

CONDICIONES GENERALES

CLÍNICUM GLOBAL



CLÍNICUM GLOBAL

PRINCIPALES TELÉFONOS DE INTERÉS

| | | |
|-----------------------------------|---|--------------|
| Atención al Cliente | De lunes a viernes De 9:00 a 20:00 h | 93 237 11 22 |
| Autorizaciones | De lunes a viernes De 8:00 a 20:00 h | 93 237 11 22 |
| Centro Médico Clínicum | De lunes a viernes De 7:30 a 20:30 h | 93 207 05 47 |
| Atención Médica Telefónica | 24 h / 365 días al año | 93 275 63 33 |

URGENCIAS 24 HORAS

| | | |
|------------------------|------------------------|------------------|
| Catalunya | 24 h / 365 días al año | 93 275 63 33 |
| Resto de España | 24 h / 365 días al año | 93 485 74 73 |
| Extranjero | 24 h / 365 días al año | +34 93 485 74 73 |

CLÍNICUM

Passeig de Gràcia, 121

08008 BARCELONA

Tel. 93 237 11 22

info@clincium.es

www.clincium.es

Clínicum Seguros, S.A.

Registro Mercantil Barcelona, T. 581. L. 147, Sec. 2a (de Sociedades). F. 119. H. 2.029, en fecha 17/03/1949.

CIF A08169690

Inscrita en el registro especial de Entidades Aseguradoras del Ministerio de Hacienda O. M. de 21 de julio de 1956. C-225.

Inscrita en el censo registro de la Dirección general de Ordenación y Planificación Sanitaria de la Generalitat de Catalunya con el n.º 45

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| CLÍNICUM GLOBAL | 3 |
| CLÍNICUM GLOBAL | 9 |
| ARTÍCULO PRELIMINAR..... | 9 |
| DEFINICIONES | 9 |
| OBJETO DEL SEGURO | 10 |
| ARTÍCULO 1. GARANTÍAS PRESTADAS | 10 |
| ARTÍCULO 2. EXCLUSIONES | 11 |
| ARTÍCULO 3. PRESTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS | 13 |
| ARTÍCULO 4. PERIODO DE CARENCIA..... | 14 |
| ARTÍCULO 5. BASES DEL CONTRATO..... | 14 |
| ARTÍCULO 6. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR | 15 |
| ARTÍCULO 7. DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y, EN SU CASO, DEL ASEGURADO..... | 15 |
| ARTÍCULO 8. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y, EN SU CASO, DEL ASEGURADO..... | 16 |
| ARTÍCULO 9. PERSONAS ASEGURADAS..... | 17 |
| ARTÍCULO 10. PERFECCIÓN, EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO | 18 |
| ARTÍCULO 11. ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS | 18 |
| ARTÍCULO 12. RESOLUCIÓN DEL CONTRATO | 19 |
| ARTÍCULO 13. PÉRDIDA DE DERECHOS | 19 |
| ARTÍCULO 14. INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO..... | 19 |
| ARTÍCULO 15. PRESCRIPCIÓN | 20 |
| ARTÍCULO 16. COMUNICACIONES | 20 |
| ARTÍCULO 17. ARBITRAJE..... | 20 |
| ARTÍCULO 18. JURISDICCIÓN COMPETENTE | 20 |
| ARTÍCULO 19. LIBRO DE RECLAMACIONES..... | 20 |
| ARTÍCULO 20. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL | 21 |
| ANEXO I: DESCRIPCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS | 25 |
| 1. MEDICINA PRIMARIA..... | 25 |
| 2. URGENCIAS | 25 |
| 3. SERVICIO DE URGENCIAS A LOS ASEGURADOS TEMPORALMENTE DESPLAZADOS..... | 25 |
| 4. ESPECIALIDADES..... | 25 |
| 5. MEDICINA PREVENTIVA | 26 |
| 6. ATENCIÓN A LA MUJER..... | 27 |
| 7. MEDIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO | 27 |
| 8. TRATAMIENTOS..... | 29 |

| | |
|---|-----------|
| 9. HOSPITALIZACIONES..... | 31 |
| 9.1. HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA..... | 31 |
| 9.2. HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y UNIDAD CORONARIA (UCI) POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA..... | 31 |
| 9.3. HOSPITALIZACIÓN MÉDICA | 31 |
| 9.4. HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA | 32 |
| 9.5. HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y UNIDAD CORONARIA (UCI) POR ENFERMEDAD..... | 32 |
| 10. OTROS SERVICIOS INCLUIDOS | 32 |
| 10.1. AMBULANCIA | 32 |
| 10.2. ASISTENTE SOCIAL..... | 32 |
| 10.3. ORIENTACIÓN SOCIAL A MAYORES Y DEPENDIENTES | 32 |
| 10.4. PSICOLOGÍA..... | 33 |
| 10.5. AYUDA EN PRÓTESIS CAPILARES EN PROCESOS ONCOLÓGICOS | 33 |
| 10.6. SEGUNDA OPINIÓN DE DIAGNÓSTICO | 33 |
| 10.7. PORTAL MÉDICO ONLINE..... | 33 |
| 10.8. PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y ASESORAMIENTO EN ENFERMEDADES GRAVES..... | 33 |
| 10.9. PROTECCIÓN A LA FAMILIA | 33 |
| 10.10. REVISIÓN MÉDICA RENOVACIÓN PERMISO DE CONDUCIR..... | 33 |
| 10.11. CLUB CLÍNICUM..... | 34 |
| ANEXO II: ASISTENCIA EN VIAJE EN ESPAÑA Y EN EL EXTRANJERO..... | 35 |
| 1. ASEGURADOS | 35 |
| 2. DURACIÓN | 35 |
| 3. VALIDEZ TEMPORAL | 35 |
| 4. ÁMBITO DE COBERTURA | 35 |
| 5. GARANTÍAS | 35 |
| 5.1. Asistencia médica y sanitaria | 35 |
| 5.2. Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos | 36 |
| 5.3. Repatriación o transporte de los demás asegurados desde el extranjero | 36 |
| 5.4. Repatriación o transporte de menores o disminuidos desde el extranjero | 36 |
| 5.5. Convalecencia en hotel en el extranjero..... | 37 |
| 5.6. Repatriación o transporte del asegurado fallecido en el extranjero | 37 |
| 5.7. Regreso anticipado desde el extranjero por fallecimiento de un familiar | 37 |
| 5.8. Transmisión de mensajes urgentes | 37 |
| 6. EXCLUSIONES | 37 |
| 7. PETICIÓN DE ASISTENCIA | 38 |
| 8. DISPOSICIONES ADICIONALES | 38 |

| | |
|---|-----------|
| 9. SUBROGACIÓN..... | 38 |
| 10. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS..... | 38 |
| ANEXO III: REPATRIACIÓN DE RESIDENTES EN CASO DE FALLECIMIENTO | 39 |
| 1. ASEGURADOS | 39 |
| 2. DURACIÓN | 39 |
| 3. VALIDEZ TEMPORAL | 39 |
| 4. ÁMBITO DE COBERTURA | 39 |
| 5. GARANTÍAS | 39 |
| 5.1. Traslado de residentes extranjeros en caso de fallecimiento. | 39 |
| 6. DISPOSICIONES ADICIONALES | 39 |
| 7. SUBROGACIÓN..... | 40 |
| 8. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS..... | 40 |
| 9. NOTAS IMPORTANTES SOBRE LA COBERTURA REPATRIACIÓN RESIDENTES. | 40 |
| 10. REGLAS A SEGUIR EN CASO DE SINIESTRO..... | 40 |

CLÍNICUM GLOBAL

CONDICIONES GENERALES

MODELO 07-00-2501-03

SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA DE SERVICIOS COMPLETOS-LIMITADOS, MEDIANTE RETRIBUCIÓN PROFESIONAL POR ACTO MÉDICO Y LIBRE ELECCIÓN DEL ASEGURADO DENTRO DEL CUADRO MÉDICO DE LA COMPAÑÍA.

ARTÍCULO PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE del 17 de octubre de 1980), modificada y ampliada por la Ley 21/1990, de 19 de diciembre, para adaptar el derecho español a la Directiva 88/357/CEE sobre libertad de servicios en seguros distintos al de vida, y de actualización de la legislación de seguros privados (BOE del 20 de diciembre de 1990); por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (BOE de 9 de noviembre de 1995) y su Reglamento de 20 de noviembre de 1998 (BOE de 26 de noviembre de 1998); por la Ley 9/1992, de 30 de abril, de Mediación de Seguros Privados (BOE de 2 de mayo de 1992), modificada por la Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (BOE de 9 de noviembre de 1995), y por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Y por lo convenido en las condiciones generales y particulares de este contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean específicamente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las condiciones particulares. No requerirán de dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales.

DEFINICIONES

En este contrato se entiende por:

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

ANEXO DE COBERTURAS o SUPLEMENTOS: documento(s) complementario(s) e integrado(s) en las Condiciones Generales, en el cual / los cuales se describe(n) los servicios médicos-odontológicos incluidos en la cobertura de la póliza.

ASEGURADO: cada una de las personas que figura relacionada en las condiciones particulares a quienes se le prestará la asistencia médica.

ASEGURADOR: la compañía CLÍNICUM SEGUROS, S.A., (en adelante, "Clínicum"), entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

ATS/DUE: profesional legalmente capacitado y habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.

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

CUADRO MÉDICO: relación de profesionales y centros sanitarios concertados con el asegurador de los que el asegurado podrá solicitar la asistencia médica y quirúrgica en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de la póliza.

DECLARACIÓN DE SALUD: declaración realizada y firmada por el tomador y/o asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve al asegurador para la valoración del riesgo objeto del seguro.

ENFERMEDAD o LESIÓN: cualquier alteración del estado de salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido y que haga precisa la asistencia facultativa.

ENFERMEDAD PREEXISTENTE: enfermedad que tiene génesis claramente anterior al momento de contratación o alta en el seguro y que fuera conocida por el asegurado o el tutor, en casos de menores de edad.

HOSPITAL: cualquier establecimiento en el que puede legalmente realizarse el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de

internamiento. Dicho establecimiento contará con la asistencia permanente de un médico, y solo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionadas.

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

HOSPITALIZACIÓN:

- **HOSPITALIZACIÓN GENERAL:** el hecho de que una persona figure registrada como paciente en un hospital y pernocte o realice una comida principal en el mismo.
- **HOSPITAL DE DÍA:** el hecho de que una persona figure registrada como paciente en las unidades del hospital, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia, sin que ello suponga pernoctar y pudiendo o no realizar una de las comidas principales en dicha unidad.

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

MÉDICO: profesional legalmente habilitado para ejercer la medicina.

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

PLAZO DE CARENCIA: periodo de tiempo (contando a partir de la fecha de efecto del seguro o de la inclusión de un nuevo asegurado) durante el cual no entra en vigor alguna de las garantías de la póliza.

PÓLIZA: documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las condiciones generales, las particulares que individualizan el riesgo, las especiales si las hubiere, la descripción de los servicios y los suplementos o anexos de la póliza para complementarla o modificarla.

PRIMA: el precio del seguro de acuerdo con las tarifas. El recibo contendrá, además, los recargos e impuestos legalmente repercutibles. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

SERVICIOS: cada una de las prestaciones en que se materializa la asistencia médica cuyo riesgo asume el asegurador y que figuran descritas en las condiciones generales.

SINIESTRO: hecho previsto en el contrato cuyo riesgo es objeto de cobertura y que, una vez ocurrido, da lugar a la prestación de la asistencia sanitaria por parte del asegurador.

TARJETA DIGITAL CLÍNICUM: documento propiedad del asegurador que se expide a cada asegurado incluido en la póliza y se obtiene mediante la aplicación de Clínicum y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza.

TOMADOR DEL SEGURO: persona física o jurídica que, juntamente con Clínicum, suscribe este contrato, ostenta la representación de los asegurados, y al que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado.

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

OBJETO DEL SEGURO

ARTÍCULO 1. GARANTÍAS PRESTADAS

El asegurador proporcionará al asegurado, dentro de los límites y las condiciones estipuladas por la póliza y mediante aplicación de la prima que en cada caso corresponda, la asistencia médica y quirúrgica en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en el **Anexo “Descripción y utilización de los servicios” y del resto de anexos o suplementos.**

En todo caso, según dispone el Artículo 103 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, la “Ley”), el asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la póliza.

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

ARTÍCULO 2. EXCLUSIONES

Quedan excluidos de la cobertura del seguro:

a. La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, accidentes, defectos o deformaciones congénitas y sus secuelas, anteriores a la contratación de la póliza o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada asegurado en la póliza que, siendo conocidas por el asegurado, no hubiesen sido declaradas por este en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento. El tomador del seguro, en su nombre y en el de los beneficiarios, está obligado a manifestar, en el momento de suscribir la solicitud de seguro, cualquier tipo de lesión, patología congénita, enfermedades, pruebas diagnósticas, tratamientos e incluso la sintomatología que pudiera considerarse como el inicio de alguna patología.

En caso de ocultación, la afección quedará excluida de las coberturas del contrato de seguro. Si constaran declaradas enfermedades preexistentes y/o congénitas, Clínicum se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de aseguramiento. En caso de aceptarlas, Clínicum podrá bien incluir la correspondiente cláusula de exclusión de dichas coberturas, o en su caso aplicar una sobreprima para su cobertura. Para las enfermedades no conocidas ni sospechadas por el asegurado o el tomador por no haber dado síntomas anteriores a la formalización del contrato, se establece la indisputabilidad de su cobertura transcurridos dos años desde dicha formalización o inclusión del asegurado, salvo dolo del tomador.

b. Internamientos médicos y quirúrgicos solicitados por médicos ajenos al cuadro facultativo de Clínicum.

c. 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 erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas atípicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

d. Los daños derivados de hechos o actuaciones de las fuerzas armadas y cuerpos de seguridad en tiempos de paz. En general, los riesgos de carácter extraordinario, la cobertura de los cuales corresponde al Consorcio de Compensación de Seguros, de acuerdo con su estatuto legal.

e. La asistencia sanitaria o el tratamiento derivado del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo, así como sus complicaciones y secuelas. La asistencia sanitaria producida por embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio, así como enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del asegurado.

f. Los fármacos, vacunas y medicamentos de cualquier clase, salvo los que se administren al paciente mientras esté hospitalizado.

g. El seguimiento del embarazo y atención al parto, cesárea y legrado obstétrico. Tampoco queda bajo cobertura la atención hospitalaria y ambulatoria de cualquier tipo al recién nacido.

h. Queda excluido de la cobertura de la presente póliza cualquier tipo de asistencia en consulta, exploración, tratamiento, intervención quirúrgica, internamiento en clínica o cualquier otro acto médico o asistencial ocasionado o prescrito por facultativos, centros médicos, hospitales y cualquier proveedor sanitario no adscrito al cuadro médico de Clínicum.

- i. Quedan excluidos en todos los casos de hospitalización los gastos derivados de uso de teléfono, televisión, la pensión alimenticia del acompañante en clínica (excepto según lo establecido en el Anexo “Descripción y utilización de los servicios”), los gastos a consecuencia de revisiones o tratamientos preventivos, los gastos por viajes y desplazamientos y otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.
- j. La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de las siguientes actividades: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rafting, barranquismo, puenting, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, hípica, toreo, encierro de reses bravas y cualquier otra actividad deportiva o de ocio considerada de alto riesgo, incluido entrenamientos. También queda excluida la asistencia derivada de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general.
- k. La asistencia sanitaria que exija tratamiento a consecuencia de accidentes laborales, profesionales y los amparados por el seguro obligatorio de automóviles.
- l. Los tratamientos de reproducción asistida.
- m. El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas con fines puramente estéticos o cosméticos, salvo las necesarias para eliminar las secuelas de un accidente o de una intervención quirúrgica cubiertas en la póliza contratada y sufridos por el asegurado durante el periodo de vigencia de la misma. Quedan así mismo excluidos los tratamientos de varices con fin estético, así como también la cirugía de cambio de sexo.
- n. El psicoanálisis, la hipnosis, la psicoterapia individual o de grupo, la sofrología, la narcolepsia ambulatoria y los test psicológicos.
- o. Hemodiálisis, riñón artificial, diálisis peritoneal y los trasplantes de órganos, excepto el trasplante de córnea.
- p. La hospitalización basada en problemas de tipo social o familiar, así como aquella que se pueda sustituir por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- q. En odontología los empastes, endodoncias, ortodoncias y prótesis, exceptuando lo expresamente incluido en el Anexo *Descripción y utilización de los servicios dentales*. También se excluye la limpieza de boca, salvo que esta sea prescrita por otro facultativo especialista de la propia entidad.
- r. Las prótesis de cualquier tipo o material de osteosíntesis, excepto las incluidas en el Anexo “Descripción y utilización de los servicios”. También quedan excluidas las piezas anatómicas ortopédicas de cualquier tipo, fijadores externos, el coste de las gafas, lentes intraoculares, lentillas y/o prótesis auditivas, medias de compresión elástica, suspensorios, tobilleras, fajas, corsés, cabestrillos y otros métodos de inmovilización.
- s. Corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos tales como miopía, hipermetropía o astigmatismo y cualquier otra patología refractiva ocular por motivos estéticos.
- t. La cirugía robótica.
- u. Los tratamientos que usan el láser, salvo en proctología, oftalmología, otorrinolaringología y urología, que se cubre de acuerdo con lo establecido en el Anexo “Descripción y utilización de los servicios”.
- v. Los gastos de transporte del asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia.

- w. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de esta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional, así como la rehabilitación de enfermedades crónicas cuando han sido estabilizadas las lesiones.
- x. Las estancias en asilos, centros de reposo, centros spa, tratamientos de balneoterapia aun siendo prescritos por facultativos, así como el ingreso en centros hospitalarios o en régimen de hospital de día a consecuencia de tratamientos dietéticos dirigidos a aumento o disminución de peso. Terapias complementarias como drenaje linfático, hidroterapia, oxigenoterapia trifásica, presoterapia, ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente.
- y. Queda también excluida la hospitalización psiquiátrica, salvo brotes agudos según el Anexo “Descripción y utilización de los servicios”. Se excluyen las enfermedades anteriores a la contratación de la póliza, las derivadas de adicciones y/o accidentes y terapias de grupo, psicoanálisis e hipnosis. No incluye cama de acompañante por las características del mismo.
- z. Quedan excluidas de la cobertura de la póliza las pruebas genéticas cuya finalidad sea determinar la predisposición del asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, con la exclusiva excepción de aquellas que figuran expresamente incluidas en la cobertura, tales como la amniocentesis y los cariotipos. No quedan cubiertas aquellas pruebas genéticas que se encuentren en fase de investigación o cuya utilidad diagnóstica, relevancia clínica o evidencia científica no esté demostrada.
- aa. La medicación en tratamientos oncológicos en régimen ambulatorio u hospitalario.
- bb. Análisis u otras exploraciones que se precisen para la expedición de certificados en general, que no tengan una clara función asistencial.

NOTA: no quedan comprendidas en la cobertura de la póliza, hasta tanto no se haga constar expresamente las posibles nuevas técnicas complementarias de diagnóstico o terapéuticas que vayan apareciendo en el espectro asistencial de la medicina, las cirugías experimentales y los tratamientos no reconocidos por la ciencia médica y en general cualquier otro servicio que no esté incluido expresamente en el condicionado general de la póliza salvo que se haya contratado como suplemento de prestaciones complementarias. En cualquier caso, la compañía, siguiendo su tradicional norma, procurará incorporarlas a sus pólizas, en cuanto su utilidad y eficacia estén debidamente contrastadas.

ARTÍCULO 3. PRESTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en la localidad que figura en las condiciones particulares, y de acuerdo con las siguientes normas:

- a. El asegurado puede elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los médicos que realizan, dentro del cuadro médico de Clínicum, las prestaciones sanitarias incluidas en la póliza, que en cada momento se encuentren vigentes.
- b. Una vez formalizado el contrato, el asegurador facilitará al asegurado la tarjeta acreditativa que deberá exhibir para utilizar los servicios, junto con el Documento Nacional de Identidad si se precisa.
- c. Las visitas domiciliarias se efectuarán únicamente cuando por motivos que dependan solo de la enfermedad que aqueje al asegurado, este no pueda trasladarse al consultorio

del facultativo a la hora señalada de visita. Los casos de urgencia se practicarán por el servicio de urgencias cuya dirección figura en la tarjeta magnética que se entrega al asegurado.

- d. Los médicos especialistas atenderán a los asegurados en aquellos casos en que se requiera un diagnóstico o tratamiento en el ámbito de su especialidad.
- e. La hospitalización o prestación de un servicio asistencial será ordenada por escrito de un médico de la entidad y **el asegurado deberá obtener su confirmación en las oficinas de la misma, por correo electrónico o por la aplicación de Clínicum**. Una vez confirmada, la entidad quedará económicamente vinculada, 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, si bien es suficiente, a estos efectos, la orden escrita del médico de la entidad, el asegurado deberá obtener la correspondiente confirmación dentro de las 72 horas siguientes al ingreso.

La compañía se obliga a prestar los servicios únicamente en el domicilio que figura en la póliza. Cualquier cambio del mismo será notificado por escrito y por medio fehaciente con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio.

Los nuevos medios complementarios de diagnóstico y tratamiento que en el futuro prueben su idoneidad asistencial, estén contrastados y validados por las sociedades científicas acreditadas, serán susceptibles de incorporarse a las coberturas de la póliza por medio de suplementos en las condiciones particulares, con revisión de prima, si procede.

ARTÍCULO 4. PERIODO DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el asegurador tendrán cobertura desde el momento de vigencia de la póliza con los límites y plazos de carencia que quedan especificados para cada una de ellas en el anexo I descripción y utilización de los servicios médicos, **siempre que se deriven de patologías contraídas después de la contratación de la póliza**.

Con carácter general los plazos de carencia son:

- **Visitas de especialista, urgencias ambulatorias, urgencias hospitalarias y transporte sanitario en caso de urgencia vital no tendrán periodo de carencia.**
- **Los servicios de radioterapia o con isótopos radioactivos, que tendrán una carencia de 10 meses.**
- **Pruebas diagnósticas, tratamientos en consulta de especialista o en centros especializados, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y transporte sanitario tendrán una carencia de 6 meses, excepto los especificados en el Anexo I.**

No obstante, en caso de urgencia vital que requiera hospitalización médica o quirúrgica se aplicará el principio general que figura en este apartado.

Para las prestaciones no incluidas en estas condiciones generales, podrán establecerse periodos de carencia específicos.

ARTÍCULO 5. BASES DEL CONTRATO

- a. La solicitud y el cuestionario de salud cumplimentados por el tomador del seguro o por el asegurado, así como la proposición del asegurador, en su caso, en unión de esta póliza, con sus anexos y suplementos, constituyen un todo unitario, fundamento del seguro, que solo alcanza, dentro de los límites y condiciones estipulados, a los riesgos en la misma descritos.
- b. El presente contrato ha sido concertado sobre la base de las declaraciones formuladas por el tomador del seguro y/o asegurado en el cuestionario de salud que le ha sometido

el asegurador y que han motivado su aceptación del riesgo, la asunción por su parte de las obligaciones derivadas del contrato y la fijación de la prima.

- c. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro y/o asegurado podrá reclamar al asegurador, en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza, la subsanación de la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación y de conformidad con el Artículo 8 de la Ley, se estará a lo dispuesto en la póliza.
- d. De conformidad con el Artículo 10 de la Ley, el asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador del seguro y/o asegurado, en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador del seguro y/o asegurado.

De conformidad con el Artículo 10 de la Ley, cuando la reserva o inexactitud se hubieren producido mediante dolo o culpa grave del tomador del seguro y/o asegurado, el asegurador quedará liberado de sus obligaciones bajo este contrato.

ARTÍCULO 6. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

- a. El asegurador se obliga a prestar la asistencia sanitaria contratada y a proporcionar la cobertura de riesgos asegurados de acuerdo con las condiciones generales y particulares del contrato.
- b. El asegurador deberá entregar al tomador del seguro la póliza o, al menos, el documento de cobertura provisional o el que corresponda según lo que dispone el Artículo 5 de la Ley y demás documentos que haya suscrito el tomador.
- c. Igualmente, el asegurador entregará al tomador del seguro un documento acreditativo y la lista de facultativos con especificación del centro o centros permanentes de urgencias y de las direcciones y horarios de consulta de sus facultativos. Este listado también estará disponible en la web de la entidad.
- d. El asegurador se obliga a preservar la absoluta confidencialidad de los datos obtenidos referidos a la salud del asegurado según se especifica en el Artículo 20 de estas condiciones generales.

ARTÍCULO 7. DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y, EN SU CASO, DEL ASEGURADO

- a. Son derechos del tomador del seguro y, en su caso, del asegurado, los que se enumeran en el Anexo “Descripción y utilización de los servicios”, en el Artículo 3 Prestación y utilización de los servicios y en las condiciones particulares.
- b. El asegurado tiene derecho a la confidencialidad de toda información a que pudiera tener acceso el asegurador relacionada con su estado de salud o enfermedad y con sus procesos y estancias en centros sanitarios concertados con el asegurador.
- c. El asegurador garantizará y protegerá sus datos personales como responsable de su tratamiento y de acuerdo con la finalidad de este contrato.
- d. El tomador del seguro y/o asegurado tiene derecho a reclamar ante la **Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones** por cualquier actuación del asegurador que lesione sus derechos derivados del presente contrato de seguro, o ante el **Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya** en materia sanitaria.
- e. En caso de nacimiento de un hijo del asegurado, este dispondrá de treinta días para solicitar su aseguramiento en nuevo contrato, aunque el neonato tenga alguna enfermedad y/o malformación congénita. El alta tendrá efecto el primer día del mes del nacimiento. En este supuesto no se le aplicarán periodos de carencia superiores a los que le quedasen por consumir al padre y/o la madre.. A partir del día 1 del mes siguiente

al nacimiento, si el tomador del seguro no ha formalizado el alta del recién nacido, se entenderá como su renuncia a este derecho.

ARTÍCULO 8. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y, EN SU CASO, DEL ASEGURADO

- a. Son obligaciones y deberes del tomador del seguro y, en su caso, del asegurado, el declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que este le someta, todas las circunstancias por él/ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.
- b. Comunicar al asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le(s) sea posible, todas las circunstancias que de acuerdo con el cuestionario presentado por el asegurador antes de la conclusión del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por el asegurado en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas según las previsiones del Artículo 11 de la Ley.

En estos casos, el asegurador podrá modificar o rescindir el contrato de acuerdo con el Artículo 12 de la Ley.

El tomador también puede comunicar, durante la vida del contrato, las circunstancias que disminuyan el riesgo. En este caso, se aplicará lo dispuesto en el Artículo 13 de la Ley.

- c. Comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio para que este emita el suplemento modificativo del contrato con dicho cambio.
- d. Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al asegurador, liberará a este de toda prestación derivada del siniestro en aplicación del Artículo 17 de la Ley.
- e. Facilitar la subrogación a favor del asegurador en el supuesto de que el asegurado tenga derecho a un resarcimiento por parte de terceros responsables. En tal caso, el asegurador tendrá derecho a la subrogación hasta el importe de la indemnización satisfecha en virtud de los Artículos 43 y 82 de la Ley.

El asegurado no perjudicará este derecho del asegurador, y será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, puedan causar al asegurador en el derecho a subrogarse.

El asegurador no podrá ejecutar el derecho de subrogación en perjuicio del asegurado.

En el supuesto de concurrencia del asegurador y asegurado frente a terceros responsables, la indemnización se repartirá de forma proporcional de acuerdo con las previsiones de los Artículos 43 y 82 de la Ley.

Pago de las primas:

1. **Tiempo de pago:** el tomador del seguro, de acuerdo con el Artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la prima en el momento de la perfección del contrato.
Irán a cargo del tomador del seguro o del asegurado los impuestos y recargos que sean de legal aplicación en cada momento, los cuales se satisfarán junto con la prima.
2. **Unicidad:** la prima es única y corresponde al total del periodo de duración del contrato. Se podrá establecer su pago fraccionado en primas fraccionadas y no liberadoras, en las condiciones particulares.
3. **Lugar de pago:** si en las condiciones particulares no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que este ha de hacerse en el domicilio del tomador del seguro con arreglo a lo previsto en el Artículo 14 de la Ley.

4. **Consecuencia del impago de la prima:** si por culpa del tomador del seguro o del asegurado la primera prima no hubiera sido pagada a su vencimiento, de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley, el asegurador tendrá derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza. En todo caso, si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca algún siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.
5. **Consecuencia del impago de las primas sucesivas:** en el caso de falta de pago de las primas siguientes, la cobertura del asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si el asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido, según lo dispuesto en el Artículo 15 de la Ley.
Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador del seguro o el asegurado pague la prima pendiente. En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso, el asegurador solo podrá exigir el pago de la prima impagada del periodo en curso, de acuerdo con el Artículo 15 de la Ley.
6. Si en las condiciones particulares se ha fijado el aplazamiento o el fraccionamiento del pago de la prima, el impago de cualquiera de los plazos o fracciones producirá las mismas consecuencias descritas anteriormente. Cualquier pago se imputará necesariamente a la fracción de prima más antigua impagada.
7. **Recibo de primas:** el asegurador solo quedará obligado por los recibos librados por la dirección o sus representantes legalmente autorizados.
8. **Domiciliación de recibos:** para la domiciliación bancaria de los recibos de la prima se aplicarán las siguientes normas:
 - El tomador del seguro entregará al asegurador una carta dirigida al establecimiento bancario dando orden oportuna al efecto.
 - La prima, su aplazamiento o fracción, se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia de un mes previsto en el Artículo 15 de la Ley, no pudiera ser cargado en la cuenta del asegurado por cualquier circunstancia imputable o no al mismo; en este caso, el asegurador le notificará por correo ordinario que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del asegurador y el asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.
 - Si el asegurador dejase transcurrir el plazo de un mes a partir del día del vencimiento sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no fuese atendido su pago, por cualquier causa, el asegurador estará obligado a notificar tal circunstancia al obligado al pago, por carta certificada u otro medio indubitado, concediéndole el nuevo plazo de un mes para que pueda satisfacer su importe en el domicilio social, sucursal o agencia del asegurador. Este plazo se computará desde la fecha de certificación de la carta o notificación al último domicilio comunicado al asegurador.

ARTÍCULO 9. PERSONAS ASEGURADAS

Podrán obtener las coberturas de este contrato de seguro todas las personas físicas en cuyo favor se establezcan, siempre que concurran las condiciones de asegurabilidad estipuladas por el asegurador.

En la póliza pueden quedar incluidos todos los asegurados que convivan en el mismo domicilio. Cuando un asegurado deje de convivir en el mismo domicilio será admitido en otra póliza, siempre que lo comunique al asegurador con antelación a la fecha de cambio de

domicilio. Se respetarán los derechos del asegurado adquiridos en la póliza anterior y se adecuará el contrato a su nueva situación.

Si en la nueva póliza suscrita se concedieran servicios no contenidos en la póliza de procedencia y existieran periodos de carencia para su utilización, se respetará este periodo, como si de nuevo ingreso se tratara.

La entidad tendrá la potestad de considerar que el traslado de la residencia habitual del asegurado al extranjero sea motivo de baja con anterioridad al vencimiento de la póliza.

ARTÍCULO 10. PERFECCIÓN, EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

- a. El contrato se perfecciona por el consentimiento manifestado al suscribir la póliza las partes contratantes. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no surtirán efecto mientras no haya sido satisfecho el recibo de la prima, aplazamiento o fracción salvo pacto en contrario en las **condiciones particulares**.

En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplidos.

- b. La duración del contrato se establece en las condiciones particulares, en que se fija la hora y fecha de entrada en vigor de las garantías y la hora y fecha de su vencimiento. Aunque aparezca expresamente en las condiciones particulares, el contrato vence el 31 de diciembre de cada año.
- c. Cuando expire el periodo indicado en las condiciones particulares de esta póliza, a su vencimiento, se prorrogará tácitamente por periodos no superiores al año, y así sucesivamente. Las partes podrán 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, de acuerdo con el Artículo 22 de la Ley, con antelación al 31 de diciembre, si el contrato ha sido prorrogado de conformidad con el párrafo anterior.
- d. La voluntad de causar baja unilateral expresada por parte del tomador se entenderá como la oposición a la prórroga del contrato con las consecuencias y fechas de efecto previstas en el apartado anterior.
- e. En cualquier caso, de oposición a la prórroga, el tomador tendrá que seguir pagando al asegurador la prima hasta el vencimiento del contrato. La fecha de vencimiento (fin de la anualidad en curso o de la siguiente) vendrá determinada por el momento de la efectiva oposición en atención al ineludible término de preaviso de dos meses del párrafo c anterior.
- f. El asegurador no podrá rescindir la póliza durante la asistencia del asegurado, ni serán motivos de anulación la edad o el gasto sanitario de las personas aseguradas.

ARTÍCULO 11. ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS

El asegurador podrá actualizar anualmente la prima en base a lo dispuesto en las normas reguladoras del seguro privado. Dicha actualización estará basada en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar su incidencia en el equilibrio financiero-actuarial del seguro, de la modificación de los costes asistenciales de los servicios, de la frecuencia de los servicios cubiertos, de la incorporación a la cobertura de nuevos servicios y de las técnicas complementarias de diagnóstico o terapéuticas de aparición. Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, se establecerá una prima anual de acuerdo con la zona geográfica y la edad alcanzada por cada uno de los asegurados, según tramos (de 0 a 4 años, de 5 a 25 años, de 26 a 49 años, de 50 a 54 años, de 55 a 59 años,

de 60 a 64 años, de 65 a 69 años y de 70 en adelante), aplicando la tarifa de primas que la aseguradora tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El tomador del seguro da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las primas. El asegurador deberá comunicar al tomador del seguro y/o asegurado la prima que regirá para el siguiente ejercicio con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso. Si como consecuencia de esta comunicación no fuera de interés para el tomador y/o asegurado la renovación del contrato, este excepcionalmente dispondrá de un mes para la denuncia del mismo según el Artículo 22 de la Ley.

ARTÍCULO 12. RESOLUCIÓN DEL CONTRATO

El tomador y/o el asegurado podrá(n) resolver el contrato cuando se varíe la lista de facultativos, en la medida en que afecte al médico de cabecera, al obstetra, al pediatra de zona o al cincuenta por cien del cuadro de especialistas. No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias originadas por causas justificadas o se refiera a odontólogos, analistas o radiólogos.

La resolución tendrá efecto el día primero del mes siguiente a la fecha en que se recibiera la notificación por carta certificada del tomador y/o asegurado, y el asegurador estará obligado a devolver el importe de la prima no consumida.

La resolución del contrato efectuada de acuerdo con lo previsto en esta cláusula o por la oposición del asegurador a la prórroga del mismo, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes **exclusivamente en relación con los siniestros en curso**.

ARTÍCULO 13. PÉRDIDA DE DERECHOS

Se pierde el derecho a la prestación garantizada:

- a. En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave del tomador y/o el asegurado. Artículo 10 de la Ley.
- b. En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro y/o el asegurado no lo comunica al asegurador, y ha(n) actuado con mala fe. Artículo 12 de la Ley.
- c. Si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario. Artículo 15 de la Ley.
- d. Si el tomador y/o el asegurado no facilitan al asegurador la información sobre las consecuencias del siniestro y concurre dolo o culpa grave. Artículo 16 de la Ley.
- e. Si el tomador y/o el asegurado incumplen el deber de aminorar las consecuencias del siniestro, y lo hacen con la intención manifiesta de engañar o perjudicar al asegurador. Artículo 17 de la Ley.
- f. Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del asegurado. Artículo 19 de la Ley.
- g. Por la oposición del tomador y/o el asegurado al tratamiento de los datos personales y de salud, al privar al asegurador de la información necesaria para la prestación de los servicios y otras finalidades del contrato.
- h. El contrato será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión ya ha sucedido el siniestro.

ARTÍCULO 14. INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

Si se hubiera practicado reconocimiento médico, el contrato será indisputable en cuanto al estado de salud del asegurado, y el asegurador no podrá negar sus prestaciones alegando 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 hubiere practicado reconocimiento médico el contrato será indisputable transcurridos dos años desde la conclusión del mismo, salvo que su tomador haya actuado con dolo.

ARTÍCULO 15. PRESCRIPCIÓN

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los cinco años a contar desde el día en que pudieron ejercitarse. Artículo 23 de la Ley.

ARTÍCULO 16. COMUNICACIONES

- a. A efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro cuando el asegurado solicita la prestación del servicio.
- b. En caso de incumplimiento, el asegurador puede reclamar daños y perjuicios por la falta de declaración, salvo que haya tenido conocimiento del siniestro por otro medio; todo esto de acuerdo con el artículo 16 de la Ley.
- c. Las comunicaciones efectuadas al asegurador por el tomador o el asegurado se realizarán en el domicilio social que señala la póliza. Las comunicaciones realizadas por un corredor de seguros al asegurador en nombre de tomador tendrán los mismos efectos que si las hubiera hecho el mismo tomador y/o asegurado, de acuerdo con el Artículo 21 de la Ley.
- d. Las comunicaciones y el pago de las primas que se realicen a las delegaciones, sucursales, oficinas del asegurador o a un agente de la misma surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a este.
- e. Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro o al asegurado, se realizarán en el domicilio que conste en la póliza salvo que hubieren notificado otro.
- f. De conformidad con el Artículo 5 de la Ley, el contrato de seguro y sus anexos o suplementos, así como sus modificaciones, se formalizarán por escrito en papel o en cualquier otro soporte duradero según lo previsto en la Disposición Adicional Primera de la misma Ley.

ARTÍCULO 17. ARBITRAJE

Para la solución de cualquier cuestión litigiosa derivada del presente contrato, las partes podrán someterse al arbitraje institucional del Tribunal Arbitral de Barcelona encomendando al mismo la designación de árbitros y administración del arbitraje, así como obligándose a cumplir la decisión arbitral.

ARTÍCULO 18. JURISDICCIÓN COMPETENTE

Este contrato queda sometido a la jurisdicción española y será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del tomador o el asegurado, y será nulo cualquier pacto en contra, según disposición del Artículo 24 de la Ley.

ARTÍCULO 19. LIBRO DE RECLAMACIONES

19.1. CLINICUM, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente, dispone de un Servicio/Departamento de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse los Tomadores, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o causahabientes de cualquiera de los anteriores para presentar sus quejas y reclamaciones. Para ello CLINICUM pone a su disposición impresos para la formulación de cualquier desacuerdo.

19.2. Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al SAC por cualquiera de los siguientes medios:

- a) Personalmente en la oficina principal de CLÍNICUM, Passeig de Gràcia, 121 (BCN)
- b) Por correo postal remitido a Passeig de Gràcia, 121 – 08008 Barcelona
- c) Por correo electrónico a la dirección at.cliente@clinicum.es

19.3. El SAC acusará recibo por escrito de las mismas y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de presentación de la queja o reclamación.

19.4 En segunda instancia, y tras el pronunciamiento del Departamento de Atención al Cliente, los asegurados podrán presentar ante el Defensor del Cliente las reclamaciones o quejas derivadas de los contratos de seguro, en relación con la actuación de la entidad aseguradora y su equipo de ventas, que se seguirá por los trámites previstos en el Reglamento del Defensor del Cliente de Clínicum, resolviéndose en el plazo máximo de dos meses. La reclamación o queja pueden presentarse a través del SAC o directamente al Defensor (teléfono + 34 93 342 97 31 y correo electrónico a la dirección juridico@defensasegurado.org).

19.5 Finalmente, los interesados podrán interponer reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el SAC o Defensor del Cliente en su caso sin que este la hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición a través de la página web de la Dirección General de Seguros: <http://www.dgsfp.mineco.es/es/Consumidor/Reclamaciones/Paginas/InformacionProcedimiento.aspx>

19.6 También es competente para resolver quejas y reclamaciones en materia sanitaria la Dirección General de Recursos Sanitarios del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya por cualquiera de los siguientes medios:

- a) Personalmente en la oficina situada en Travessera de les Corts, 131-159 – Pavelló Ave Maria, 08028, Barcelona.
- b) Por teléfono al número + 34 93 227 29 00.
- c) Por correo electrónico a la dirección dgors.salut@gencat.cat

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

- Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero
- Real Decreto 303/2004, de 20 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros.
- Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de entidades financieras.

18.7. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria según el Artículo 24 de la Ley.

ARTÍCULO 20. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

RESPONSABLE DEL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES

CLÍNICUM SEGUROS, S.A. (“la Entidad Aseguradora”)

NIF: A08169690

Dirección Postal: Passeig de Gracia, 121. 08008 Barcelona

Teléfono: 93 237 11 22

Correo electrónico: info@clanicum.es

Contacto del Delegado de Protección de Datos: dpo@datax.es

FINALIDADES DE LOS TRATAMIENTOS NECESARIOS PARA LA FORMALIZACIÓN, DESARROLLO Y EJECUCIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro

La Entidad Aseguradora podrá tratar sus datos personales facilitados durante la vigencia del contrato de seguro, ya se obtengan vía conversaciones telefónicas mantenidas con la misma (en las cuales se le solicita el consentimiento para poder ser grabadas), correo electrónico, sms o medios equivalentes, con todas o algunas de las siguientes finalidades: para la valoración, selección y tarificación de riesgos; la formalización y gestión del contrato de seguro así como garantizar el pleno cumplimiento de las obligaciones establecidas en la normativa de seguros vigente en cada momento; la realización de tests de idoneidad y conveniencia; la gestión de la póliza (modificaciones, información bancaria, ampliaciones coberturas, etc.); la peritación de daños y liquidación de siniestros (en algunos casos, con datos de salud en los que se le solicitará su consentimiento); la comunicación de sus datos a otros terceros para la prestación de servicios al asegurado relacionados con el contrato de seguro (en algunos casos, con datos de salud); el intercambio de información con su mediador de seguros; la gestión de quejas y reclamaciones; la elaboración de perfiles con fines actuariales, análisis de mercado y perfiles comerciales sin decisiones automatizadas; el registro de pólizas, siniestros, provisiones técnicas e inversiones; la cesión de información entre empresas del mismo grupo para el cumplimiento de obligaciones de supervisión y para la gestión centralizada de recursos administrativos internos e informáticos compartidos; de coaseguro y reaseguro; la cesión a otras entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador con fines de colaboración estadístico-actuarial o para la prevención del fraude; la externalización de servicios relacionados con la actividad aseguradora; cesiones de cartera, fusiones, escisiones, transformaciones, y análogos; envío de sus claves personales e intransferibles de acceso que, en su caso, le correspondan para poder consultar, a través de cualquier medio que la entidad ponga a su disposición, informaciones de todo tipo relacionadas con los contratos de seguro suscritos con la Entidad Aseguradora, incluso los datos bancarios o financieros y, en su caso, los relativos a la salud, o para poder suscribir o modificar productos, cumpliendo los correspondientes requisitos.

En caso de que haya facilitado a la Entidad Aseguradora datos personales de salud, los mismos serán tratados, además, para la determinación de la asistencia sanitaria y la indemnización, el adecuado abono a los prestadores sanitarios, reintegro al asegurado o beneficiario de los gastos de asistencia sanitarios.

FINALIDADES DE LOS TRATAMIENTOS RELACIONADAS CON MARKETING, PUBLICIDAD Y OTRAS ACCIONES COMERCIALES

Envío de boletines electrónicos y de publicidad propia

La Entidad Aseguradora podrá enviarle boletines electrónicos y comunicaciones comerciales a través de cualquier medio, incluidos los telemáticos (correo electrónico, SMS, fax, redes sociales, llamadas telefónicas, aplicaciones móviles, o análogos) sobre productos aseguradores propios, así como realizar acciones de fidelización relacionadas con los productos contratados (llamadas de felicitación, envío de regalos, llamadas de satisfacción u análogos).

Envío de boletines electrónicos y de publicidad de empresas del grupo y/o de terceras empresas

Siempre que haya prestado su consentimiento, la Entidad Aseguradora podrá enviarle a través de cualquier medio, incluidos los telemáticos (correo electrónico, SMS, fax, redes sociales, llamadas telefónicas, aplicaciones móviles, o análogos):

- Boletines electrónicos y comunicaciones comerciales sobre productos o servicios de las sociedades del Grupo (consultables en www.clinicum.es).
- Comunicaciones comerciales sobre productos o servicios de terceras empresas de los sectores asegurador, financiero, gran consumo, ocio, telecomunicaciones, tecnología y automoción, con las que la Entidad Aseguradora concluya acuerdos de colaboración en beneficio de sus asegurados.

LEGITIMACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS PERSONALES

La ejecución de la póliza de seguro.

Cumplimiento de obligaciones legales

La licitud del tratamiento fundada en el cumplimiento de obligaciones legales se ampara principalmente en la siguiente normativa: Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS); Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (LOSSEAR); Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (RDOSSEAR); Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros (Ley de Mediación); Directiva UE 2016/97 sobre la Distribución de Seguros (DDS); Reglamento Delegado (UE) 2015/35 de la Comisión, de 10 de octubre de 2014, por el que se contempla la Directiva 2009/138/CE, así como los reglamentos comunitarios de ejecución de solvencia II; Real Decreto 304/2014 por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 10/2010 de Prevención del Blanqueo de Capitales y de la Financiación del Terrorismo; Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre Comercialización a Distancia de Servicios Financieros Destinados a los Consumidores; Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico; Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos; y normativa que pueda sustituirla o ser de aplicación complementaria en un futuro.

Interés legítimo

Envío de boletines electrónicos y de comunicaciones comerciales (a través de cualquiera de los medios informados) sobre productos aseguradores propios de la Entidad Aseguradora; realización de acciones de fidelización.

Consentimiento

Envío de boletines electrónicos y comunicaciones comerciales (a través de cualquiera de los medios indicados) de las sociedades del Grupo consultables en www.clinicum.es y de comunicaciones comerciales de terceras empresas de los sectores informados.

PLAZOS DE CONSERVACIÓN

Los datos personales proporcionados se conservarán y tratarán durante toda la vigencia de la póliza de seguro con las finalidades informadas y, al vencimiento de la misma, serán conservados (bloqueados) durante los plazos de prescripción de las obligaciones legales exigibles a la Entidad Aseguradora conforme a la normativa vigente en cada momento.

Una vez vencidos los referidos plazos de prescripción de obligaciones legales, sus datos serán suprimidos.

DESTINATARIOS DE SUS DATOS PERSONALES

Entidades coaseguradoras y reaseguradoras de la Entidad Aseguradora; prestadores de servicio que actúan como encargados de tratamiento de datos de la Entidad Aseguradora; organismos públicos y autoridades competentes en general; entidades del Grupo consultables en www.clinicum.es para finalidades relacionadas con el cumplimiento de obligaciones de supervisión o de gestión centralizada de recursos administrativos internos e informáticos.

DERECHOS

El interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación del tratamiento, así como revocar en cualquier momento el consentimiento prestado, mediante escrito dirigido a la Entidad Aseguradora, junto con un documento oficial que le identifique, por correo postal a Passeig de Gracia, 121. 08008 Barcelona, o bien a la dirección de correo electrónico info@clinicum.es.

En caso de tener cualquier cuestión relacionada con el tratamiento de sus datos personales y el ejercicio de los derechos reconocidos, el interesado podrá dirigirse al Delegado de Protección de Datos de la Entidad Aseguradora mediante escrito, acompañado de un documento oficial que le identifique, dirigido a su atención a la dirección postal de la Entidad Aseguradora indicada, o bien a la dirección de correo electrónico dpo@datax.es

Le informamos, asimismo, del derecho que asiste al interesado a presentar reclamación ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: C/ Jorge Juan, 6. 28001 Madrid www.agpd.es).

ANEXO I: DESCRIPCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS

1. MEDICINA PRIMARIA

- MEDICINA GENERAL. Asistencia en consultorio y a domicilio.
- PEDIATRÍA y PUERICULTURA. Para niños menores de catorce años. Asistencia domiciliaria y en consultorio, según disponibilidad de población.
- UNIDAD DE LACTANCIA. En el Centro Médico Clínicum.
- ENFERMERÍA. Servicio de ATS/DUE. En consultorio.

2. URGENCIAS

SERVICIO PERMANENTE DE URGENCIA, que se prestará en los centros que constan en el cuadro médico de Clínicum, los que se dan a conocer en la tarjeta magnética del asegurado o en las comunicaciones que oportunamente envíe la compañía. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera, prestada por médico generalista y/o ATS y según disponibilidad en la población.

3. SERVICIO DE URGENCIAS A LOS ASEGURADOS TEMPORALMENTE DESPLAZADOS

Los asegurados que eventualmente se encuentren fuera de su provincia de residencia habitual, recibirán asistencia, tanto médica como quirúrgica, con arreglo a las condiciones de la póliza suscrita, en relación a la totalidad de los servicios básicos y prestaciones complementarias que tuviesen garantizados y que fuese necesario y factible serles prestados, en casos única y exclusivamente de urgencia, en la capital de provincia más próxima.

4. ESPECIALIDADES

Sin periodos de carencia para visitas en consulta de cada especialidad y con un periodo de carencia de 6 meses para los tratamientos, pruebas diagnósticas en consulta e intervenciones quirúrgicas de cada especialidad.

- ALERGOLOGÍA
- ANATOMÍA PATOLÓGICA
- ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN. Toda clase de anestésicos prescritos por el médico de la entidad.
- ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR. **Cobertura de radiofrecuencia hasta un máximo de 300 € por intervención quirúrgica.**
- APARATO DIGESTIVO
- CARDIOLOGÍA
- CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA HEMODINÁMICA
- CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
- CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA. **Botón para gastrostomía y mallas de prolene. Hasta 2.500 € por proceso. Carencia 24 meses.**
- CIRUGÍA MAXILOFACIAL
- CIRUGÍA PEDIÁTRICA
- CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA. **Incluye únicamente la cirugía necesaria como consecuencia de un accidente o enfermedad cubierto por la póliza y para la reparación del daño causado. Excluyendo la cirugía puramente estética.**



- CIRUGÍA TORÁCICA
- CLÍNICA DEL DOLOR. **Radiofrecuencia hasta un máximo de 300 € por intervención quirúrgica.**
- COLOPROCTOLOGÍA. **Incluye el tratamiento quirúrgico ambulatorio de hemorroides.**
- DERMATOLOGÍA O DERMOVENERELOGÍA
- ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
- GERIATRÍA
- GINECOLOGÍA
- HEMATOLOGÍA
- MEDICINA INTERNA
- MEDICINA NUCLEAR
- MICROAUDIOCIRUGÍA. Cirugía funcional del oído y timpanoplastias.
- NEFROLOGÍA
- NEUMOLOGÍA
- NEUROCIRUGÍA CENTRAL Y PERIFÉRICA
- NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA
- NEUROLOGÍA
- OFTALMOLOGÍA. Corrección quirúrgica de la miopía, no por motivos estéticos y trasplante de córnea.
- ONCOLOGÍA MÉDICA. Incluye el tratamiento oncológico descrito en estas condiciones generales.
- OTORRINOLARINGOLOGÍA. **Cobertura de radiofrecuencia hasta un máximo de 300 € por intervención quirúrgica. Tubos de drenaje con un coste límite de 100 €. Carencia 10 meses.**
- PODOLOGÍA
- PROCTOLOGÍA
- PSIQUIATRÍA. Incluye el tratamiento de enfermedades mentales y nerviosas bajo prescripción de un facultativo de la entidad. Queda excluido de esta cobertura todo lo relacionado con la psicología: psicoanálisis, hipnosis y test psicológico. No queda bajo cobertura de esta especialidad las sesiones de psicoterapia de cualquier tipo, cuya cobertura queda especificada en el apartado de tratamientos.
- REUMATOLOGÍA
- TRAUMATOLOGÍA y ORTOPEDIA
- UROLOGÍA

5. MEDICINA PREVENTIVA

Quedan incluidos las visitas y controles preventivos, adecuados a la edad del asegurado, prescritos por un médico adscrito al cuadro médico de CLINICUM, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la póliza. Las pruebas diagnósticas que se efectúen quedaran sujetas a los respectivos periodos de carencia que se especifican en el anexo I descripción y utilización de los servicios médicos.

- PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA. Revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE PRÓSTATA. Ecografía prostática a partir de 45 años.

- PROGRAMA DE VALORACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR. Incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.
- PROGRAMA DE CHEQUEO OPTOMÉTRICO ANUAL. Cobertura de graduación de la vista y presión intraocular.
- PROGRAMA DE CHEQUEO AUDITIVO
- PROGRAMA DE VACUNACIÓN PEDIÁTRICA. El coste de las vacunas será a cargo del asegurado.
- PROGRAMA DE CONTROL DE MEDICINA GENERAL. Examen del paciente y control analítico.
- DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE PATOLOGÍA MAMARIA. Unidades especializadas en la pronta detección de dolencias mamarias.

6. ATENCIÓN A LA MUJER

- UNIDAD DE MENOPAUSIA. Seguimiento de la mujer en dicho periodo. Cobertura de 15 sesiones anuales.
- RECUPERACIÓN DE SUELO PÉLVICO. Cobertura de 10 sesiones anuales. Tras prescripción facultativa.

7. MEDIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO

Previa prescripción de un médico de la entidad acreditado para cada caso. Todas las pruebas diagnósticas sujetas a periodo de carencia requieren autorización de Clínicum. Esta cobertura comprende todos los medios de diagnóstico reconocidos por la práctica médica por parte de la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica en el momento de suscripción de la póliza por el asegurado. Incluye también los contrastes necesarios.

- ALERGOLOGÍA
 - o Todas las pruebas diagnósticas con periodo de carencia de 6 meses.
- ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIOLÓGICOS:
 - o Sin periodo de carencia: determinaciones en análisis simples.
 - o Con periodo de carencia de 6 meses: inmunología, determinaciones metabólicas, microbiología y dosificaciones de fármacos.
 - o Con periodo de carencia de 18 meses: cariotipos.
 - o **Se excluyen análisis genéticos.**
- ANATOMÍA PATOLÓGICA:
 - o Sin periodo de carencia: citología vaginal y biopsias en toma de muestra cutánea en consulta de especialista
- ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR:
 - o Todas las pruebas diagnósticas con periodo de carencia de 6 meses.
- APARATO DIGESTIVO Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA
 - o Todas las pruebas diagnósticas con periodo de de 6 meses.
- APARATO RESPIRATORIO (Neumología):
 - o Sin periodo de carencia: difusión, espirometría, test broncodilatador, test de hidrógeno aspirado y volúmenes.
 - o Resto de pruebas diagnósticas con periodo de carencia de 6 meses.
- CARDIOLOGÍA:
 - o Sin periodo de carencia: Electrocardiograma (en consulta y a domicilio).
 - o Resto de pruebas diagnósticas con período de carencia 6 meses.



- CIRUGÍA GENERAL:
 - o Sin periodo de carencia: toma de biopsia en consultorio.
- DERMATOLOGÍA
 - o Sin periodo de carencia: ecografía cutánea y toma de biopsia cutánea en consultorio
 - o Resto de pruebas diagnósticas con periodo de carencia de 6 meses.
 - o **Microscopía por Epiluminiscencia limitada a una al año.**
- DIAGNÓSTICO POR IMAGEN:
 - o Sin periodo de carencia: radiología simple, radiología contrastada y ecografía simple.
 - o RMN, TAC y resto de pruebas de diagnóstico por imagen con periodo de carencia de 6 meses.
 - o **TAC CBCT (TAC Dental de haz cónico) exclusivamente para patología maxilofacial en cobertura y con el límite de 3 anuales.**
- ESTUDIO DE LA MARCHA
 - o Sin periodo de carencia. **Exclusivamente bajo prescripción de podólogo adscrito al cuadro médico de la entidad expresamente acreditado. Limitada a una cada dos años.**
- GINECOLOGÍA
 - o Sin periodo de carencia: citología vaginal, colposcopia, ecografía ginecológica, ecografía mamaria, mamografía.
 - o Con periodo de carencia de 6 meses: densitometría.
- MEDICINA NUCLEAR:
 - o Todas las pruebas diagnósticas con periodo de carencia de 6 meses.
- NEUROLOGÍA Y NEUROFISIOLOGÍA:
 - o Todas las pruebas diagnósticas con periodo de carencia de 6 meses.
- OFTALMOLOGÍA
 - o Sin periodo de carencia: biometría ocular, campimetría, dacriocistografía, ecografía ocular, electrooculograma, electronistagmografía, electroretinografía, fluoresceingrafía, GDX, gonioscopia, OCT, retinografía, Test de Lancaster, Test de mirada preferencial y topografía corneal computerizada.
 - o Resto de pruebas diagnósticas con período de carencia 6 meses.
- OTORRINOLARINGOLOGÍA:
 - o Sin periodo de carencia: audiometría, estroboscopia laríngea, exploración microotoscópica, exploración vestibular, fibroendoscopia nasal, impedanciometría, otoemisiones acústicas, potenciales evocados auditivos y rinomanometría.
 - o Resto de pruebas diagnósticas con período de carencia 6 meses.
- REUMATOLOGÍA:
 - o Con periodo de carencia 6 meses: capilaroscopia y densitometría
- TRAUMATOLOGÍA:
 - o Sin periodo de carencia: ecografía muscular y articular.
 - o Resto de pruebas diagnósticas con periodo de carencia 6 meses.

- UROLOGÍA:

- Sin periodo de carencia: flujometría, Urodinamia y ecografía urológica con y sin contraste.
- Resto de pruebas diagnósticas con periodo de carencia de 6 meses.
- **Biopsia- Fusión Prostática. En cobertura exclusivamente para lesiones tumorales de próstata con alta sospecha de malignidad.**

La inclusión en cobertura de cualquier otro medio de diagnóstico no especificado anteriormente ha de ser reconocido por la práctica médica por parte de la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica en el momento de suscripción de la póliza por el asegurado y tendrá un periodo de carencia de 6 meses.

8. TRATAMIENTOS

Todos los tratamientos sujetos a periodo de carencia requieren autorización de Clínicum. Los tratamientos serán prestados en los centros designados por la entidad, en cada caso, previa prescripción de un médico especialista del cuadro facultativo de Clínicum, hasta la resolución clínica de la sintomatología causada por el proceso, o hasta conseguir la recuperación funcional, o el máximo posible de la misma, y con un periodo de carencia de 6 meses con las excepciones y limitaciones que en cada caso se especifican:

- ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR:
 - **RADIOFRECUENCIA EN TRATAMIENTO DE VARICES. Con límite de 300 € por sesión.**
- CLÍNICA DEL DOLOR
 - **RIZOLISIS / RADIOFRECUENCIA. Hasta 300 € por intervención.**
- LOGOFONIATRÍA Y LOGOPEDIA
 - **LOGOFONIATRÍA: Para procesos de recuperación postquirúrgica. Límite de 30 sesiones anuales**
 - LOGOPEDIA: Con franquicia por parte del asegurado..
- OFTALMOLOGÍA
 - **ORTÓPTICA (movilidad ocular). 10 sesiones anuales.**
- OTORRINOLARINGOLOGÍA:
 - **RADIOFRECUENCIA EN CIRUGIA DE AMIGDALAS / ADENOIDES. Hasta 300€ por intervención.**
- PODOLOGÍA:
 - **TRATAMIENTOS DE QUIROPODIA. Límite de 6 sesiones anuales.**
- PSICOTERAPIA:
 - SESIONES DE PSICOTERAPIA. Con franquicia por parte del asegurado. Sin periodo de carencia.
- RADIOTERAPIA Y QUIMIOTERAPIA. Carencia de 10 meses.
- REHABILITACIÓN:
 - **FISIOTERAPIA Y REEDUCACIÓN FUNCIONAL. Sesiones de Rehabilitación y fisioterapia en consultorio exclusivamente para procesos postraumáticos y postquirúrgicos. 30 sesiones por proceso y año. Incluye tratamientos con MAGNETOTERAPIA y ELECTRORRADIOTERAPIA.**
- REHABILITACIÓN CARDÍACA:
 - REHABILITACIÓN CARDÍACA POSTINFARTO. Programa de rehabilitación cardíaca exclusivamente en centros específicamente concertados y solo para

pacientes que hayan sufrido un Infarto Agudo de Miocardio diagnosticado como máximo tres meses antes del inicio del programa.

- REHABILITACIÓN SUELO PÉLVICO:
 - o **ELECTROESTIMULACIÓN DE SUELO PÉLVICO. 10 sesiones anuales. Indicado en patología de la incontinencia urinaria y/o anal, tanto en hombres como en mujeres**

- TRATAMIENTO CON ÁCIDO HIALURÓNICO:

Solo en intervenciones quirúrgicas. El coste de la medicación necesaria será por cuenta del asegurado..

- TRATAMIENTO ONCOLÓGICO:

Con periodo de carencia de 10 meses. Comprende:

- a. La primera visita, visitas de seguimiento médico y el tratamiento a cargo de especialistas en oncología médica adscritos al cuadro médico, siempre que se aplique en centros asistenciales y exclusivamente en régimen de hospitalización o de hospital de día oncológico.
- b. Quimioterapia oncológica: Siempre bajo autorización expresa de la compañía. Incluye la medicación quimioterápica de conformidad a la ficha técnica del producto y aprobada por las agencias reguladoras o guías oncológicas acreditadas por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica, cuya administración sea intravenosa, subcutánea o intramuscular. También se incluyen las instilaciones intravesicales en los tumores superficiales de vejiga urinaria, siempre y cuando sean prescritas por especialistas en oncología médica adscritos al cuadro médico.
- c. Quedan cubiertos los tratamientos especificados en el punto anterior exclusivamente cuando sean prescritos por los especialistas en oncología médica adscritos al cuadro médico y se administren en los centros concertados que estén expresamente autorizados por la compañía.
- d. Es objeto de cobertura el coste del Port-a-Cath para administración de quimioterapia.
- e. Los tratamientos con anticuerpos monoclonales, dianas terapéuticas e inmunoterapia requerirán en cada caso una autorización específica de la compañía. Para ello, será necesario un informe médico que lo justifique que deberá cumplir siempre con las especificaciones de la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica. Quedan excluidos los nuevos tratamientos que excedan de un coste por AVAC superior a 35.000 euros (coste analizado por agencias de evaluación sanitaria de reconocido prestigio -NICE o red EUnetha-). En caso de no presentar este informe, lo realizará la propia compañía.
- f. No son objeto de cobertura la quimioterapia intraperitoneal o intraoperatoria (HIPEC).
- g. Quedan excluidos de cobertura los tratamientos de uso compasivo no aprobados por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica, la hormonoterapia, cualquier fármaco por vía oral y la terapia celular (CAR-T y 32 sus evoluciones), o con vacunas y autovacunas de todo tipo, y los extractos en caso de procesos alérgicos. También quedan excluidos los factores estimuladores del crecimiento de leucocitos, otros medicamentos adyuvantes, y cualquier tratamiento no comercializado en España antes de la firma de las condiciones de la póliza.
- h. Quedan excluidos de cobertura los tratamientos que formen parte de un ensayo clínico y/o experimental, los tratamientos no reconocidos científicamente por las Guías Oncológicas acreditadas por la Agencia de Evaluación Tecnológica e Investigación Médica y los tratamientos de trasplante de médula ósea.

- i. Quedan excluidos aquellos tratamientos derivados de procesos oncológicos diagnosticados con anterioridad al 1 de enero de 2019, fecha de entrada en vigor de esta cobertura en las condiciones generales de la póliza.
- j. Quedan excluidos aquellos tratamientos derivados de procesos oncológicos diagnosticados con anterioridad al 1 de enero de 2019, fecha de entrada en vigor de esta cobertura en las condiciones generales de la póliza.
- TRATAMIENTOS VÍA PARENTERAL:
 - o Nutrición parenteral. Exclusivamente en procesos hospitalarios que lo requieran.
 - o Transfusiones de sangre / plasma / plaquetas. Exclusivamente en procesos hospitalarios que lo requieran.
 - o TRATAMIENTO CON HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DÍA EN ANEMIAS FERROPÉNICAS. El coste de la medicación necesaria será por cuenta del asegurado.
- UROLOGÍA:
 - o LITOTRIZIA por LITIASIS RENAL. Tratamiento de los cálculos renales por ondas de choque en habitación individual con cama de acompañante.
 - o Tratamiento mediante lasertricia en litiasis ureteral obstructiva aguda.

9. HOSPITALIZACIONES

9.1. HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA

Las intervenciones quirúrgicas cuya índole así lo requiera y que practiquen médicos de la entidad, se realizarán en clínicas designadas por la entidad en las que el enfermo tendrá derecho a habitación individual y en que la entidad correrá con el gasto de la estancia, la manutención, las curas y su material, así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y los medicamentos empleados en él y durante la estancia. La misma asistencia tendrán los partos diagnosticados como distócicos o prematuros. Sin límite de días.

Carencia de 6 meses excepto en caso de urgencia vital.

9.2. HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y UNIDAD CORONARIA (UCI) POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Se realizarán en clínicas designadas por la entidad. Se producirá por el tiempo que estime necesario el jefe de la unidad, que vendrá obligado a informar por escrito de los criterios seguidos en caso de ser solicitado por el asegurado. Comprende el coste del internamiento en la unidad correspondiente, todos los gastos asistenciales y de material que se produzcan, así como los honorarios del personal facultativo que intervenga. Sin límite de días.

Carencia de 6 meses excepto en caso de urgencia vital.

9.3. HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

Hospitalización por tratamiento médico y pediátrico para casos no quirúrgicos. **Estancia máxima 15 días por proceso y año, con medicación.**

Cama para acompañante en la hospitalización médica, **estancia máxima 15 días.** Manutención, incluida la de acompañante **hasta un máximo de 3 días** en ingresos pediátricos de 0 a 5 años.

Cobertura: aquellas enfermedades médicas que tras su diagnóstico por el personal facultativo de la compañía requieran hospitalización e internamiento clínico, y en todo caso los diagnósticos de neoplasias, deshidrataciones, afecciones de meninges, mielopatías, hemorragias internas, afecciones respiratorias agudas, hiperglucemias y accidentes vasculares cerebrales.

Exclusiones: se excluye la hospitalización de enfermedades de curso crónico, periodos de convalecencia, terminales, los que se produzcan por intoxicaciones voluntarias, los derivados directa o indirectamente por el consumo de alcohol, y cualquier drogodependencia e internamientos fundados por tema social.

Quedan excluidos de la contratación de esta garantía los mayores de 60 años de edad actuarial.

Carencia de 6 meses excepto en caso de urgencia vital.

9.4. HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

El ingreso será prescrito por un médico de la entidad, así como el internamiento, en un centro especializado designado por la compañía. Comprenderá los gastos de estancia, la medicación y los tratamientos médicos necesarios incluidos en la póliza. Solo se facilitará para el tratamiento de los brotes agudos que no sean de enfermos crónicos, **quedando la permanencia limitada a un periodo máximo de 15 días por año.**

Exclusiones: se excluyen enfermedades anteriores a la contratación de la póliza, las derivadas de adicciones y/o accidentes y terapias de grupo, psicoanálisis e hipnosis. La cobertura se extenderá hasta la fecha del alta determinada por el médico de Clínicum responsable de la asistencia. **No se incluye la cama de acompañante por las características del mismo.**

Carencia de 6 meses.

9.5. HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y UNIDAD CORONARIA (UCI) POR ENFERMEDAD

Cobertura: los gastos de hospitalización, medicación y tratamientos necesarios incluidos en la póliza serán por cuenta de la entidad, en caso de situaciones clínicas o enfermedades agudas y hasta poder trasladar el enfermo a otras unidades de hospitalización ordinaria, **quedando la permanencia limitada a un periodo de 10 días por proceso y año.**

Exclusiones: se excluye la cobertura de la estancia en UCI a partir de que el procedimiento o situación clínica del paciente sea diagnosticada de irreversible (p. ej.: coma cerebral y vegetativo persistente o permanente y otras) y/o la asistencia en UCI tenga la exclusiva finalidad de facilitar medidas de soporte o de mantenimiento al paciente, las afecciones crónicas en procesos no agudos, los que se produzcan por intoxicaciones voluntarias, los procesos terminales e internamientos fundados en problemas de tipo social.

10. OTROS SERVICIOS INCLUIDOS

10.1. AMBULANCIA

Bajo prescripción de un facultativo de la entidad. **Solo para casos urgentes o altas hospitalarias con inmovilización.**

10.2. ASISTENTE SOCIAL

Clínicum pone a su disposición la figura del asistente social. Esta persona se ocupa de asesorar los recursos disponibles tanto en asistencia domiciliaria como en centros de internamiento geriátrico tanto de la red pública y privada.

10.3. ORIENTACIÓN SOCIAL A MAYORES Y DEPENDIENTES

Orientar y proporcionar asesoramiento especializado delante de situaciones de necesidad de un recurso sociosanitario y/o social a las personas mayores o familiares que tengan una

persona de estas edades a su cargo: Consultoría social, Recursos Residenciales, Atención a domicilio y Teleasistencia.

10.4. PSICOLOGÍA

Con franquicia por parte del asegurado. Derechos inmediatos.

10.5. AYUDA EN PRÓTESIS CAPILARES EN PROCESOS ONCOLÓGICOS

Hasta 500 € por proceso oncológico. Carencia de 10 meses.

10.6. SEGUNDA OPINIÓN DE DIAGNÓSTICO

Se garantiza la obtención de un informe médico de segunda opinión de diagnóstico para todos aquellos casos que la dirección médica de la entidad lo estime oportuno.

La dirección médica de Clínicum, confeccionará el historial médico del asegurado y una vez analizado dependiendo de la patología que se trate, enviará el citado informe a una de las clínicas designadas.

Una vez remitido el informe, la dirección médica de Clínicum con la debida confidencialidad, comunicará al paciente los resultados de la interconsulta y las posibles alternativas a seguir. Las clínicas designadas serán en función de las diversas patologías.

Carencia de 6 meses.

10.7. PORTAL MÉDICO ONLINE

A través de nuestra web www.clinicum.es los asegurados tienen a su disposición:

- Cuadro médico actualizado: www.clinicum.es/cuadro-medico/
- Cita online en Centro Médico Clínicum: servicios.clinicum.es/citaonline/
- Servicio de Videoconsulta: globalcareondemand.com/clinicum

10.8. PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y ASESORAMIENTO EN ENFERMEDADES GRAVES

Ante el diagnóstico o presunción de enfermedad grave, dar asesoramiento y coordinación médica entre las distintas especialidades.

10.9. PROTECCIÓN A LA FAMILIA

Exclusivamente para los beneficiarios de la misma póliza que el fallecido. **12 meses de cuota gratuita para los beneficiarios en caso de muerte por accidente del tomador del seguro de la póliza.**

10.10. REVISIÓN MÉDICA RENOVACIÓN PERMISO DE CONDUCIR

Siempre con la autorización previa de Clínicum, la cobertura alcanza a la Revisión Médica para la renovación del permiso de conducir, exclusivamente para las modalidades de coche y moto y exclusivamente en territorio español.

No quedan bajo cobertura las revisiones médicas para otros permisos de conducir (camión, grúa o especiales) ni para otras modalidades como navegación, armas o cualquier otro que no sea el de renovación de coche o moto.

Incluye exclusivamente la revisión médica. No quedan bajo cobertura las tasas e impuestos de la administración ni cualquier otro servicio que no sea la revisión médica en toda su extensión. Comprende todos aquellos actos asistenciales y servicios médicos que la

legislación contemple en cada momento para la obtención de la renovación del permiso de conducir.

La cobertura hace referencia exclusivamente a la revisión médica necesaria para la renovación del permiso de conducir. En ningún caso queda bajo cobertura la revisión médica para la obtención del permiso de conducir.

Queda limitado a la periodicidad necesaria que en cada momento indique la legislación al respecto.

Sin periodo de carencia.

10.11. CLUB CLÍNICUM

Un servicio que nace para dar respuesta a todas aquellas peticiones por parte de nuestros asegurados por temas complementarios al seguro de asistencia médica y relacionada con la salud (cirugía estética, balnearios, medicina estética, cirugía refractiva, etc.).

Con su tarjeta de asegurado/a, podrá acceder a nuestra guía de servicios concertados con unos descuentos preferentes y exclusivos por ser miembro de nuestro Club. Deberán previamente ponerse en contacto con Clínicum para solicitar el **VALE DE DESCUENTO** del proveedor solicitado, pueden hacerlo por correo electrónico (clubsalut@clinicum.es), llamando al 93 237 11 22 o bien en nuestras oficinas de Passeig de Gràcia, 12

ANEXO II: ASISTENCIA EN VIAJE EN ESPAÑA Y EN EL EXTRANJERO

SEGURO DE ASISTENCIA URGENTE EN VIAJE A LAS PERSONAS

Disposiciones previas

1. ASEGURADOS

Beneficiarios del seguro de asistencia sanitaria de Clínicum Seguros, S.A.

2. DURACIÓN

Su duración va ligada a la del seguro de asistencia sanitaria de Clínicum Seguros, S.A.

3. VALIDEZ TEMPORAL

Para beneficiarse de las garantías cubiertas el asegurado debe residir en España y su tiempo de permanencia fuera de su residencia habitual no deberá exceder de **90 días**, por viaje o desplazamiento.

4. ÁMBITO DE COBERTURA

Las prestaciones amparadas por esta póliza tendrán lugar cuando el asegurado se encuentre fuera de la comunidad autónoma donde reside habitualmente, o en el ámbito territorial indicado explícitamente en cada una de las garantías.

Quedan excluidos de las coberturas de la presente póliza aquellos países que durante el viaje o desplazamiento del asegurado se hallen en estado de guerra o de sitio, insurrección o conflicto bélico de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente. Se excluyen también los países expuestos a cualquier sanción, prohibición o restricción en virtud de las resoluciones emitidas por las Naciones Unidas. Asimismo, también quedan excluidos países con sanciones comerciales, económicas, leyes o regulaciones de la Unión Europea o de los Estados Unidos de América. Para más detalle puede visitar las siguientes páginas:

<https://www.un.org/securitycouncil/sanctions/information>

<https://sanctionsmap.eu/#/main>

<https://www.treasury.gov/resource-center/sanctions/Pages/default.aspx>

Queda expresamente convenido que las obligaciones del asegurador derivadas de la cobertura de esta póliza finalizan en el instante en que el asegurado haya regresado a su domicilio habitual, o haya sido ingresado en un centro sanitario situado como máximo a 25 km de distancia del citado domicilio (12 km en las Islas Baleares y Canarias).

5. GARANTÍAS

5.1. Asistencia médica y sanitaria

El asegurador tomará a su cargo los gastos correspondientes a la intervención de los profesionales y establecimientos sanitarios requeridos para la atención del asegurado,

enfermo o herido. Quedan expresamente incluidos, sin que la enumeración tenga carácter limitativo, los siguientes servicios:

- a. Atención por equipos médicos de emergencia y especialistas.
- b. Exámenes médicos complementarios.
- c. Hospitalizaciones, tratamientos e intervenciones quirúrgicas.
- d. Suministro de medicamentos en internado, o reintegro de su costo en lesiones o enfermedades que no requieran hospitalización.
- e. Atención de problemas odontológicos agudos, entendiéndose por tales los que, por infección, dolor o trauma, requieran un tratamiento de urgencia.

El asegurador toma a su cargo los gastos correspondientes a estas prestaciones, hasta un límite por asegurado de **12.000 €**, o su equivalente en moneda local, cuando las mismas tengan lugar en el extranjero. Para el caso de asistencia médica urgente en territorio español, las coberturas son las que se especifican en las condiciones generales de la póliza. Los gastos odontológicos se limitan a **50 €** por urgencia odontológica.

5.2. Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos

En caso de accidente o enfermedad sobrevenida del asegurado, el asegurador se hará cargo de:

- a. Los gastos de traslado en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- b. El control por parte de su equipo médico, en contacto con el médico que atienda al asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.
- c. Los gastos de traslado del herido o enfermo, por el medio de transporte más adecuado, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual.

El medio de transporte utilizado en cada caso se decidirá por el equipo médico del asegurador en función de la urgencia y gravedad del caso. En Europa, podrá incluso utilizarse un avión sanitario especialmente acondicionado.

Si el asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el asegurador se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

5.3. Repatriación o transporte de los demás asegurados desde el extranjero

Cuando en aplicación de la garantía de repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos, se haya repatriado o trasladado, por enfermedad o accidente, a uno de los asegurados y ello impida a su cónyuge, ascendientes o descendientes en primer grado, o hermanos, la continuación del viaje por los medios inicialmente previstos, el asegurador se hará cargo del transporte de los mismos a su domicilio o al lugar de hospitalización.

5.4. Repatriación o transporte de menores o disminuidos desde el extranjero

Si el asegurado repatriado o trasladado en aplicación de la garantía de repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos, viajara en la única compañía de hijos disminuidos o de hijos menores de quince años, el asegurador organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una azafata o de una persona designada por el asegurado, a fin de acompañar a los niños en el regreso a su domicilio.

5.5. Convalecencia en hotel en el extranjero

Si el asegurado enfermo o herido no puede regresar a su domicilio por prescripción médica, el asegurador tomará a su cargo los gastos de hotel motivados por la prórroga de estancia, hasta **100 €** diarios, y por un periodo máximo de **10 días**.

5.6. Repatriación o transporte del asegurado fallecido en el extranjero

En caso de defunción de un asegurado, el asegurador organizará el traslado del cuerpo hasta el lugar de inhumación en España y se hará cargo de los gastos del mismo. En dichos gastos se entenderán incluidos los de acondicionamiento *post mortem* de acuerdo con los requisitos legales.

No estarán comprendidos los gastos de inhumación y ceremonia.

El asegurador tomará a su cargo el regreso a su domicilio de los demás asegurados, cuando estos no pudieran hacerlo por los medios inicialmente previstos.

En el supuesto de que el asegurado no tenga su residencia habitual en España, se le repatriará hasta el lugar de inicio del viaje en España.

5.7. Regreso anticipado desde el extranjero por fallecimiento de un familiar

Si cualquiera de los asegurados debe interrumpir su viaje a causa del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, o hermano, el asegurador tomará a su cargo el transporte, ida y vuelta, en avión (clase turista) o tren (1ª clase), desde el lugar en que se encuentre al de inhumación en España.

Alternativamente a su elección, el asegurado podrá optar por dos billetes de avión (clase turista) o tren (1ª clase), hasta su domicilio habitual.

5.8. Transmisión de mensajes urgentes

El asegurador se hará cargo de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los asegurados, a consecuencia de los siniestros cubiertos por las presentes garantías.

6. EXCLUSIONES

Las garantías concertadas no comprenden:

- a. Las visitas, pruebas y tratamientos de cualquier tipo no urgentes.**
- b. Los hechos voluntariamente causados por el asegurado o aquéllos en que concurra dolo o culpa grave por parte del mismo.**
- c. Las dolencias o enfermedades crónicas preexistentes, así como sus consecuencias, padecidas por el asegurado con anterioridad al inicio del viaje.**
- d. La muerte por suicidio o las lesiones o enfermedades derivadas del intento o producidas intencionadamente por el asegurado a sí mismo, y las derivadas de empresa criminal del asegurado.**
- e. Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión de alcohol, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de similares características.**
- f. Los tratamientos estéticos y el suministro o reposición de audífonos, lentillas, gafas, ortesis y prótesis en general, así como los gastos producidos por partos o embarazos y cualquier tipo de enfermedad mental.**
- g. Las lesiones o enfermedades derivadas de la participación del asegurado en apuestas, competiciones o pruebas deportivas, la práctica del esquí y de cualquier otro tipo de deportes de invierno o de los denominados de aventuras (incluyendo**

el senderismo, trekking y actividades similares), y el rescate de personas en mar, montaña o zonas desérticas.

- h. Los supuestos que dimanen, en forma directa o indirecta, de hechos producidos por energía nuclear, radiaciones radiactivas, catástrofes naturales, acciones bélicas, disturbios o actos terroristas.
- i. Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9 €.

7. PETICIÓN DE ASISTENCIA

Ante la producción de un evento que pueda dar lugar a las prestaciones cubiertas, el asegurado deberá indispensablemente comunicarse con el servicio de urgencia establecido por el asegurador, **teléfono 93 485 74 73, desde España o al teléfono + 34 93 485 74 73** desde el extranjero, indicando: nombre del asegurado, número de póliza, lugar y número de teléfono donde se encuentre y tipo de asistencia que precise; esta comunicación podrá hacerse a cobro revertido.

8. DISPOSICIONES ADICIONALES

El asegurador no asumirá obligación alguna en conexión con prestaciones que no le hayan sido solicitadas o que no hayan sido efectuadas con su acuerdo previo, salvo en casos de fuerza mayor debidamente justificados.

Cuando en la prestación de los servicios no fuera posible la intervención directa del asegurador, este estará obligado a reembolsar al asegurado los gastos debidamente acreditados que deriven de tales servicios, dentro del plazo máximo de 40 días a partir de la presentación de los mismos.

Estas garantías complementarias forman parte integrante de la póliza correspondiente, no teniendo validez separadas de la misma. Las condiciones generales de dicha póliza son de aplicación en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen.

9. SUBROGACIÓN

Hasta la cuantía de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones derivadas de la presente póliza, el asegurador quedará automáticamente subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder a los asegurados o a sus herederos, así como a otros beneficiarios, como consecuencia del siniestro causante de la asistencia prestada.

De forma especial podrá ser ejercitado este derecho por el asegurador frente a las empresas de transporte terrestre, fluvial, marítimo o aéreo, en lo referente a restitución total o parcial, del costo de billetes no utilizados por los asegurados o beneficiarios.

En los supuestos de concurrencia de coberturas con otros seguros públicos o privados, se estará a lo dispuesto al efecto, en la Ley de Contrato de Seguro, en sus artículos 31 y 32.

10. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

A los efectos de la urgente prestación de los servicios, el asegurador facilitará al asegurado documentación acreditativa del titular, así como las instrucciones y número de teléfono de urgencia.

ANEXO III: REPATRIACIÓN DE RESIDENTES EN CASO DE FALLECIMIENTO

1. ASEGURADOS

Beneficiarios del seguro de asistencia sanitaria de Clínicum Seguros, S.A.

2. DURACIÓN

Su duración va ligada a la del seguro de asistencia sanitaria de Clínicum Seguros, S.A.

3. VALIDEZ TEMPORAL

Para beneficiarse de las garantías cubiertas el asegurado debe residir en España (excepto Ceuta y Melilla) y tener en trámite o vigente el permiso correspondiente para residir en España.

4. ÁMBITO DE COBERTURA

Las prestaciones amparadas por esta póliza tendrán lugar cuando el asegurado se encuentre en España (excepto Ceuta y Melilla) o en el ámbito territorial indicado explícitamente en cada una de las garantías.

5. GARANTÍAS

5.1. Traslado de residentes extranjeros en caso de fallecimiento.

La compañía garantiza a los asegurados que contraten esta garantía -con exclusión de los menores de un mes de edad- que, en caso de muerte en España, se encargará de las gestiones y gastos necesarios para el traslado y la repatriación de los restos hasta su país de origen también indicado en la póliza, de hasta €8.000, se realizará hasta el cementerio de la localidad designada en la póliza y el pago, contra la presentación de las correspondientes facturas, de hasta 1.000 euros para realizar el sepelio.

El traslado del asegurado se realizará siempre que las autoridades competentes lo autoricen y no existan causas de fuerza mayor que lo impidan, **y se realice por mediación de la empresa funeraria que la compañía designe al efectuarse la correspondiente declaración de fallecimiento.**

a. Acompañante en caso de fallecimiento de residentes extranjeros.

Los familiares o derechohabientes del asegurado fallecido podrán designar a una persona residente en España, con derecho a un billete de avión o medio de transporte idóneo (ida y vuelta, siempre público y colectivo en clase turista), para que pueda viajar acompañando el difunto. Asimismo, la compañía abonará a esta persona la cantidad de 100 euros diarios, hasta el límite de 1.000 euros, contra la presentación de los justificantes correspondientes a alojamiento y manutención de los días necesarios para la tramitación del traslado y sepelio del asegurado fallecido.

6. DISPOSICIONES ADICIONALES

El asegurador no asumirá obligación alguna en conexión con prestaciones que no le hayan sido solicitadas o que no hayan sido efectuadas con su acuerdo previo, salvo en casos de fuerza mayor debidamente justificados.

Cuando en la prestación de los servicios no fuera posible la intervención directa del asegurador, este estará obligado a reembolsar al asegurado los gastos debidamente

acreditados que deriven de tales servicios, dentro del plazo máximo de 40 días a partir de la presentación de los mismos.

Estas garantías complementarias forman parte integrante de la póliza correspondiente, no teniendo validez separadas de la misma. Las condiciones generales de dicha póliza son de aplicación en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen.

7. SUBROGACIÓN

Hasta la cuantía de las sumas desembolsadas en cumplimiento de las obligaciones derivadas de la presente póliza, el asegurador quedará automáticamente subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder a los asegurados o a sus herederos, así como a otros beneficiarios, como consecuencia del siniestro causante de la asistencia prestada.

De forma especial podrá ser ejercitado este derecho por el asegurador frente a las empresas de transporte terrestre, fluvial, marítimo o aéreo, en lo referente a restitución total o parcial, del costo de billetes no utilizados por los asegurados o beneficiarios.

En los supuestos de concurrencia de coberturas con otros seguros públicos o privados, se estará a lo dispuesto al efecto, en la Ley de Contrato de Seguro, en sus artículos 31 y 32.

8. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

A los efectos de la urgente prestación de los servicios, el asegurador facilitará al asegurado documentación acreditativa del titular, así como las instrucciones y número de teléfono de urgencia.

9. NOTAS IMPORTANTES SOBRE LA COBERTURA REPATRIACIÓN RESIDENTES

- a. Esta garantía cubrirá únicamente a personas de nacionalidad extranjera residentes en territorio español (excepto Ceuta y Melilla) y que tengan en trámite o vigente el permiso correspondiente para residir en España.
- b. El incumplimiento de las normas señaladas a seguir en caso de traslado se entenderá como la renuncia a estas garantías.
- d. Siempre que el importe total de los gastos del siniestro, incluyendo los de traslado y sepelio, superen el valor de la suma asegurada, la compañía no tendrá que indemnizar por cualquier elemento o servicio no utilizado.
- e. La renuncia en caso de siniestro a cualquiera de las coberturas de este suplemento no dará derecho a indemnización alguna.
- f. Si los familiares del asegurado fallecido en España decidiesen no repatriar al difunto, la compañía no estará obligada a indemnización alguna.
- g. La garantía de Repatriación Residentes tendrá efectos a los tres meses desde el día de la contratación.
- h. Los siniestros derivados de la ocurrencia de un accidente quedarán cubiertos desde el mismo día en que tome efecto la garantía.

10. REGLAS A SEGUIR EN CASO DE SINIESTRO

Comunicar el fallecimiento del asegurado inmediatamente tras la muerte, indicando el número de póliza y el nombre del asegurado fallecido al teléfono a disposición de nuestros asegurados las 24 horas del día los 365 días del año: **+34 93 462 49 096**.

El tomador del seguro manifiesta conocer las condiciones estipuladas en las presentes condiciones generales y acepta expresamente las cláusulas limitativas, contenidas en las mismas, señaladas en negrita.

Por la compañía:

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke, positioned above the text 'Consejero Delegado'.

Consejero Delegado



 Passeig de Gràcia 121
08008 Barcelona

 **93 237 11 22**

 **www.clinicum.es**