

CONDICIONES GENERALES PARA LAS PÓLIZAS DEL SEGURO DE

ASISTENCIA SANITARIA PÓLIZA EXTRA

CON LIBRE ELECCIÓN DE MÉDICO DE CUADRO MÚLTIPLE PROPIO Y PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS

(Ley 50/1.980 , de 8 de Octubre, de Contrato de seguro)

Preliminar.

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50, 1.980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de Octubre), por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean aplicables y por lo convenido en las condiciones particulares del contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las condiciones particulares. No requerirá dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos

OBJETO DEL SEGURO

Primera.

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza y mediante aplicación de la prima que en cada caso corresponda, el asegurador proporcionará al asegurado la asistencia médica y quirúrgica en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en la descripción de los servicios de la Póliza. En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato, el asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las COBERTURAS Y SERVICIOS que figuran en las condiciones contratadas. En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

Segunda.

Riesgos excluidos. Quedan excluidos de la cobertura de este seguro.

- 1.- La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por accidentes laborales, profesionales y la asistencia sanitaria causada por accidentes de tráfico.
- 2.- Los hechos de guerra y las epidemias declaradas oficialmente
- 3.- Los daños producidos por explotaciones nucleares o radioactivas cubiertos por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.
- 4.- El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos, drogas, narcóticos, alcohol o por la utilización de medicamentos sin que hayan sido prescritos por un médico de la Entidad.
- 5.- Cualquier enfermedad o accidente que tenga su causa en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
- 6.- Las enfermedades y lesiones resultantes del intento de suicidio, riñas, peleas, agresiones y tumultos o causadas intencionadamente por el asegurado a si mismo. Así como las que para él se deriven de acciones tipificadas como delito o falta en la legislación vigente.
- 7.- La asistencia sanitaria derivada de la práctica de cualquier deporte o de la participación en actividades deportivas en general y particularmente en las siguientes: aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, montañismo, esquí, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, ciclismo, rugby, hípica, puenting, rafting, descenso de cañones, toreo y encierro de reses bravas.
- 8.- La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones, congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada asegurado.
- 9.- Los tratamientos de esterilidad o infertilidad.
- 10.- Los tratamientos de tipo puramente estético (cirugía estética, tratamientos cosméticos y curas de adelgazamiento).
- 11.- Los tratamientos de psicoterapia, terapia de grupo, acupuntura y curas de sueño . Así como los tratamientos en balnearios y curas de reposo.
- 12.- Cualquier prestación por problemas de tipo social.
- 13.- Anorexia y Bulimia.
- 14.- Analgesias y tratamientos del dolor.
- 15.- Logopedia y Foniatría.
- 16.- Trasplantes de órganos y tejidos.
- 17.- Estudios de biología molecular y genéticos.

Tercera.

Para requerir cualquier servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudiendo directamente al Centro de Urgencia Permanente que tiene establecido la Aseguradora y cuya dirección figura en el Cuadro Facultativo.

LIBRO DE RECLAMACIONES**Cuarta**

En las oficinas del asegurador existen hojas oficiales de reclamación para que los asegurados puedan hacer constar en ellas las que consideren oportunas.

PERIODO DE CARENCIA Y DURACIÓN**Quinta.**

- 1.- Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma el asegurador serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato. Se exceptúan del anterior principio general, las hospitalizaciones, a las cuales no tendrá derecho el asegurado hasta que haya transcurrido un período de carencia de seis meses. El período de carencia para asistencia al embarazo y parto será de VEINTICUATRO MESES. Podrán establecerse períodos de carencia, en las demás prestaciones que se incluyan en la póliza, en el artículo Quince: Descripción de los servicios.
- 2.- Los períodos de carencia previstos en el párrafo anterior podrán eliminarse o reducirse si el asegurado se somete a reconocimiento médico previo.

Sexta.

- 1.- La duración del contrato será anual desde el día 1º de cada año y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato, se prorrogará tácitamente por períodos ANUALES. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra afectada, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del período.
- 2.- Mientras el asegurado esté hospitalizado y hasta su alta hospitalaria, el asegurador no podrá rescindir la póliza, salvo renuncia del asegurado a seguir el tratamiento.

PAGO DE PRIMAS**Séptima.**

El tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de los recibos de prima por anualidades anticipadas, pero podrá convenirse su pago fraccionado mediante el recargo correspondiente, lo cual se realizará en su domicilio salvo que en condición particular se acuerde otra cosa. Si se ha pactado el pago fraccionado de la prima, la primera fracción será exigible a la perfección del contrato y las demás a la fecha de sus correspondientes efectos ya sean estos mensuales trimestrales o semestrales. En todo caso el fraccionamiento no libera de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.

Octava.

La primera prima anual será exigible conforme el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro, y una vez firmado el contrato, si no hubiera sido pagado por culpa del tomador, el asegurador tiene derecho a resolver el contrato, o a exigir el pago en vía ejecutiva con base a la póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro el asegurador quedará liberado de su aplicación, salvo pacto en contrario.

Novena.

El asegurador podrá modificar anualmente las primas fundamentándose en los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios y en las innovaciones tecnológicas que sea necesario incorporar.

Además del supuesto descrito en el párrafo anterior, las primas a satisfacer por el tomador también variarán en función de la edad de los Asegurados, de acuerdo con los grupos de la siguiente tabla.

De 0 a 59 años
De 60 a 64 años
De 65 a 69 años
70 o mas años

Cuando el Asegurado cumpla, durante el transcurso del seguro, una edad comprendida en otro grupo, se aplicará inmediata y automáticamente la prima correspondiente al nuevo grupo de edad en el siguiente vencimiento anual. En este caso, el Tomador del Seguro o el Asegurado, recibida la comunicación sobre la elevación de las primas para la siguiente anualidad, podrá optar entre la continuación del seguro o su rescisión al término de la anualidad en curso, mediante el correspondiente escrito dirigido a la Entidad.

Décima.

En caso de falta de pago de una de las primas anuales siguientes o pagos fraccionados sucesivos, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes, a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las

24 horas del día en que el tomador pague la prima. En cualquier caso, el asegurador cuando el contrato este en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Once.

El asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO

Doce.

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado, tiene las siguientes obligaciones:

- a.- Declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que este le someta, todas las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo.
- b.- Comunicar al asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que de acuerdo con el cuestionario presentado por el asegurador, agraven o disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por este en el momento de perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas o ventajosa. Art 11 y 13 de la L.C.S.
- c.- Comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en la letra b) anterior: si por el contrario supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley.
- d.- Los hijos recién nacidos del asegurado tendrán derecho a ser incorporados a la Entidad, desde el momento de su nacimiento, con todos sus derechos y obligaciones, siempre que dicha incorporación se comunique expresamente durante el embarazo por la asegurada, no aplicándose período de carencia superior al que faltase por consumir a la madre.
- e.- Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, liberará a este de toda prestación derivada del siniestro.
- f.- Facilitar la subrogación que a favor del asegurador establece el artículo 43 de la Ley.

Trece.

El tomador del seguro podrá reclamar al asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la solicitud de seguro o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato.

FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

Catorce.

La asistencia, se prestará de acuerdo con las siguientes normas:

- a) Los servicios concertados se prestarán exclusivamente en la provincia de ALICANTE por los profesionales y servicios que constan en el Cuadro Médico-Sanatorial de la Entidad Aseguradora, excepto cuando se trate de prestaciones no cubiertas en la ciudad y provincia y cualquier otro servicio que así este establecido, que serán prestados en la localidad y CENTROS QUE AUTORICE LA ASEGURADORA, previa petición escrita del correspondiente médico especialista de la Compañía, y siendo en estos casos, a cargo del asegurado, todos los gastos que comporte su desplazamiento, aunque este deba hacerse en condiciones especiales. Serán por cuenta de la Entidad, los traslados entre dos Centros asistenciales cuando se realicen por la carencia de un determinado servicio, mientras esté hospitalizado.
- b) En la modalidad de asistencia que se ofrece, rige el principio general de libre elección de facultativo y centros asistenciales, de entre los que figuran inscritos en el Cuadro Médico-Sanatorial de la Entidad.
- c) Los Médicos Generales visitarán a domicilio a los asegurados que libremente le hayan elegido, únicamente cuando la enfermedad que le aqueje lo justifique y este no pueda trasladarse al consultorio del médico en las horas que tiene señaladas de consulta. Las visitas que deben efectuarse a domicilio habrán de ser concertadas con el médico previamente, salvo que se trate de una urgencia, que el asegurado deberá solicitar asistencia al Centro de Urgencia que tiene establecido la Aseguradora.
El mismo tratamiento tendrán los actos que requieran practicantes
- d) No será precisa indicación escrita del Médico General para que el asegurado acuda a la consulta de los Especialistas.
- e) La hospitalización o prestación de un servicio será ordenada por escrito de un médico de la Entidad, y el asegurado deberá obtener su confirmación en las oficinas de la misma. Una vez otorgada esta, vinculará económicamente a la Entidad, salvo que en dicha confirmación se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta por la póliza. En los casos de urgencia, será suficiente a estos efectos, la orden del médico, pero el asegurado deberá obtener la confirmación de la entidad dentro de las 72 horas siguientes al ingreso.
- f) La compañía se obliga a prestar los servicios únicamente en el domicilio que figura en la Póliza y cualquier cambio del mismo habrá de ser notificado por carta certificada con una antelación mínima de ocho días al

requerimiento de cualquier servicio. La Entidad Aseguradora declina toda responsabilidad por incumplimiento de esta obligación.

- g) Las prótesis de cualquier clase, así como las piezas anatómicas, ortopédicas, clips, filtros y material de osteosíntesis, serán a cargo del asegurado o tomador del Seguro, a no ser que se incluyan expresamente en el artículo quince.
- h) La Aseguradora no se hará cargo de la asistencia (ni de las consecuencias de esa asistencia) de Facultativos ajenos a la misma, ni de los gastos ocasionados por sus actos, ni de sus honorarios profesionales, al igual que las exploraciones, radiografías, análisis e ingresos hospitalarios que no sean prescritos por iniciativa exclusiva de sus propios médicos.
- i) Queda excluida de la cobertura del seguro las consultas a especialistas por motivos como puedan ser chequeos, así como los análisis u otras exploraciones que precise el asegurado para la expedición de certificados, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento médico que no tenga una clara función asistencial.
- j) Al solicitar los facultativos de la Entidad, elementos de diagnóstico, la Aseguradora podrá requerir que dichas peticiones, antes de su práctica, sean supervisadas en sus Oficinas.
- k) Habida cuenta de las inclusiones o modificaciones que pueda sufrir el Cuadro Médico-Sanatorial en la que constan también los centros concertados por la Entidad, se estará a la indicación obligada y actualizada, que los servicios administrativos de la compañía, consignen en la prescripción que libren, en cada caso, a favor del asegurado, cuando se solicite el servicio.
- l) Para la utilización de los servicios que se incluyen en esta póliza, los asegurados serán provistos tarjeta médica o de cheques especiales de asistencia, que deberán entregar a razón de un cheque por acto médico o servicio prestado, estando el asegurado obligado a su debida cumplimentación. El valor del cheque será fijado por la compañía a la renovación ANUAL del seguro.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

Quince.

Los servicios a que da derecho este contrato son los siguientes:

A.- URGENCIAS

Servicio Permanente de Urgencia, que se prestará en el centro o centros que constan en el Cuadro Médico-Sanatorial entregado por el Asegurador. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

B.- ESPECIALIDADES

- 1.- Medicina general.
- 2.- Pediatría.
- 3.- Alergología
- 4.- Análisis Clínicos.
- 5.- Anatomía patológica
- 6.- Anestesiología y Reanimación.
- 7.- Aparato Digestivo.
- 8.- Cardiología.
- 9.- Cirugía Cardíaca
- 10.- Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- 11.- Cirugía Infantil
- 12.- Cirugía Maxilofacial.
- 13.- Cirugía Plástica y Reparadora.
- 14.- Cirugía Torácica
- 15.- Cirugía Vasculat
- 16.- Dermatología
- 17.- Endocrinología y Nutrición
- 18.- Ginecología.
- 19.- Hematología .
- 20.- Medicina Interna.
- 21.- Medicina Nuclear.
- 22.- Nefrología.
- 23.- Neumología.
- 24.- Neurocirugía.
- 25.- Neurología.
- 26.- Obstetricia.
- 27.- Odonto-Estomatología. Curas estomatológicas, limpieza de boca anual y extracciones, excluyendo empastes, prótesis, ortodoncias, endodoncias, periodoncias y apicectomías.
- 28.- Oftalmología.
- 29.- Oncología.
- 30.- Ortopedia y Traumatología.

- 31.- Otorrinolaringología
- 32.- Psiquiatría. Solo en consulta médica.
- 33.- Radiología.
- 34.- Rehabilitación
- 35.- Reumatología
- 36.- Urología.

C.- OTROS SERVICIOS

1. A.T.S. Practicantes
2. MATRONAS.
3. CLASES DE PREPARACIÓN AL PARTO. Este servicio tendrá un periodo de carencia de VEINTICUATRO meses.
4. SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO. ECOGRAFÍA DE ALTA DEFINICIÓN OBSTÉTRICA en la semana veinte de gestación. Este servicio tendrá un periodo de carencia de VEINTICUATRO meses
5. AMBULANCIAS única y exclusivamente para ser hospitalizado en caso de Urgencia.
6. ASISTENCIA DE URGENCIA A DESPLAZADOS. Los asegurados que eventualmente se desplacen en el territorio nacional, por un período no superior a 30 días, recibirán en caso de urgencia, tanto médica como quirúrgica, con arreglo a las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza, pero siempre a través de los facultativos y centros de las Sociedades concertadas. La asistencia que pueda precisar el asegurado, se le facilitará por estar aquejado de una dolencia aguda o crónica agudizada, que requiera tratamiento inmediato. Una vez superada la fase aguda, de precisar seguir tratamiento, deberá efectuarse en la Provincia de procedencia. En ningún caso se facilitará asistencia de procesos patológicos en evolución, vigilancia de gestación y asistencia a partos o sus posibles consecuencias, pues la asistencia derivada del embarazo debe efectuarse en la localidad donde se tiene concertada la póliza y nunca en otra diferente, aunque se aleguen motivos familiares.

D.- SERVICIOS HOSPITALARIOS

En todos los servicios hospitalarios los gastos de medicación son a cargo de la Entidad (Se excluyen los comas irreversibles y patologías crónicas y degenerativas).

EL PLAZO DE CARENCIA PARA LOS SIGUIENTES SERVICIOS HOSPITALARIOS ES DE SEIS MESES CON LA EXCEPCIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN PARA EMBARAZOS Y PARTOS QUE ES DE 24 MESES

1. HOSPITALIZACIÓN MÉDICA Y PARA DIAGNÓSTICO: Se realizará previa prescripción de un médico de la Aseguradora y confirmación de un especialista, en habitación individual. Exclusivamente para realizar un diagnóstico médico, en el que las técnicas a realizar no se puedan efectuar en régimen ambulatorio, o sea necesaria la observación clínica del paciente para decidir un acto quirúrgico.
2. HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA: Se realizará previa prescripción de un médico de la Aseguradora y confirmación de un especialista, en habitación individual I.
3. HOSPITALIZACIÓN PARA INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: Las intervenciones quirúrgicas serán practicadas en clínicas designadas por la Aseguradora y por cirujanos inscritos en sus cuadros Médicos, ocupando el enfermo habitación individual.
4. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Se realizará mediante confirmación de un especialista de la Aseguradora. Esta cobertura se limita a un máximo de 45 DÍAS ANUALES
- 5.- HOSPITALIZACIÓN PARA EMBARAZO Y PARTO: EL PLAZO DE CARENCIA PARA ESTA COBERTURA ES DE VEINTICUATRO MESES. La hospitalización se realizará en la clínica designada por la Aseguradora, en habitación individual con cama para el acompañante, siendo por cuenta de la aseguradora las estancias, manutención de la parturienta, así como los gastos de la sala de partos, los productos anestésicos (se incluye la anestesia EPIDURAL) y las curas y su material.

E. MÉTODOS TERAPÉUTICOS

- 1.- TRANSFUSIONES DE SANGRE: Tanto el acto de la transfusión como la sangre y/o plasma a transfundir por prescripción de un médico de la Entidad, mientras el enfermo esté ingresado, será a cargo de la Aseguradora.

EL PLAZO DE CARENCIA PARA LOS SIGUIENTES SERVICIOS SERÁ DE SEIS MESES

- 2.- OXIGENOTERAPIA, VENTILOTERAPIA Y AEROSOLES: En régimen de hospitalización, quedando excluidos expresamente los tratamientos extra hospitalarios.
- 3.- ONCOLOGÍA: La asistencia se prestará previa prescripción escrita del médico especialista en Oncología de la Aseguradora, en régimen ambulatorio o en las clínicas que determine la Entidad.
- 4.- QUIMIOTERAPIA: Se facilitarán los tratamientos quimioterápicos tanto en régimen ambulatorio como en centro hospitalario. En estos tratamientos, la Entidad, por lo que se refiere a los medicamentos, solo cubrirá los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos que se expendan en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad. (Se excluye la medicación complementaria como eritropoyetina, antieméticos, factores de crecimiento, terapia hormonaly cualquier medicación complementaria)
- 5.- ACELERADOR LINEAL
- 6.- RADIOTERAPIA (Excluida la braquiterapia)

- 7.- TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO Y REHABILITADOR TRAUMATOLÓGICO. En régimen ambulatorio. Esta cobertura se limita a un máximo de 30 sesiones ANUALES.
- 8.- LASERTERAPIA OFTÁLMICA, con Yag y Argón. Se excluyen: la laserterapia quirúrgica, las cirugías refractivas (miopía, hipermetropía y astigmatismo), las inyecciones intravítreas y la terapia fotodinámica.
- 9.- NUCLEOTOMÍA PERCUTÁNEA. Excluidas ozonoterapia, radiofrecuencia y radionics.
- 10.- DIÁLISIS Y RIÑÓN ARTIFICIAL en los casos de patología aguda. Se excluye la insuficiencia renal crónica.
- 11.- LITOTRIZIA RENAL: en los centro que designen el Asegurador, previa prescripción escrita de un especialista de su cuadro médico.
- 12.- CATETERISMO CARDIACO: en los centros que designe el asegurador, **previa prescripción escrita de un especialista de su cuadro médico. Excluidos estudios electrofisiológicos.**
- 13.- CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA Y ARTROSCÓPICA.

F.- MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Los medios de contraste, para los servicios incluidos en este apartado, serán por cuenta de la aseguradora.

1. ANÁLISIS CLÍNICOS: bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, parasitológicos y anatomopatológicos; citología.
2. RADIOLOGÍA: todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos. Se incluyen los medios de contraste empleados.
3. OTROS MEDIOS DE DIAGNÓSTICO: Doppler cardíaco , ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía ,espirometría, fibroendoscopia, ergometría, Holter, densitometría ósea.
4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO DE ALTA TECNOLOGÍA: EL PLAZO DE CARENCIA SERÁ DE SEIS MESES. Arteriografía digital, hemodinámica vascular, medicina nuclear (excluida la Neurología, hematies y leucocitos marcados), resonancia magnética nuclear, TAC (Scanner), y medios diagnósticos especiales en oftalmología como biometría ocular y la angiografía fluoresceínica. Se excluye la cirugía estereotáxica diagnóstica y terapéutica
5. ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA DE ALTA DEFINICIÓN EN LA SEMANA 20 DE GESTACIÓN. El plazo de carencia para este servicio es de VEINTICUATRO MESES
6. PET ONCOLÓGICO exclusivamente previa prescripción por escrito de un oncólogo de la Compañía. El plazo de carencia para este servicio es de SEIS MESES
- 7.- Polisomnografía. El plazo carencia para este servicio es de seis meses

G.- PRÓTESIS

EL PLAZO DE CARENCIA PARA LOS SIGUIENTES SERVICIOS SERÁ DE SEIS MESES

1. Prótesis de lentes intraoculares para cataratas
2. Prótesis de mallas en caso de hernias y eventraciones
3. Prótesis vasculares y cardíacas: exclusivamente válvulas cardíacas, by-pass vasculares, stent, marcapasos temporales y definitivos. El límite máximo de esta cobertura en concepto de material protésico será de 2.100 euros por asegurado y año.
- 4.- Prótesis traumatológicas : El límite máximo de esta cobertura en concepto de material protésico será de 2.100 euros por asegurado y año.

H. MEDICINA PREVENTIVA

1. GINECOLOGÍA Revisiones ginecológicas periódicas.
2. UROLOGÍA: Revisiones urológicas periódicas
3. PLANIFICACIÓN FAMILIAR:
 - 3.1.- Colocación de DIU, siendo por cuenta del Asegurado el coste del dispositivo.
 - 3.2.- Ligadura de trompas. EL PLAZO DE CARENCIA SERÁ DE SEIS MESES
 - 3.3.- Vasectomía. EL PLAZO DE CARENCIA SERÁ DE SEIS MESES
4. TRIPLE TEST. EL PLAZO DE CARENCIA SERÁ DE VEINTICUATRO MESES
5. AMNIOCENTESIS. Se incluye el cariotipo tras la amniocentesis. EL PLAZO DE CARENCIA SERÁ DE VEINTICUATRO MESES

Dieciséis.

A los efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el asegurado la prestación del servicio.

Diecisiete.

Al requerir los servicios que procedan el asegurado deberá exhibir la tarjeta, así como el último recibo de prima satisfecho, cuyo período debe estar vigente.

Dieciocho.

Además de prestar la asistencia asegurada, el asegurador deberá entregar al tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley, así como un ejemplar del cuestionario y demás documentos que haya suscrito el tomador. Igualmente el asegurador

entregará al tomador del seguro, tarjeta y Cuadro Médico Sanatorial, con especificación del Centro Permanente de Urgencia, de los Hospitales y Clínicas y de las direcciones y horarios de consulta de sus facultativos.

Diecinueve

El asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley de Contrato).
- b) En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo comunican al asegurador, y han actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley).
- c) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley).
- d) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato).

Veinte.

Si se hubiera practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del asegurado o asegurados y la Entidad aseguradora no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento se haga alguna salvedad en las condiciones particulares de la póliza. Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiera reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable transcurrido un año desde la conclusión del contrato, salvo que el tomador haya actuado con dolo.

Veintiuno.

Las comunicaciones al asegurador, por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la Póliza, pero si se realizaran a un agente afecto representante del asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a este, conforme al artículo 21 de la Ley. Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro, al asegurado o al beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al asegurador. Las comunicaciones efectuadas por un agente afecto al asegurador en nombre del tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de este.

Veintidós

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado.

Enero 2010