutua de Seguros ("Divina Seguros") Calle Xàtiva, n.º 23. 46002 Valencia.
Delegado de protección de datos	protecciondedatos@divinaseguros.com
Finalidad	Gestión y desarrollo del contrato de seguro, incluida la comunicación de datos personales a mediadores, otras entidades aseguradoras y a terceros colaboradores o proveedores de servicios; gestión administrativa, contable, fiscal y de facturación; gestión de quejas y conflictos; prevención del fraude y blanqueo de capitales. Envío de ofertas publicitarias o promocionales de Divina Seguros, incluido perfilados. Comunicación de los datos a las empresas del Grupo Divina Seguros para el envío de ofertas publicitarias o promocionales, incluido perfilados. Comunicación de los datos a las empresas del Grupo Divina Seguros con finalidades de supervisión, y a ficheros comunes del sector y otros legalmente establecidos. Perfilado con fines actuariales y análisis de mercados objetivos.
Legitimación	Ejecución de las relaciones precontractuales y contractuales. Obligación legal. Consentimiento del interesado. Interés legítimo. Interés público.
Destinatarios	Proveedores de servicios, incluido el reaseguro y/o coaseguro. Mediadores de seguros. Entidades financieras y bancarias. Administración Pública y/o judicial. Empresas del Grupo Divina Seguros. Ficheros comunes del sector.
Derechos	Acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos, como se explica en la información adicional.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos personales en la Política de Privacidad de nuestra página web: http://www.divinaseguros.com/corporativo/politica-de-privacidad.aspx

18 OTROS ASPECTOS LEGALES

18.1. CONTRATACIÓN A DISTANCIA

Se entiende por contratación a distancia la suscripción de la presente cobertura sin la presencia física de las partes contratantes, utilizando como medios para la misma la vía telefónica o a través de internet.

Antes de la celebración del contrato de seguro a distancia, Divina Seguros pondrá a disposición del tomador del seguro la información requerida al respecto por la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre Comercialización a Distancia así como la prevista en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

El tomador del seguro tiene derecho a desistir del contrato de seguro realizado a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 14 días a contar desde la fecha en que se le comunique que el contrato se ha celebrado o desde la recepción de la información contractual (póliza) si esta recepción fuera posterior.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento deberá comunicarlo a Divina Seguros dentro del plazo anteriormente establecido, por un procedimiento que permita dejar constancia de la voluntad de desistir. En cualquier caso, se considerará que la notificación ha sido realizada dentro de plazo si se efectúa en papel u otro soporte duradero, disponible y accesible a la aseguradora y se remite antes de expirar el plazo.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento está obligado al pago de la parte proporcional de la prima correspondiente al periodo durante el cual el contrato de seguro ha estado en vigor.

18.2. GRABACIÓN DE CONVERSACIONES TELEFÓNICAS

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado autorizan a Divina Seguros para que, si la aseguradora lo considera necesario y con el objeto de prestar un mejor servicio a los asegurados, pueda proceder a la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan en relación a las coberturas de la presente póliza. Asimismo, autorizan expresamente a que estas grabaciones puedan ser utilizadas en los procesos de control interno y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes.

Las grabaciones telefónicas de contrataciones, solicitudes de prestaciones y bajas se conservarán durante los plazos de prescripción de las acciones legales. En todo caso, la aseguradora queda obligada a preservar la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado puede solicitar copia del contenido de las citadas grabaciones.

18.3. ATENCIÓN AL CLIENTE, QUEJAS Y RECLAMACIONES

Divina Seguros, de conformidad con la legislación vigente (Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo), dispone de un

Departamento de Atención al Asegurado al que pueden dirigirse los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores para presentar sus quejas y reclamaciones.

A tal fin existe a su disposición en las oficinas un ejemplar del reglamento del departamento para la formulación de las mismas.

Este departamento atiende las quejas y reclamaciones de las entidades aseguradoras que forman el Grupo Divina Seguros.

Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al Departamento de Atención al Asegurado por cualquiera de los siguientes medios.

- Personalmente, mediante su entrega en cualquiera de las oficinas de Divina Seguros.
- Por correo postal remitido al apartado de correos 1280, 46080 Valencia, con la referencia "Departamento de Atención al Asegurado".
- Por correo electrónico a la dirección reclamaciones@divinaseguros.com.

El Departamento de Atención al Asegurado acusará recibo por escrito de las mismas y tiene obligación de resolver de forma motivada y en el plazo máximo legal de un mes a contar desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el citado departamento.

Asimismo, los interesados podrán interponer reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid (www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones/index.asp). Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de un mes desde la fecha de entrada de la reclamación o queja ante el departamento de Atención al Asegurado sin que este hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

A los efectos oportunos, se indica a los interesados que el funcionamiento del Departamento de Atención al Asegurado, aparte de lo recogido en su propio reglamento, se encuentra regulado en las siguientes normas legales:

- Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y normas ulteriores modificadoras de la misma.
- Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras.
- Orden ECC 2.502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Asimismo, se registrará por cuantas normas legales ulteriores modificadoras de las mismas y disposiciones reglamentarias de desarrollo se promulguen, y en lo que dichas disposiciones encomienden a la autonomía de la voluntad, se estará a lo que se disponga en el reglamento de funcionamiento del propio departamento.

Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, las decisiones de Divina Seguros o de cualquiera de sus órganos serán susceptibles de impugnación ante la jurisdicción competente, según el orden de distribución de competencia entre los órganos jurisdiccionales y con arreglo a las reglas de competencia, procedimiento y fuero territorial que la regulan.

18.4. PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse, conforme dispone el artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro.

18.5. RECARGOS E IMPUESTOS

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles correrán a cargo del tomador del seguro y/o asegurado.

MÓDULOS DE SERVICIOS ADICIONALES

En el momento de la contratación de la póliza o en un momento posterior, y para cada uno de los asegurados incluidos en la póliza, el tomador puede contratar, previa aceptación el riesgo por parte de Divina Seguros, cualquiera de los siguientes servicios adicionales a su póliza de asistencia sanitaria.

Si por cualquier causa se produjera la resolución de la garantía principal contratada relativa a la póliza de asistencia sanitaria, necesariamente se producirá la resolución de las modalidades complementarias y accesorias que pudieran haberse contratado.

MÓDULO ASISTENCIA DOMICILIARIA PLUS

La entidad asume la cobertura de las siguientes garantías y asistencias, siempre que no se correspondan con prestaciones y/o riesgos excluidos en la póliza.

1º. Coberturas

- a) **Segunda opinión médica:** Servicio de segunda opinión médica consistente en la atención y respuesta a cualquier tipo de solicitud de información médica formulada a la entidad aseguradora sobre segundos diagnósticos o tratamientos médicos en caso de las enfermedades graves. Esta segunda opinión médica será emitida por reconocidos especialistas, centros asistenciales o médicos de nivel nacional.
- b) **Orientación y consejo médico y pediátrico 24 horas:** prestación de un servicio telefónico de atención informativa y asesoramiento médico facilitado por un equipo médico de especialistas en medicina de familia y urgencia, que asesorará al asegurado las 24 horas del día durante los 365 días del año.

Incluye:

- Orientación y consejo médico y pediátrico.
- Entrevista médica telefónica estructurada.
- Activación y coordinación de recursos asistenciales cuando exista indicación médica.

- Información sobre enfermedades y medicamentos.
- Información sobre prevención de la salud.
- Orientación sobre resultados de análisis clínicos y otras pruebas diagnósticas.
- Explicación del funcionamiento y de la preparación necesaria para la realización de pruebas diagnósticas.
- Orientación sobre vacunas y consejo médico al viajero.
- Asesoramiento en la selección de la especialidad médica más idónea.

La información facilitada por este medio es orientativa y no puede sustituir a un servicio de atención médica directa.

Las presentes coberturas se prestan en virtud de los acuerdos de colaboración que la entidad aseguradora tiene concertados con terceras empresas proveedoras de servicios, quedando sin efecto las mismas en caso de extinción de dichos acuerdos.

El límite territorial de estas coberturas se limita al Estado Español.

2º. Exclusiones

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales y/o particulares de la póliza, las garantías concertadas por este módulo no cubren y quedan excluidos los siguientes riesgos:

- a) Los servicios no incluidos ni contemplados expresamente en las condiciones generales, condiciones particulares y/o especiales, si las hubiese.
- b) Cualquier asistencia, tratamiento o cobertura que se solicite o lleve a cabo en el extranjero.

MÓDULO DE REEMBOLSO DE GASTOS EN CONSULTA DE GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA

La entidad, mediante la modalidad de reembolso de gastos, asume la cobertura de las asistencias en consulta de las especialidades de ginecología y obstetricia así como de pediatría de facultativos ajenos al cuadro médico concertado de la entidad prestados en territorio nacional, siempre que no se correspondan con prestaciones y/o riesgos excluidos en la póliza. Nunca se abonarán gastos de facultativos y/o centros propios o concertados del cuadro médico de la entidad.

1º. Coberturas

- a) Consultas, revisiones, medios de diagnóstico y actos terapéuticos realizados por el especialista en consulta y que sean objeto de cobertura en la póliza asociada al módulo.
- b) Asistencia a parto/cesárea: referido a los honorarios de matrona, anestesista, ayudantía y obstetra. Los demás servicios referidos a los gastos de quirófano y hospitalización obstétrica sólo podrán realizarse en centros concertados para ello por la entidad aseguradora.

El ámbito territorial de estas coberturas se limita al Estado Español.

2º. Reembolso y límites

El reembolso de los gastos garantizados y justificados en que incurra el asegurado estará cubierto por el asegurado en los porcentajes y límites máximos recogidos en las condiciones particulares de la presente póliza.

El asegurador podrá anualmente modificar los límites y el porcentaje de reembolso de los gastos referidos en la presente modalidad.

3º. Plazos de carencia

Para que la entidad aseguradora proceda al reembolso de dichos importes, será necesario que hayan transcurrido los respectivos plazos de carencia que se indican en las condiciones particulares de la póliza.

4º. Exclusiones

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales y/o particulares de la póliza, las garantías concertadas por esta modalidad de reembolso no cubren y quedan excluidos de la presente modalidad de reembolso de gastos los siguientes riesgos:

- a) Quedan expresamente excluidos la cobertura de preparación al parto, las hospitalizaciones con internamiento o ambulatoria, intervenciones quirúrgicas y urgencias ginecológicas o pediátricas que necesariamente deberán realizarse a través del cuadro médico de la póliza de asistencia sanitaria al que está asociado el módulo.
- b) Los gastos derivados de la monitorización materno-fetal, las ecografías obstétricas de alta resolución, eco-doppler obstétrico que pudieran ser realizados por el especialista en la consulta y todas aquellas pruebas de diagnóstico y actos terapéuticos no realizados por el especialista en consulta deberán realizarse a través del cuadro médico de la póliza de asistencia sanitaria al que está asociado el módulo sin posibilidad de reembolso de gasto alguno.
- c) Cualquier técnica diagnóstica o tratamiento no incluido dentro de las condiciones generales de la póliza.

5º. Forma y plazo de reembolso de gastos

Cuando el asegurado incurra en gastos previstos en las presentes condiciones que den lugar al reembolso, el asegurado o la persona por él designada deberá comunicar la prestación utilizada en el plazo máximo de 30 días desde que se produjo.

El tomador del seguro o, en su caso, el asegurado deberá presentar a la entidad aseguradora la siguiente documentación referida a un único asegurado, para que pueda realizar el correspondiente reembolso:

- Impreso de solicitud de reembolso debidamente cumplimentado por el asegurado.
- Justificante/s o factura/s original/es de los gastos incurridos por el asegurado. Los justificante/s

o factura/s deberán contener como mínimo los siguientes datos: I) DNI, nombre y apellidos del asegurado al que se le ha prestado la asistencia; II) prestación realizada; III) fecha en la que se ha realizado la prestación; IV) identificación de la persona física y/o jurídica que ha realizado la asistencia (DNI/CIF, nº de colegiado).

La entidad aseguradora procederá al reembolso de los gastos, dentro de los porcentajes y límites establecidos en las presentes condiciones y en las condiciones particulares de la póliza, mediante transferencia bancaria.

MÓDULO DE REEMBOLSO DE GASTOS EN ASISTENCIA SANITARIA URGENTE PARA VIAJE EN EL EXTRANJERO

El seguro tiene una cobertura de asistencia en viaje en el extranjero, que se extiende hasta un máximo de 90 días consecutivos por viaje o desplazamiento, en el mundo entero, excluyendo España. Para poder beneficiarse de esta cobertura el asegurado debe tener su domicilio y residencia habitual en España, y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia no podrá exceder de 90 días consecutivos por desplazamiento.

Divina Seguros se hará cargo de los siguientes costes y gastos médicos, siempre que los mismos sobrevengan a consecuencia de un accidente ocurrido al asegurado durante su viaje en el extranjero o de enfermedades que requieran de un tratamiento de urgencia y se encuentren cubiertos por póliza:

- a) Los gastos y honorarios médicos por consultas o tratamientos urgentes al asegurado, incluso los quirúrgicos, farmacéuticos, hospitalarios y los traslados en ambulancia.
- b) Los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores, rotura de piezas, caída de empastes, etc. que requieran un tratamiento de urgencia.

Estas coberturas se prestarán en la **modalidad de reembolso de gastos**, comprometiéndose la aseguradora al reintegro al asegurado de los gastos efectivamente satisfechos **hasta los límites cuantitativos económicos definidos en las condiciones particulares de la póliza**.

Para poder hacer efectivo el reembolso de los gastos, el asegurado deberá aportar los informes médicos relativos a la atención médica recibida y las facturas o justificantes de pago, así como la documentación justificativa del desplazamiento.

Para que la entidad aseguradora proceda al reembolso de dichos importes, será necesario que hayan transcurrido los respectivos plazos de carencia que se indican en las condiciones particulares de la póliza.

Estas coberturas no suponen, en ningún caso, que la aseguradora sea la encargada de facilitar al asegurado los servicios médicos, hospitalarios o farmacéuticos necesarios para su atención.

Además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales y/o particulares de la póliza, las garantías concertadas por esta modalidad de reembolso no cubren y quedan excluidos de la presente modalidad de reembolso de gastos los siguientes riesgos:

- a) Exámenes médicos generales, chequeos y cualquier visita o tratamiento que tenga carácter de medicina preventiva, según los criterios médicos generalmente aceptados.
- b) Viajes que tengan por objeto recibir tratamiento médico.
- c) Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos.
- d) El tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de enfermedades mentales o nerviosas.
- e) La adquisición, implantación, sustitución, extracción y/o reparación de prótesis de cualquier tipo, tales como marcapasos, piezas anatómicas, ortopédicas u odontológicas, gafas, lentillas, aparatos de sordera, muletas, etc.
- f) Tratamientos odontológicos, oftalmológicos u otorrinolaringológicos, salvo los supuestos de urgencia.
- g) Tratamientos especiales, cirugías experimentales, cirugía plástica o reparadora y los no reconocidos por la ciencia médica occidental.
- h) Cualquier gasto médico incurrido en España aunque corresponda a un tratamiento prescrito o iniciado en el extranjero.
- i) Viajes de duración superior a 90 días consecutivos.

La entidad aseguradora no responderá de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a las especiales características administrativas, políticas o médicas de un país determinado.

La aseguradora se reserva el derecho de subrogación en los derechos y acciones que puedan corresponder al asegurado por hechos que hayan motivado su intervención y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados. El asegurado o, en su caso, el tomador vendrán obligados a facilitar a la aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.

MÓDULO DE ASISTENCIA SANITARIA BUCODENTAL

Incluye la asistencia médica y quirúrgica en enfermedades o lesiones comprendidas en la especialidad de odontología y de la especialidad de estomatología, prestada por los dentistas que figuran en el cuadro médico dental de la aseguradora de la provincia de contratación de la póliza, cuyas especialidades o exclusividades se especifican en cada caso.

No podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de asistencia sanitaria bucodental.

Incluye los siguientes servicios:

- Diagnóstico oral: examen inicial oral, diagnóstico, presupuesto, exámenes de urgencia, consulta del profesional y posterior revisión.
- Radiografías: incluida la periapical, oclusal, de aleta, ortopantomografía, telerradiografía, radiografía de ATM, y serie radiográfica periodontal. **Las radiografías han de estar prescritas por un especialista del cuadro médico dental concertado por la aseguradora, en caso contrario, las clínicas radiológicas concertadas en el cuadro médico dental, no tienen obligación de ajustarse al baremo de franquicias bucodentales vigente.**
- Odontología preventiva: consistentes en la educación de higiene dental, enseñanza en las técnicas del cepillado, planificación de dieta para el control y prevención de caries, tinción e índice de placa así como **la aplicación tópica de flúor con el límite de dos veces al año. Queda incluida una limpieza bucal al año.**
- Cirugía oral ambulatoria: se incluye la extracción dental simple, la extracción dental con sutura, extracción de diente retenido en tejido óseo, frenectomía, quistectomía con o sin extracción dental, cirugía menor o de tejidos blandos y cirugía preprotésica.
- Aquellos actos quirúrgicos propios de la medicina maxilofacial solo podrán ser realizados por especialistas incluidos en el cuadro médico de salud concertado por la entidad aseguradora y cuando la indicación diagnóstica así lo aconseje.

Si no fuera así, dichos tratamientos solo los podrá realizar un cirujano maxilofacial y, por tanto, quedan excluidos de cobertura en esta póliza. En cualquier caso, quedan excluidos los gastos hospitalarios y de anestesia.

- Plan dental infantil: destinado para cuidar la salud de todos los menores de edad comprendida desde los 0 hasta los 14 años de edad (incluidos). Incluye el diagnóstico oral, las radiografías, la odontología preventiva y la cirugía oral ambulatoria. Con objeto de garantizar una correcta formación y crecimiento de la salud bucodental de los niños se incluye: sellados de puntos y fisuras, obturaciones, reconstrucciones, corona prefabricada de acero inoxidable, recubrimiento pulpar indirecto, pulpotomía, apicoformación (por visita), apertura y drenaje pulpar (curas) y extracción de diente temporal.
- Servicio de urgencias odontológicas, para atención de urgencias de etiología dental, este servicio dispone de odontólogo de guardia que puede atender cualquier consulta relacionada con la salud dental. En caso de necesidad de visita presencial, se deriva al asegurado al centro de urgencias más cercano.

Dentro de los servicios cubiertos en asistencia sanitaria hay dos tipos de servicios:

- a) **Sin franquicia a cargo del asegurado.** En este tipo de servicios, el asegurado no debe abonar cantidad alguna al médico odontólogo o estomatólogo.

La asistencia sanitaria se prestará única y exclusivamente por los facultativos y centros médicos que aparecen en la guía médica correspondiente a la presente póliza, quedando excluida la asistencia prestada fuera de las consultas y centros establecidos.

Para una mejor identificación, son objeto de cobertura sin franquicia los servicios y actos médicos que se indican como "Relación de coberturas sin coste" o "sin cargo" en el baremo de franquicias bucodentales establecido como anexo en el cuadro médico dental.

- b) **Con franquicia a cargo del asegurado. Son objeto de cobertura con franquicia los servicios y actos que indican un importe económico en el baremo de franquicias bucodentales establecidos en el cuadro médico dental, cuyo coste será asumido directamente por el asegurado beneficiario.**

El precio fijado en dicho baremo por la actuación o tratamiento bucodental deberá abonarse directamente por el asegurado/beneficiario en la consulta del odontólogo o estomatólogo.

En el caso de que se produjera alguna modificación en el importe de las franquicias a cargo del asegurado, la aseguradora comunicará a los asegurados, con anterioridad a su entrada en vigor, las nuevas franquicias establecidas para los servicios, siendo el pago de la prima la aceptación de dichos cambios.

Las franquicias de estos servicios vienen indicadas en el baremo de franquicias bucodentales.

En cualquier caso, y además de las exclusiones contenidas en las condiciones generales y/o particulares de la póliza, quedan excluidos de las garantías concertadas por esta modalidad de asistencia sanitaria bucodental los siguientes riesgos:

- a) Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- b) La asistencia sanitaria en lesiones por embriaguez, agresión, riña, intento de suicidio o autolesiones, así como por enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del asegurado.
- c) La asistencia sanitaria que esté cubierta por un seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales o un seguro obligatorio de vehículos de motor, según sus legislaciones específicas.
- d) La presente cobertura no incluye las prótesis dentales, por lo que el asegurado abonará directamente al facultativo o centro médico dental el importe correspondiente a la prótesis implantada.
- e) Aquellos actos quirúrgicos propios de la medicina maxilofacial, solo podrán ser realizados por

especialistas incluidos en el cuadro médico dental concertado por la aseguradora y cuando la indicación diagnóstica así lo aconseje. Si no fuera así, dichos tratamientos solo los podrá realizar un cirujano maxilofacial y, por tanto, quedan excluidos de cobertura en esta modalidad. En cualquier caso, quedan excluidos los gastos hospitalarios y de anestesia.

- f) En general, cualesquiera otros servicios odontológicos no incluidos ni contemplados expresamente en las condiciones generales, condiciones particulares y/o especiales de la póliza, si las hubiese, así como apéndices o suplementos que se emitan.

ATENCIÓN AL CLIENTE

Divina Seguros dispone de un servicio de atención al cliente para facilitar a sus mutualistas y asegurados las consultas y gestiones relacionadas con todos nuestros servicios. Igualmente, se pone a su disposición los siguientes servicios de atención telefónica, tanto para caso de urgencia* como para la solicitud de autorización, asistencia telefónica médica y pediátrica, donde un equipo de profesionales le informarán según su necesidad.

Atención al cliente	
De 8h a 21h lunes a viernes	963 113 340 935 171 987 (catalán) atencion.clientes@divinaseguros.com
Solicitud de autorizaciones médicas	
De 8h a 21h lunes a viernes	963 113 350 atencion.clientes@divinaseguros.com
Servicio de urgencias y orientación médica	
De 24h/365 días	932 532 176
Servicio de urgencias dentales	
De 24h/365 días	917 880 202

* En caso de urgencia vital, diríjase a cualquier centro médico.

CÓMO ACCEDER AL SERVICIO

Para solicitar una cita

1. Consulte su cuadro médico de salud a través www.divinaseguros.com o descargue la app de Divina Seguros para su móvil. Es importante que recuerde que el cuadro médico puede estar sujeto a cambios.

2. Llame directamente al teléfono del profesional o centro elegido para la asignación de la visita e identifíquese como asegurado de Divina Seguros.
3. Al acudir a su cita deberá llevar y acreditar su identidad con su tarjeta sanitaria personalizada junto con su DNI, de forma que pueda ser identificado como cliente.

Para solicitar una autorización

Los servicios cubiertos pueden ser de libre acceso o precisar autorización previa por parte de Divina Seguros.

En el caso de un ingreso urgente hay un plazo máximo de 24 horas desde el momento del ingreso para solicitar la autorización.

1. Llame al teléfono 963 113 350 o envíe un correo electrónico a autorizaciones@divinaseguros.com con un mínimo de 48 horas de antelación, antes de recibir la prestación.
2. Al solicitar la autorización le pedirán los datos de su tarjeta de cliente Divina Seguros, el servicio o prueba médica solicitada y el nombre del médico prescriptor y del realizador. Ambos han de pertenecer al cuadro médico** de la compañía.

Para emitir determinadas autorizaciones, Divina Seguros podrá solicitarle la aportación de un informe médico adicional en el que consten los antecedentes, los factores de riesgo, el diagnóstico y la necesidad de tratamiento.

3. Una vez le hayan asignado el número de autorización le recordamos que tiene un plazo máximo de 30 días naturales para recibir la prestación.
4. En el momento de percibir la prestación del servicio en la consulta o centro correspondiente, usted presentará junto su tarjeta sanitaria el número de autorización.

** Divina Seguros no se responsabiliza, ni se hace cargo de los honorarios profesionales de los médicos o facultativos ajenos al cuadro médico de Divina Seguros, ni de los gastos de internamiento y de servicios que dichos profesionales pudieran prescribir, salvo los cubiertos por el módulo de reembolso de gastos en consulta de ginecología, obstetricia y pediatría definido en el apartado de servicios generales incluido en las condiciones generales de la póliza.

Para solicitar una asistencia de urgencia u orientación médica y pediátrica

1. Llame al Servicio de Atención Médica Telefónica, al teléfono 932 532 176, donde será atendido por médicos altamente cualificados
2. Le pedirán los datos de su tarjeta de cliente Divina Seguros.
3. Un médico experimentado escuchará sus dudas, le orientará correctamente y canalizará el tipo de asistencia médica más adecuada para sus necesidades. Si es necesario enviaremos un médico a su domicilio.
4. Si lo considera oportuno, puede acudir a cualquiera de los centros de urgencias concertados, que puede consultar en el cuadro médico en la web www.divinaseguros.com.

Para solicitar un reembolso de los servicios adicionales en modalidad de reembolso incluidos en su póliza

1. Llame al teléfono 963 113 350 o envíe un correo electrónico a autorizaciones@divinaseguros.com
2. Le remitirán el formulario de reembolso y le indicarán la documentación necesaria que debe aportar para solicitar la prestación.

SERVICIOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN

Han de ser prescritos por un facultativo del cuadro médico de Divina Seguros y requieren **AUTORIZACIÓN PREVIA** las pruebas diagnósticas complejas, los traslados en ambulancia, las consultas de oncología, las prótesis, las sesiones de fisioterapia, los chequeos preventivos, los tratamientos médicos o quirúrgicos, así como los ingresos hospitalarios, en especial, las siguientes prestaciones:

- \ Hospitalización
 - Médica
 - Quirúrgica
 - Obstétrica
 - Psiquiátrica
 - Pediátrica
 - Hospital de día
 - Hospitalización domiciliaria
- \ Estudios preoperatorios
- \ Intervenciones quirúrgicas
- \ Endoscopias (cualquier técnica)
 - EBUS
 - Cápsula endoscópica
 - Pruebas genéticas detalladas
- \ Doppler (cualquier técnica)
- \ Medicina nuclear
- \ PET y PET/TAC
- \ Ecografías transesofágica y alta resolución
- \ Amniocentesis
- \ Diagnóstico por imagen
 - RNM
 - Angiografías
 - Estudios urodinámicos y digestivos
 - Histerosalpingografías
- \ Radiología intervencionista
- \ Hemodinámica
- \ Análisis clínicos
 - Estudios inmunológicos complejos
- \ Cardiología
 - Estudios electrofisiológicos
- \ Neurofisiología (cualquier técnica)
- \ Anatomía patológica (cualquier técnica)
- \ Oncología
 - Quimioterapia
 - Radioterapia
- \ Rehabilitación
 - Fisioterapia
- \ Oxigenoterapia
 - Ventiloterapia
 - Aerosoles
- \ Oftalmología
 - Laserterapia oftalmológica
 - Angiofluoresceingrafía
- \ Diálisis
- \ Tratamiento del dolor
- \ Todos los tratamientos que conllevan implantación de prótesis, trasplantes o injertos
- \ Litotricias
- \ Ambulancias
- \ Parto o cesárea
- \ Medicina preventiva
 - Programa de prevención de cáncer de próstata
 - Programa de prevención de riesgo coronario
 - Programa de prevención del cáncer colorrectal
 - Programa de prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix
 - Programa de prevención de glaucoma

PREGUNTAS FRECUENTES

SOBRE EL CONTRATO

¿Qué es un condicionado?

El condicionado, también llamado "condiciones generales" y/o "condiciones particulares", es un contrato que recoge los derechos y obligaciones de Divina Seguros y de los del asegurado o persona que contrata el seguro.

¿Cuál es el objeto del seguro?

Divina Seguros, dentro de los límites y condiciones establecidos en la póliza, se compromete a facilitar al asegurado la cobertura de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios que figuran en la descripción de las coberturas (cláusula quinta) de la póliza, previo pago de la prima correspondiente y en la forma y con los límites que se establecen en las condiciones generales y particulares.

¿Qué es una exclusión general de cobertura?

Aquella exclusión de cobertura recogida expresamente en las condiciones generales de la póliza.

¿Qué es una exclusión por preexistencia?

Todos los hechos en curso antes de la fecha de efectos del contrato y las consecuencias de los mismos se excluyen de cobertura y no serán aceptados con cargo a la póliza.

¿Qué documentación le entregamos al contratar su seguro?

Las condiciones generales y particulares de la póliza, la tarjeta sanitaria y las claves de acceso al área del cliente de la web de Divina Seguros.

¿Qué es el cuadro médico de la compañía?

Es el conjunto de centros médicos, ATS, fisioterapeutas y médicos especialistas dados de alta en la compañía.

Las consultas de cuadro médico y cuadro médico dental se realizarán a través de la página web de internet www.divinaseguros.com o mediante la descarga de la app de Divina Seguros para su smartphone.

¿Hay que comunicar la prórroga del contrato?

No es necesario. Los contratos se prorrogan automáticamente cada año, a no ser que una de las partes no lo desee y lo comunique por escrito, en los términos de la legislación vigente.

¿Quién es asegurable en mi póliza?

Toda persona física que a la firma del contrato tenga una edad igual o inferior a los 59 años, que no padezca una enfermedad grave y que tenga su residencia habitual en España.

En el caso de las personas menores de 18 años de edad, solo podrán ser incluidos como asegurados de la póliza en el caso de que, al menos, una de las personas que ejerza la patria potestad o, en su caso, la tutela sea tomador de la misma.

¿Los recién nacidos son asegurables?

Sí, si se incluyen en póliza en el periodo que media desde el día del nacimiento hasta los 15 días de vida y siempre que el parto haya sido objeto de cobertura de la presente póliza, su alta es inmediata y sin periodos de carencia. Si el alta es a partir de los 16 días desde su nacimiento, se le aplicarán los periodos de carencia y tendrán que cumplimentar el cuestionario de salud, como si de un alta normal se tratase.

El tomador comunicará el nacimiento del bebé a la compañía aseguradora y es requisito necesario cumplimentar la correspondiente solicitud de seguro.

¿Qué debe hacerse para presentar una reclamación o una queja?

Puede presentarla por escrito en cualquiera de nuestras oficinas o enviarla al Departamento de Atención al Asegurado de Divina Seguros.

- Personalmente, mediante su entrega en cualquiera de las oficinas de Divina Seguros.
- Por correo postal remitido al apartado de correos 1280, 46080, Valencia, con la referencia "Departamento de Atención al Asegurado".
- Por correo electrónico a la dirección: reclamaciones@divinaseguros.com

Asimismo, puede enviarla al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid. En este caso, es necesario haber reclamado previamente ante el Departamento de Atención al Asegurado de Divina Seguros.

PAGO DEL SEGURO

¿Todos los meses se paga lo mismo?

No. Algunos meses usted recibirá, además de la prima, el cargo por los actos médicos realizados (copagos) en aquellas pólizas que así esté estipulado.

Aquellos asegurados que hayan comunicado a la compañía la dirección de su correo electrónico, recibirán el detalle de los mismos por este medio, en caso contrario, podrán consultarlo en el área del cliente de la web de Divina Seguros.

¿Qué quiere decir que el contrato es anual, si se paga todos los meses?

La duración del contrato establecido en la póliza es anual, lo cual es compatible con el pago mensual de la prima. También puede optarse por un pago trimestral, semestral o anual.

El fraccionamiento de la prima no supone coste adicional para el tomador del seguro.

PRESTACIONES SANITARIAS

¿Se puede ir al médico al día siguiente de contratar la póliza de salud?

Se puede ir desde el primer día en que entra en fecha efecto de la póliza, excepto para algunos servicios que tienen periodo de carencia.

¿Qué coberturas hay en atención primaria?

Medicina General, Pediatría y Puericultura, ATS/DUE, urgencias y urgencias domiciliarias (siempre que Divina Seguros disponga de este servicio en su población).

¿Hay que solicitar autorización para acudir a las consultas de las especialidades médicas o quirúrgicas?

No. Las especialidades médicas y quirúrgicas son de libre acceso para cualquier profesional dado de alta en la compañía.

¿Cuándo se puede solicitar un servicio a domicilio?

Cuando, por el estado del enfermo, el desplazamiento a una consulta o centro hospitalario es médicamente desaconsejable.

El uso adecuado de este servicio requiere que se utilice solo por motivos estrictamente médicos que justifiquen la necesidad de su prestación y únicamente en el domicilio del asegurado que figura en la póliza y siempre y cuando dicho servicio esté concertado por la compañía en esa zona.

¿Se cubren las enfermedades anteriores a la contratación de la póliza?

No.

¿Qué está cubierto en la especialidad de odontología?

Esta póliza tiene incluida la asistencia dental completa con actos gratuitos y actos franquiciados.

Entre los actos gratuitos se cubren el diagnóstico oral, el servicio de urgencias dentales, las radiografías, la Odontología preventiva, la cirugía oral ambulatoria y un plan dental infantil para niños de 0 a 15 años de edad.

Usted puede acceder al cuadro médico dental a través de la web de Divina Seguros www.divinaseguros.com.

¿Se cubren los medicamentos?

Únicamente en el caso de ingreso o internamiento hospitalario.

¿Y qué se incluye en planificación familiar?

Se incluye la implantación del DIU (salvo el coste del dispositivo intrauterino), la ligadura de trompas, y la vasectomía.

En estos dos últimos casos, por tratarse de intervenciones quirúrgicas tiene definido un periodo de carencia.

La interrupción voluntaria del embarazo está excluida.

¿Y la preparación al parto?

Sí, es una prestación que no requiere autorización previa por parte de la compañía.

Si se produce una lesión durante la práctica deportiva, en accidentes laborales o de tráfico, ¿queda cubierta la asistencia sanitaria?

Solo si no se trata de una práctica profesional, de una competición oficial o que dicha práctica esté definida como deporte de alto riesgo.

¿Qué ocurre si en mi provincia no existe nadie que pueda hacerme una prueba determinada?

Divina Seguros le prestará el servicio en la provincia que usted elija en la que exista un prestador para dicha prueba.

INGRESOS HOSPITALARIOS**¿Qué debe hacerse en caso de ingreso hospitalario programado?**

El ingreso debe ser prescrito por un médico perteneciente al cuadro médico de Divina Seguros con indicación expresa del motivo de dicho ingreso. Es una prestación que requiere autorización previa por parte de la compañía.

En caso de urgencia, ¿qué pasa si no hay un hospital concertado en la zona?

Podrá acudir a cualquier hospital, pero lo deberá comunicar a Divina Seguros dentro de las 24 horas siguientes al ingreso. Siempre que no exista contraindicación médica para ello, Divina Seguros podrá redirigir la cobertura a un centro concertado por la compañía, poniendo los medios de traslado oportunos.

En caso de hospitalización, ¿cuándo queda incluida la cama de acompañante?

La habitación individual con cama de acompañante está incluida en las coberturas del seguro, salvo ingreso psiquiátrico, en UVI o con incubadora.

¿Tiene la póliza programas anuales preventivos de salud?

La póliza incluye un programa anual de prevención de cáncer colorrectal, de riesgo cardiovascular, de prevención de cáncer de mama, endometrio y cérvix, de prevención de cáncer de próstata y un programa anual de prevención de glaucoma.



Atención al Cliente **963 113 340**
atencion.clientes@divinaseguros.com

Apdo. de Correos 1280
46080 Valencia

www.divinaseguros.com