

CONDICIONES GENERALES

CLÍNICUM STUDENTS



CLÍNICUM STUDENTS

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 STUDENTS	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
3.1. COBERTURA DE SALUD	13
3.2. COBERTURA DENTAL	14
3.3. SINIESTRO DENTAL	15
ARTÍCULO 4. PERIODO DE CARENCIA.....	15
ARTÍCULO 5. BASES DEL CONTRATO.....	15
ARTÍCULO 6. OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR	16
ARTÍCULO 7. DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y, EN SU CASO, DEL ASEGURADO.....	16
ARTÍCULO 8. OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y, EN SU CASO, DEL ASEGURADO.....	17
ARTÍCULO 9. PERSONAS ASEGURADAS.....	18
ARTÍCULO 10. PERFECCIÓN, EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO	19
ARTÍCULO 11. ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS	19
ARTÍCULO 12. RESOLUCIÓN.....	20
ARTÍCULO 13. PÉRDIDA DE DERECHOS	20
ARTÍCULO 14. INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO.....	20
ARTÍCULO 15. PRESCRIPCIÓN	21
ARTÍCULO 16. COMUNICACIONES	21
ARTÍCULO 17. ARBITRAJE.....	21
ARTÍCULO 18. JURISDICCIÓN COMPETENTE	21
ARTÍCULO 19. LIBRO DE RECLAMACIONES.....	21
ARTÍCULO 20. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL	22
ANEXO I: DESCRIPCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS	26
1. MEDICINA PRIMARIA.....	26
2. URGENCIAS	26
3. SERVICIO DE URGENCIAS A LOS ASEGURADOS TEMPORALMENTE DESPLAZADOS	26
4. ESPECIALIDADES.....	26

5. MEDICINA NATURAL	27
6. MEDICINA PREVENTIVA	28
7. ATENCIÓN A LA MUJER	28
8. MEDIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO	29
9. TRATAMIENTOS.....	31
10. HOSPITALIZACIONES.....	33
10.1. HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA.....	33
10.2. HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y UNIDAD CORONARIA (UCI) POR INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.....	33
10.3. HOSPITALIZACIÓN OBSTÉTRICA.....	34
10.4. HOSPITALIZACIÓN NEONATOLÓGICA	34
10.5. HOSPITALIZACIÓN MÉDICA.....	34
10.6. HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA	35
10.7. HOSPITALIZACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS Y UNIDAD CORONARIA (UCI) POR ENFERMEDAD.....	35
11. OTROS SERVICIOS INCLUIDOS	35
11.1. AMBULANCIA	35
11.2. LA ASISTENCIA SANITARIA QUE EXIJA EL TRATAMIENTO CONSECUENTE DE ACCIDENTES LABORALES, PROFESIONALES Y LOS AMPARADOS POR EL SEGURO OBLIGATORIO DE AUTOMÓVILES.....	35
11.3. ASISTENTE SOCIAL.....	35
11.4. PROGRAMA DE TRATAMIENTOS CRÓNICOS A DOMICILIO.....	36
11.5. ORIENTACIÓN SOCIAL A MAYORES Y DEPENDIENTES	36
11.6. PLANIFICACIÓN FAMILIAR	36
11.7. PSICOLOGÍA.....	36
11.8. PRÓTESIS INTERNAS Y/O MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS	36
11.9. DIAGNÓSTICO DE ESTERILIDAD	37
11.10. TRATAMIENTO DE FERTILIDAD	37
11.11. SEGUNDA OPINIÓN DE DIAGNÓSTICO	39
11.12. PORTAL MÉDICO ONLINE.....	39
11.13. PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO Y ASESORAMIENTO EN ENFERMEDADES GRAVES	39
11.14. UNIDAD DE DESHABITUACIÓN DEL TABAQUISMO.....	39
11.15. PROTECCIÓN A LA FAMILIA	39
11.16. CLUB CLÍNICUM.....	39
ANEXO II: DESCRIPCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DENTALES	40

ANEXO III: REEMBOLSO DE GASTOS EN GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA.....	41
REEMBOLSO DE GASTOS EN GINECOLOGÍA.....	41
REEMBOLSO DE GASTOS EN PEDIATRÍA	42
ANEXO IV: ASISTENCIA EN VIAJE EN ESPAÑA Y EN EL EXTRANJERO	43
1. ASEGURADOS	43
2. DURACIÓN	43
3. VALIDEZ TEMPORAL	43
4. ÁMBITO DE COBERTURA	43
5. GARANTÍAS.....	43
5.1. Asistencia médica y sanitaria.....	43
5.2. Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos	44
5.3. Repatriación o transporte de los demás asegurados desde el extranjero	44
5.4. Repatriación o transporte de menores o disminuidos desde el extranjero	44
5.5. Convalecencia en hotel en el extranjero	44
5.6. Repatriación o transporte del asegurado fallecido en el extranjero	44
5.7. Regreso anticipado desde el extranjero por fallecimiento de un familiar	45
5.8. Transmisión de mensajes urgentes	45
6. EXCLUSIONES	45
7. PETICIÓN DE ASISTENCIA	45
8. DISPOSICIONES ADICIONALES	46
9. SUBROGACIÓN.....	46
10. PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.....	46

CLÍNICUM STUDENTS

CONDICIONES GENERALES

MODELO 02-00-2201-02

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 MAGNÉTICA CLÍNICUM: documento propiedad del asegurador que se expide y se entrega a cada asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza.

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, estomatológica y servicios odontológicos, en toda clase CLÍNICUM TOTAL PLUS COLECTIVOS 3x1 de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en los **Anexos “Descripción y utilización de los servicios médicos” y “Descripción y utilización de los servicios dentales”, así como en el 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 y los que constan específicamente indicados en tratamiento oncológico.**
- g. La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda la asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.**

- 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 médicos”), 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. En tratamientos de esterilidad o infertilidad las técnicas de diagnóstico genético preimplantacional, la biopsia testicular para estudio de la meiosis y la donación de ovocitos en caso de precisarse.
- l. 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.
- m. El psicoanálisis, la hipnosis, la psicoterapia individual o de grupo, la sofrología, la narcolepsia ambulatoria y los test psicológicos.
- n. Hemodiálisis, riñón artificial, diálisis peritoneal y los trasplantes de órganos, excepto el trasplante de córnea.
- o. La hospitalización basada en problemas de tipo social o familiar, así como aquella que se pueda sustituir por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- p. En odontología los empastes, endodoncias, ortodoncias, prótesis, y limpieza de boca, salvo que esta sea prescrita por otro facultativo especialista de la propia entidad exceptuando lo expresamente incluido en el Anexo “Descripción y utilización de los servicios dentales”.
- q. Las prótesis de cualquier tipo o material de osteosíntesis, excepto las incluidas en el Anexo “Descripción y utilización de los servicios médicos”. También quedan excluidas las piezas anatómicas ortopédicas de cualquier tipo, fijadores externos, el coste de las gafas, lentes intraoculares multifocales (sí quedan cubiertas las monofocales y bifocales), lentillas y/o prótesis auditivas, medias de compresión elástica, suspensorios, tobilleras, fajas, corsés, cabestrillos y otros métodos de inmovilización.
- r. 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.

- s. La cirugía robótica y 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 médicos”.
- t. Los gastos de transporte del asegurado al centro y viceversa en casos de rehabilitación y fisioterapia.
- u. 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.
- v. 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 (exceptuando lo expresamente incluido en el Anexo “Descripción y utilización de los servicios médicos”), hidroterapia, oxigenoterapia trifásica, presoterapia, ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente.
- w. Queda también excluida la hospitalización psiquiátrica, salvo brotes agudos de acuerdo con lo dispuesto en el Anexo “Descripción y utilización de los servicios médicos”. 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.
- x. 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.
- y. 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

3.1. COBERTURA DE SALUD

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 prescrita por un médico de la entidad y **el asegurado deberá obtener su autorización en las oficinas de esta, por correo electrónico o vía fax**. Una vez autorizada, la entidad quedará económicamente vinculada, salvo que en dicha autorización 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 prescripción del médico de la entidad, el asegurado deberá obtener la correspondiente autorización dentro de las 72 horas siguientes al ingreso.
- f. En este último supuesto, la entidad quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en caso de entender que la póliza no cubre el acto o la hospitalización.

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.

3.2. COBERTURA DENTAL

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en cualquiera de las poblaciones que figuran en el cuadro médico, que se entrega junto con las condiciones particulares, bajo las siguientes condiciones:

- a. Por los servicios odontológicos indicados por la entidad.
- b. Ante diferentes propuestas de tratamiento, el asegurado decidirá entre los que figuran en el Anexo II “Descripción y utilización de los servicios dentales” de la póliza.
- c. Será necesaria la aceptación por el asegurado del tratamiento protésico y del presupuesto efectuado por el odontólogo de la entidad, que se presentará a la misma, abonando la franquicia correspondiente al servicio que se solicita, obteniendo así la orden del asegurador para la práctica de la prestación en el más breve plazo posible, que nunca podrá exceder de dos meses.
- d. A petición del asegurado, y siempre antes de usar el servicio, se podrá solicitar la devolución de la franquicia abonada al asegurador. En caso de caducidad de la autorización otorgada, el asegurador procederá a la devolución de la franquicia abonada en el plazo de dos meses desde dicha caducidad.

- e. Los trabajos de prótesis tendrán una garantía de un año, por desgastes o deterioro debido a su correcta utilización.
- f. El asegurado abonará las franquicias de los servicios según categorías de acuerdo con los baremos vigentes que figuran al margen de cada uno de ellos en el Anexo "Descripción y utilización de los servicios" de la póliza.
- g. Cada vez que se produzcan modificaciones en la prima del seguro, se determinarán también las modificaciones que proceda en los valores de dichas franquicias; a tal efecto se emitirá el suplemento en que se haga constar la nueva prima y franquicias con dos meses de antelación a la fecha de su efectividad, suponiendo el pago de la nueva prima la aceptación de los valores expresados de las franquicias.

3.3. SINIESTRO DENTAL

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

ARTÍCULO 4. PERIODO DE CARENIA

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el asegurador serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato, **siempre que se deriven de patologías contraídas después de la contratación de la póliza.**

Se exceptúan de este principio general:

- **Los tratamientos, las intervenciones quirúrgicas de cualquier clase y, en el caso de estar garantizados, los medios de diagnóstico especiales (TAC, RMN, medicina nuclear, etc.), que tendrán una carencia de 6 meses.**
- **Los servicios de radioterapia o con isótopos radioactivos, que tendrán una carencia de 10 meses.**
- **La asistencia a partos, que tendrá una carencia de 10 meses, excepto partos distócicos o prematuros.**
- **La reproducción asistida, que tendrá una carencia de 48 meses.**
- **El periodo de carencia para las hospitalizaciones y las prótesis internas será el que se haga constar en el apartado correspondiente.**

No obstante, en caso de urgencia vital que requiera hospitalización médica, quirúrgica u obstétrica 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.
- 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. En caso de precisar ingreso en clínica el recién nacido tras el parto, la compañía se hará cargo de todos los gastos hasta final de mes. 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.

f. 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 concurren 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 59 años, de 60 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

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 tocólogo, al puericultor 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

- a. Clínicum, 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 Clínicum pone a su disposición impresos para la formulación de cualquier desacuerdo.

- b. Las quejas o reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al SAC por cualquiera de los siguientes medios:
1. Personalmente en la oficina principal de Clínicum, Passeig de Gràcia, 121 (BCN).
 2. Por correo postal remitido a Passeig de Gràcia, 121 – 08008 Barcelona.
 3. Por fax al número + 34 93 415 99 79.
 4. Por correo electrónico a la dirección at.cliente@clinicum.es
- c. 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.
- d. Asimismo, los interesados podrán interponer reclamación o queja ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones 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 sin que este la hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.
- 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.
- 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.
- e. 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@clinicum.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 (RDOSEAR); 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 y a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un médico del cuadro médico de Clínicum.

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 según el Anexo “Asistencia en Viaje” de la compañía que nos presta los servicios.

4. ESPECIALIDADES

- ALERGOLOGÍA
- ANATOMÍA PATOLÓGICA
- ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN. Toda clase de anestесias prescritas por el médico de la entidad.
- ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR. Cobertura de **radiofrecuencia hasta un máximo de 300 € por intervención quirúrgica.**
- APARATO DIGESTIVO. Medicina y cirugía.
- CARDIOLOGÍA
- CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA HEMODINÁMICA
- CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
- CIRUGÍA GENERAL Y DIGESTIVA
- 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
- DIETÉTICA Y NUTRICIÓN. Cobertura de **8 sesiones anuales por beneficiario** tras prescripción médica. Los asegurados que hayan alcanzado el número máximo de sesiones anuales, siempre podrán acceder a estos servicios con descuentos a través del CLUB CLÍNICUM
- ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN
- GERIATRÍA
- GINECOLOGÍA
- HEMATOLOGÍA
- MATRONA. Asistencia a partos.
- MEDICINA INTERNA
- MEDICINA NUCLEAR
- MICROAUDIOCIRUGÍA. Cirugía funcional del oído y timpanoplastias.
- NEFROLOGÍA
- NEUMOLOGÍA
- NEUROCIRUGÍA CENTRAL Y PERIFÉRICA
- NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA
- NEUROLOGÍA
- NEUROPSIQUIATRÍA
- OBSTETRICIA. Vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia a cualquier parto vaginal, prematuro, distócico o cesárea.
- ODONTOLOGÍA. Cubre las curas estomatológicas y extracciones, **excluyendo los empastes, prótesis, ortodoncias y limpiezas de boca**, salvo que esta sea prescrita por otro facultativo especialista de la propia entidad.
- OFTALMOLOGÍA. Corrección quirúrgica de la miopía, no por motivos estéticos y trasplante de córnea.
- ONCOLOGÍA MÉDICA
- OTORRINOLARINGOLOGÍA. Cobertura de radiofrecuencia **hasta un máximo de 300 € por intervención quirúrgica.**
- 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, psicoterapia y test psicológico.**
- REUMATOLOGÍA
- TRAUMATOLOGÍA y ORTOPEDIA
- UROLOGÍA

5. MEDICINA NATURAL

- ACUPUNTURA. Visita directa al especialista. Cobertura de **20 sesiones anuales** por beneficiario tras prescripción médica. **Material desechable a cargo del asegurado.**



- HOMEOPATÍA. Visita directa al especialista.
- QUIROMASAJE. Solo para procesos agudos, **excluyendo crónicos**. Cobertura de **10 sesiones anuales**.
- REFLEXOTERAPIA PODAL. Solo para procesos agudos, **excluyendo crónicos**. Cobertura de **10 sesiones anuales**.
- MESOTERAPIA DEL DOLOR. Visita directa al especialista. **Medicación a cargo del asegurado**.
- DRENAJE LINFÁTICO. **5 sesiones por patología**. Tras prescripción facultativa.

6. MEDICINA PREVENTIVA

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del asegurado, prescritos por un médico del cuadro médico de Clínicum, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la póliza.

- 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
Unidad especializada en la pronta detección de dolencias mamarias en Centro Médico Clínicum.

7. ATENCIÓN A LA MUJER

- EDUCACIÓN MATERNAL: GIMNASIA PREPARTO. Seguimiento del embarazo y preparación al parto. GIMNASIA POSPARTO. Seguimiento del posparto. Cobertura de **30 sesiones anuales**.
- 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.
- ATENCIÓN PERSONALIZADA EN EL POSPARTO. Atención personalizada y seguimiento a la madre y al bebé durante el periodo de posparto. Esta atención se llevará a cabo por comadronas exclusivas de Clínicum mediante:
 - a) atención telefónica directa
 - b) visita domiciliaria en caso de ser necesario. **Carencia de 10 meses**.

8. MEDIOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO

Previa prescripción de un médico de la entidad, esta cobertura comprende todos los medios de diagnóstico reconocidos por la práctica médica y de uso común en España en el momento de suscripción de la póliza por el asegurado. Siguiendo su tradicional norma, Clínicum procurará incorporarlas a sus pólizas, en cuanto a su utilidad y eficacia esté debidamente contrastada.

- AMNIOCENTESIS
- ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIOLÓGICOS. Carencia cariotipos: **18 meses. Se excluyen análisis genéticos.**
- ANATOMÍA PATOLÓGICA
- ANGIOGRAFÍA DIGITAL
- ASPIRACIÓN MICROSCÓPICA
- AUDIOMETRÍA
- BIOMETRÍA
- BIOPSIA EN CONSULTORIO
- BIOPSIA FUSIÓN PROSTÁTICA ECO-RMN. En cobertura exclusivamente para lesiones tumorales de próstata con alta sospecha de malignidad.
- BRONCOSCOPIA QUIRÚRGICA
- CAMPIMETRÍA
- CITOLOGÍA
- COLPOSCOPIA
- DACRIOCISTOGRAFÍA
- DENSITOMETRÍA ÓSEA. **Una prueba por año.**
- DOPPLER
- DMD (Diagnóstico por multidetectores)
- ECOGRAFÍA
- ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA 3D
- ECOGRAFÍA MAMARIA
- ELECTROCARDIOGRAMA. En consulta y a domicilio.
- ELECTROENCEFALOGRAMA
- ELECTROFISIOLOGÍA MÉDICA
- ELECTROOCULOGRAMA
- ELECTROMIOGRAMA
- ELECTRONISTAGMOGRAFÍA
- ELECTRORETINOGRAMA
- ENDOSCOPIA DIGESTIVA (colonoscopia, fibrogastroscopia)
- ESPIROMETRÍA
- ESTROBOSCOPIA
- EXPLORACIONES URODINÁMICAS
- EXPLORACIONES CON RADIOISÓTOPOS
- EXPLORACIÓN VESTIBULAR
- FIBROENDOSCOPIA NASAL
- FLUJOMETRÍA
- FLUORESCINGRAFÍA



- Gammagrafía
- GDX
- Gonioscopia
- Holter
- Impedanciometría
- Isótopos radioactivos
- Laparoscopia
- Mamografía y PAAF. Punción aspiración con aguja fina (PAAF) si procede.
- Metabolismo basal
- Observación microscópica (Otorrino)
- OCT
- Otoemisiones acústicas
- PET (Tomografía por emisión de positrones)
- Polisomnografía del sueño
- Potenciales evocados auditivos
- Pruebas de esfuerzo
- Pruebas de provocación de alto riesgo
- Pruebas funcionales digestivas (manometría, pH-metría)
- Pruebas funcionales respiratorias
- Radiología. Radioscopias, radiografías, tomografías, ortodiagramas, urografías, cistografías y toda clase de exploraciones radiográficas con fines diagnósticos.
- Renograma
- Resonancia magnética nuclear (RMN) como medio complementario de diagnóstico en todos los casos que sea necesario, previa prescripción de un facultativo de la entidad.
- Retinograma
- Rinomanometría
- SPECT
- Test broncodilatador
- Test cutáneo (Prick test)
- Test de hidrógeno aspirado
- Test de Lancaster
- Test de mirada preferencial
- Test prenatal no invasivo. (Test de Harmony). En embarazos en curso, previa prescripción de un facultativo de la entidad y que cumplan con uno o varios de los siguientes criterios:
 - a. Alteración en Triple Screening prenatal.
 - b. Antecedentes familiares de primer grado (padres, hermanos) de trisomías.
 - c. Sospecha de anomalía cromosómica en control ecográfico de pliegue nual.
- Tomografía axial computarizada (Scanner), como medio complementario de diagnóstico en todos los casos que sea necesario, previa prescripción de un facultativo de la entidad. Los medios de contraste son a cargo de la entidad..
- Topografía
- Triple screening

- URETEROCISTOGRAFÍA
- URODINAMIA
- VIDEOLARINGOESTROBOSCOPIA

9. TRATAMIENTOS

Serán prestados en los centros designados por la entidad, previa prescripción de un médico especialista del cuadro facultativo de Clínicum.

- ACELERADOR LINEAL DE PARTÍCULAS
- AEROSOLES Y VENTILOTERAPIA
- ANGIOPLASTIA CORONARIA Y VALVULOPLASTIA MITRAL, AÓRTICA Y PULMONAR
- COBALTOTERAPIA
- EJERCICIOS PLEORTÓPTICA
- ELECTROESTIMULACIÓN DE SUELO PÉLVICO. **10 sesiones anuales.** Indicado en patología de la incontinencia urinaria y/o anal, tanto en hombres como en mujeres. Es un tratamiento mediante sonda vaginal/anal para la electroestimulación de la musculatura del suelo pélvico. La cobertura de este tratamiento se prioriza en Centro Médico Clínicum.
- ELECTRORRADIOTERAPIA. Radioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioleta y corrientes eléctricas.
- ELECTROTHERAPIA
- ESTERILIZACIÓN TUBÁRICA VÍA HISTEROSCÓPICA
- FISIOTERAPIA Y REEDUCACIÓN FUNCIONAL. En consultorio para procesos postraumáticos y posquirúrgicos. **40 sesiones por proceso y año. Carencia: 6 meses** de la fecha de efecto.
- FISIOTERAPIA Y RECUPERACIÓN FUNCIONAL A DOMICILIO POSINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. **Límite de 20 sesiones año.**
- INSTILACIÓN VESICAL
- LÁSER EN CIRUGÍA UROLÓGICA. **Hasta 2.000 € por proceso.**
- LÁSER EN OTORRINOLARINGOLOGÍA.
- LÁSER YAG o ARGÓN
- LÁSER PROCTOLÓGICO (hemorroides).
- LITOTRIZIA por LITIASIS RENAL. Tratamiento de los cálculos renales por ondas de choque, solo en aquellos casos susceptibles de tratamiento quirúrgico, en habitación individual con cama de acompañante. Tratamiento mediante Lasertricia en litiasis ureteral obstructiva aguda.
- LOGOFONIATRÍA. Para procesos de recuperación posquirúrgica. **Límite de 30 sesiones anuales.**
- LOGOPEDIA. **4 sesiones anuales. Resto con franquicia por parte del asegurado. 6 meses de carencia.**
- MAGNETOTERAPIA. **30 sesiones por proceso y año.** Tratamiento de fisioterapia para determinadas lesiones y enfermedades mediante campos magnéticos.
- NUTRICIÓN PARENTERAL
- ORTÓPTICA. **10 sesiones anuales.**
- OXIGENOTERAPIA. En clínica quirúrgica para intervenciones, partos distócicos, prematuros y a domicilio.



- QUIROPODIA (podología). **10 sesiones anuales.** Los asegurados que hayan finalizado el máximo de sesiones podrán acceder a este servicio con descuento a través del Club Clínicum.
- RADIOTERAPIA. Se prestará en régimen ambulatorio y en régimen hospitalario. Los días de estancia serán los mismos del servicio de hospitalización médica. **Carencia de 10 meses.**
- 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.
- REPRODUCCIÓN ASISTIDA. Ver desglose de cobertura en el epígrafe 11.11. Otros servicios incluidos.
- SONDAJE LAGRIMAL EN CONSULTA.
- TRATAMIENTO CON HIERRO ENDOVENOSO EN HOSPITAL DE DÍA EN ANEMIAS FERROPÉNICAS. **El coste de la medicación necesaria será por cuenta del asegurado.**
- TRATAMIENTOS LOCALES CON ÁCIDO HIALURÓNICO SOLO EN INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS. **El coste de la medicación necesaria será por cuenta del asegurado.**
- TRATAMIENTO ONCOLÓGICO, que incluye:
 - a) Comprende 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**

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) Es objeto de cobertura el tratamiento con radioterapia, **exceptuando las formas especiales como la protonterapia y similares.**

Carencia de 10 meses.

- TRANSFUSIONES DE SANGRE. A cargo de la entidad aseguradora el acto médico de la transfusión en todos los casos, así como sangre y/o plasma a transfundir dentro del quirófano y fuera de él, salvo en casos de alta cirugía especializada que serán siempre a cargo de la entidad en curso pre o posoperatorio en clínica.
- VASECTOMÍA Y LIGADURA DE TROMPAS. La compañía designará clínica y médico. Carencia: las garantías de esta prestación empezarán transcurridos **12 meses** desde la fecha de efecto de la póliza.
- RADIOFRECUENCIA EN OTORRINO, ANGIOLOGÍA, CIRUGÍA VASCULAR Y RIZÓLISIS POR RADIOFRECUENCIA EN CLÍNICA DEL DOLOR. **Hasta 300 € por intervención.**

10. HOSPITALIZACIONES

10.1. 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. 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.

10.2. 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.

10.3. HOSPITALIZACIÓN OBSTÉTRICA

Se realizarán en clínicas designadas por la entidad en las que la parturienta tendrá derecho a habitación individual con cuarto de baño, cama para el acompañante y en que la entidad correrá con el gasto de la estancia, la manutención incluida la de acompañante **hasta un máximo de 3 días**, las curas y su material, así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y los medicamentos. Sin límite de días.

- Seguimiento embarazo y atención al parto.
- Ecografías obstétricas de control y ecografía de alta definición.
- Ecografía obstétrica 3D.
- Amniocentesis y triple screening, EBA.
- Asistencia médico tocólogo-comadrona.
- Monitorización fetal (NST).
- **La cobertura de malformaciones congénitas requiere que la madre haya suscrito la póliza con, al menos, diez meses de antelación al nacimiento y que el alta del niño como asegurado se produzca de conformidad a lo establecido en el Artículo 7.e. de las condiciones generales.**

Carencia de 6 meses excepto en caso de parto prematuro o distócico.

10.4. HOSPITALIZACIÓN NEONATOLÓGICA

Vigilancia del recién nacido, a indicación del tocólogo, desde el momento del parto hasta la fecha de alta. Hospitalización del recién nacido prematuro-neolactantes-incubadora. *Nursery*. Sin límite de días, siempre que el alta del niño como asegurado se produzca de conformidad a lo establecido en el Artículo 7.e. de las condiciones generales.

Carencia de 6 meses excepto en caso de urgencia vital y de acuerdo con lo establecido en el artículo 7.e. de estas condiciones generales.

10.5. HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

Comprende la hospitalización por tratamiento médico que no precisa intervención quirúrgica. Cobertura: el ingreso será prescrito por un médico de la entidad en un centro asignado por la misma y en el que el enfermo tendrá derecho a habitación individual con cama de acompañante. Los gastos de hospitalización, de manutención (incluida la de acompañante hasta un máximo de 3 días para ingresos pediátricos de 0 a 5 años), la medicación y los tratamientos necesarios incluidos en la póliza irán a cargo de la entidad en caso de enfermedades agudas y durante el tiempo que clínicamente se considere necesario para el diagnóstico y tratamiento del proceso patológico agudo. La cobertura se extenderá hasta la fecha del alta determinada por el médico de Clínicum responsable de la asistencia. Sin límite de días.

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.

10.6. 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 60 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.

10.7. 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 60 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.

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

Carencia de 10 meses.

11. OTROS SERVICIOS INCLUIDOS

11.1. AMBULANCIA

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

11.2. LA ASISTENCIA SANITARIA QUE EXIJA EL TRATAMIENTO CONSECUENTE DE ACCIDENTES LABORALES, PROFESIONALES Y LOS AMPARADOS POR EL SEGURO OBLIGATORIO DE AUTOMÓVILES

Si existiera un tercero civilmente responsable, la compañía quedará subrogada en todos los derechos y acciones del asegurado o del contratante.

11.3. 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.

11.4. PROGRAMA DE TRATAMIENTOS CRÓNICOS A DOMICILIO

Para aquellos asegurados/as que no pueden valerse por sí mismos y necesitan de una ayuda a domicilio para temas de higiene y recuperación funcional. Llevado a cabo por especialista/s específicamente concertados para este programa y según la disponibilidad en la población en que se encuentre el asegurado. En cobertura exclusivamente para aquellos pacientes crónicos estables que requieran curas continuadas por enfermería, cuya situación clínica no permite ningún tipo de desplazamiento y que estén encamados o en situación de dependencia grado III. Comprende:

- a. Evaluación clínica a domicilio.
- b. En el caso que se considere necesario, curas simples o complejas diarias por parte de enfermería por evolución tórpida de heridas o lesiones (quirúrgicas o traumáticas), úlceras de presión, úlceras varicosas u otras de similar patogenia.
- c. En el caso que se considere necesario la visita médica de control.

Limitado hasta la recuperación y como máximo a 2 meses por proceso y año. Quedan expresamente excluidos de este servicio los masajes terapéuticos, drenajes linfáticos y otros de similar consideración.

Tras prescripción facultativa de la compañía.

Carencia de 6 meses.

11.5. 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.

11.6. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Implantación del DIU. Reembolso de gastos por el coste del DIU **hasta un máximo de 75 €.**

Carencia: las garantías de esta prestación complementaria entrarán en vigor una vez transcurridos los **6 meses** de la fecha de su aceptación.

11.7. PSICOLOGÍA

Con franquicia por parte del asegurado. Derechos inmediatos.

11.8. PRÓTESIS INTERNAS Y/O MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS

Serán por cuenta de la entidad las prótesis y/o material de osteosíntesis internas con un **coste límite de 8.000 € por cada intervención quirúrgica:**

- Angiológicas: prótesis vasculares en la especialidad de angiología y cirugía vascular. **Carencia de 6 meses.**
- Ayuda en prótesis capilares en procesos oncológicos. **Hasta 500 € por proceso oncológico. Carencia 10 meses.**
- Cardiológicas: válvulas cardíacas, prótesis de bypass cardíaco, marcapasos.
- Cirugía general: botón para gastrostomía y mallas de prolene o polipropileno.
- Ginecológicas: expansores y reconstrucción de mama por enfermedad incluida prótesis (poscirugía oncológica). Se garantizan los costes sanitarios de intervenciones de reconstrucción mamaria que se deriven de poscirugía oncológica incluida prótesis. Tras

prescripción facultativa por médico de la compañía. Carencia: las garantías de esta prestación complementaria entrarán en vigor una vez transcurridos los **12 meses** de la fecha de su aceptación.

- Neurocirugía: plastias sintéticas neuroquirúrgicas de duramadre, válvulas hidrocefalia, material osteosíntesis vertebral y material vertebroplastias.
- Oftalmología: lente intraocular (LIO) exclusivamente monofocal o bifocal. **Carencia de 10 meses.**
- Otorrinolaringología: tubos de drenaje.
- Patologías de colon.
- Traumatológicas.
- Urológica: mallas y prótesis de incontinencia.
- Vías biliares.
- Material de origen biológico. Con un coste limitado a 8.000 € para cada intervención quirúrgica. Quedan únicamente bajo cobertura las prótesis y los materiales de origen biológico en los siguientes casos:
 - a. Sustitución valvular cardíaca.
 - b. En cirugía de columna y craneal: los materiales biológicos hemostáticos y el gel antifibrótico de origen biológico.

Serán por cuenta del asegurado cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas.

Carencia: las garantías de esta prestación complementaria entrarán en vigor una vez transcurridos los **24 meses** de la fecha de su aceptación.

Exclusiones: se excluyen las intervenciones quirúrgicas o tratamientos derivados por patologías anteriores a la contratación de la póliza.

11.9. DIAGNÓSTICO DE ESTERILIDAD

- a. Visita más exploración por médico ginecólogo (derechos inmediatos)
- b. Pruebas diagnósticas:
 - Radiografías (derechos inmediatos)
 - Ecografías (derechos inmediatos)
 - Análisis:
 1. Análisis simples y hormonas básicas: FSH, LH, progesterona, prolactina, 17-betaestradiol, beta-HCG, testosterona total y testosterona libre, androstendiona, DHEA y DHEA-S. (Derechos inmediatos, siempre que no exceda de 20 pruebas en total).
 2. Análisis genético de infertilidad: cariotipo (**18 meses**).

11.10. TRATAMIENTO DE FERTILIDAD

Tras prescripción facultativa en un centro especializado designado por la compañía. De acuerdo con la legislación vigente y con las siguientes coberturas y condiciones, Clínicum asume los costes de:

- a. Estudio y diagnóstico de la esterilidad en la pareja.
- b. Inseminación artificial, **3 intentos**.
- c. Fecundación *in vitro*, **1 intento**.

Cobertura

a. Estudio y diagnóstico de la esterilidad en la pareja primaria o secundaria que incluye:

En la mujer:

- Analítica con determinaciones hormonales básicas (inferior a 20 pruebas).
- Histerosalpingografía (radiografías del interior del útero y las trompas).
- Ecografía ginecológica
- Cariotipo (**18 meses**) y visitas.

En el hombre:

- Analítica con determinaciones hormonales básicas (inferior a 20 pruebas)
- Uno o dos seminogramas.
- Cariotipo (**18 meses**) y visitas.

Tras el diagnóstico, la corrección de las posibles causas tratables:

En la mujer: histeroscopia, laparoscopia, tratamiento de inducción para la ovulación.

En el hombre: varicocele, déficit hormonal.

b. Inseminación artificial, 3 intentos.

- Inducción de la ovulación
- Visitas de control
- Ecografías
- Analíticas relacionadas
- Preparación del semen
- Semen de donante
- Inseminación (3 intentos)
- Transferencia de embriones congelados

c. Fecundación *in vitro*, 1 intento.

Un intento que comprende las mismas actuaciones que en la inseminación, más:

- Laboratorio de fecundación *in vitro*.
- Biopsia Testicular para la obtención de espermatozoides si precisa.
- Congelación y mantenimiento de embriones.
- Transferencia de embriones congelados.

Condiciones y carencias: estar asegurados en Clínicum con el seguro de asistencia sanitaria modalidad Clínicum Premium, Clínicum Total o Clínicum Total Plus ambos miembros de la pareja con una antigüedad mínima de **cuatro años**, la fecha de efecto para contabilizar el periodo de carencia siempre será la de la última incorporación. La mujer debe tener una edad inferior a 40 años y no debe haber tenido descendencia. No haber sido sometido ningún miembro de la pareja a técnicas de anticoncepción permanente: vasectomía, ligadura de trompas u otros métodos.

El estudio y diagnóstico de la esterilidad, la inseminación artificial y la fecundación *in vitro* serán únicamente prescritos por los facultativos de la compañía, realizados por médicos de la entidad y en los centros médicos y hospitalarios designados por Clínicum.

Exclusiones: se excluyen las técnicas de diagnóstico genético preimplantacional, la biopsia testicular para estudio de la meiosis y la donación de ovocitos en caso de precisarse. Los asegurados que no cumplan estas condiciones siempre podrán acceder a estos servicios, con **descuentos del 25 %** aplicado a través del **Club Clínicum. Límite de edad 40 años (incluidos).**

11.11. 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.

El responsable de 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: las garantías de esta prestación complementaria entrarán en vigor una vez transcurridos los **6 meses** de la fecha de su aceptación.

11.12. 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

11.13. 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.

11.14. UNIDAD DE DESHABITUACIÓN DEL TABAQUISMO

En Centro Médico Clínicum, visitas y seguimiento gratuito. **Coste farmacológico a cargo del asegurado.**

11.15. 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.**

11.16. 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, 121.

ANEXO II: DESCRIPCIÓN Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DENTALES

Los servicios a los que da derecho este contrato dentro del ámbito de la especialidad de ODONTOLOGÍA son los siguientes:

1. Visitas
2. Odontología preventiva
3. Radiología
4. Obturaciones
5. Endodoncias
6. Periodoncias
7. Ortodoncias
8. Prótesis fija
9. Prótesis removible
10. Cirugía oral
11. Implantología
12. Estética dental
13. Patología articulación temporomandibular - ATM
14. Varios
15. Ortodoncia invisible - Invisalign

El detalle descriptivo de dichos servicios y la franquicia a cargo del asegurado de los servicios correspondientes se encuentran detallados en la tabla de baremo adjunta a las condiciones particulares.

Clínicum atención médica 24 horas los 365 días del año

La compañía pone a disposición de los asegurados un servicio de atención telefónica permanente 24 horas (*call center*) para la atención de las urgencias de etiología dental que pudiera producirse. Desde dicho servicio, y en caso de considerarse necesario para el asegurado, se concertará una cita de urgencia con la clínica disponible para ello de las que figuran en el cuadro médico. Tel. 93 492 17 00.

Asistencia médica dental a desplazados por España

La compañía pone a disposición de los asegurados un servicio de atención telefónica permanente 24 horas (*call center*) para la atención de las urgencias de etiología dental que pudiera producirse. Tel. 93 492 17 00.

Asistencia médica dental a desplazados en el extranjero

La compañía pone a disposición de los asegurados un servicio de atención a desplazados en todos aquellos **países donde tenga presencia** mediante la llamada previa al teléfono +34 93 492 17 00, siendo los asegurados atendidos en alguna de las clínicas de la red concertada y bajo condiciones ventajosas respecto a los precios privados del país donde se trate.

ANEXO III: REEMBOLSO DE GASTOS EN GINECOLOGÍA Y PEDIATRÍA

REEMBOLSO DE GASTOS EN GINECOLOGÍA

A. Reembolso de gastos en visitas, pruebas y revisiones ginecológicas

Reembolso de los gastos ocasionados por las visitas, pruebas y revisiones ginecológicas de las aseguradas que acuden a un toco-ginecólogo ajeno a la compañía con los siguientes límites de cobertura de reembolso.

Límites máximos:

Límite por visita	60 €
Límite por prueba	60 €
Límite por revisión anual	91 €
Límite de gasto anual por visitas, pruebas y Revisiones ginecológicas	301 €

B. Reembolso de gastos por intervenciones quirúrgicas de toco-ginecología

Reembolsos totales ocasionados por intervenciones quirúrgicas de las aseguradas que acuden a un toco-ginecólogo ajeno a la compañía con los siguientes límites de cobertura de reembolso.

Límites máximos:

Cerclaje cervical	700 €
Cirugía conservadora sobre útero y anexos	1.350 €
Cirugía menor (vía vaginal, vulvar)	900 €
Cirugía radical abdominal de vía alta	2.600 €
Cirugía radical de mama	2.600 €
Cirugía reconstrucción de la mama (oncología)	2.600 €
Cirugía radical vulvovaginal	2.600 €
Coagulación cervical (en todas las formas)	40 €
Conización quirúrgica/láser cervical	700 €
Embarazo ectópico	2.000 €
Fístulas ginecológicas (tratamiento quirúrgico)	2.000 €
Histerectomía (vía abdominal)	2.000 €
Histerectomía (vía vaginal, con o sin plastias)	2.000 €
Histeroscopia exploradora	600 €
Histeroscopia quirúrgica	700 €
Incontinencia urin. en la mujer (intervención de nanses)	2.600 €
Incontinencia urin. en la mujer (plastia diafragmática)	2.000 €
Incontinencia vesical (tratamiento por laparoscopia)	1.350 €
Laparoscopia diagnóstica	1.350 €
Laparoscopia quirúrgica menor	1.350 €
Laparotomía exploradora	1.350 €
Ligamiento por laparoscopia	1.350 €
Mastectomía parcial o subcutánea	2.000 €

Miomectomía por laparoscopia	1.350 €
Nódulo mama	700 €
Parto múltiple	2.600 €
Parto	2.000 €
Cesárea	2.300 €
Plastias vaginales (anterior y/o posterior)	1.350 €
Polipectomía	270 €
Prolapso total y/o enterocele (tratamiento quirúrgico)	2.000 €
Quiste de ovario (tratamiento por laparoscopia)	1.350 €
Quiste de ovario (tratamiento quirúrgico)	1.350 €
Raspado obstétrico no programado por aborto en curso o diferido	900 €
Uretroplastias	2.600 €
Vulvectomía simple	2.600 €

Dentro de estos importes máximos a reembolsar se incluyen **todos los gastos** que origina la intervención. Por ejemplo: los honorarios médicos, anestesta, instrumentista, comadrona, clínica con habitación individual con cama para el acompañante e incubadora y cualesquiera otros gastos derivados de la intervención.

Si existiera una intervención quirúrgica que no figurara en el baremo arriba mencionado se reembolsaría por una de similares características.

REEMBOLSO DE GASTOS EN PEDIATRÍA

C. Reembolso de gastos en pediatría

Reembolso de los gastos ocasionados por las visitas, de los asegurados/as que acuden a un pediatra ajeno a la compañía.

Límites máximos:

Límite por visita	40 €
Límite de gasto anual por visitas	800 €

Carencia: las garantías de esta prestación complementaria para los apartados A y C son con carácter de derechos inmediatos y para el apartado B entrarán en vigor una vez transcurridos los **6 meses** de la fecha de su aceptación, excepto las de parto normal, que serán a los **10 meses**.

Exclusiones: se excluyen las intervenciones quirúrgicas derivadas por patologías anteriores a la contratación de la póliza.

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

SERVICIOS PRESTADOS POR AMGEN ASISTENCIA (RACC)

SEGURO DE ASISTENCIA 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.

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, o de **901,52 €** en España. Los gastos odontológicos se limitan en el extranjero en **24,04 €**. En España dichos gastos se limitan en **30,05 €**.

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. Los hechos voluntariamente causados por el asegurado o aquéllos en que concurra dolo o culpa grave por parte del mismo.
- b. Las dolencias o enfermedades crónicas preexistentes, así como sus consecuencias, padecidas por el asegurado con anterioridad al inicio del viaje.
- c. 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.
- d. Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión de alcohol, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de similares características.
- e. 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.
- f. 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.
- g. 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.
- h. Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9 €.
- i. Diagnóstico, seguimiento y tratamiento del embarazo, interrupción voluntaria del mismo y partos, cubriéndose exclusivamente las complicaciones patológicas agudas e imprevisibles de estos estados que se produzcan en los seis primeros meses de gestación.

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

El asegurador manifiesta que los servicios serán atendidos a través de la organización de AMGEN ASISTENCIA (RACC).

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.

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.

Consejero Delegado



CLÍNICUM



Passeig de Gràcia 121
08008 Barcelona



93 237 11 22



www.clinicum.es