



Condiciones Generales

Seguro de salud

Cobertura completa

Salud Integral Extranjeros – Asistencia Sanitaria

Tarjeta sanitaria

Se informa que el asegurado una vez contratado su póliza de salud tendrá incluida la **tarjeta sanitaria física** que será entregada en el domicilio registrado.

Se informa que la entrega se efectuara únicamente en territorio nacional (España)

NOTA: COMO AFECTA LA CONTRATACIÓN DE UN SEGURO DE SALUD PARA LAS EMPRESAS (NACIONALES)

Ventajas Fiscales y económicas:

- La Empresa podrá deducir el importe de la prima en el impuesto de sociedades (otros gastos sociales)
- Supone una reducción en el importe a pagar por el impuesto de sociedades, igual al % de su tributación aplicado sobre la prima de seguro satisfecha.
- Es una excelente herramienta de negociación salarial: es más económico para la empresa pagar el seguro de salud, que aumentar los salarios en la misma cantidad **COMO AFECTA AL EMPLEADO Y FAMILIARES**
- El pago por la empresa del seguro de salud no se considera retribución en especie hasta 500 € por trabajador y miembros de su unidad familiar (cónyuge y descendientes legales menores de 25 años que convivan en el domicilio familiar.
- Menos impuestos para el empleado al estar exento de tributar por IRPF
- Retribución exenta de retención y de tributar en IRPF. En consecuencia, la retribución que percibe el empleado es mayor
- Mejoras en las condiciones económicas del seguro al ser una póliza Colectiva, frente a la individual que contrataría el trabajador.

COMO AFECTA AL AUTONOMO

La Ley 35/2006, de 28 de noviembre (BOE 29 de noviembre), del impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas y de modificación parcial de las leyes de los impuestos sobre Sociedades, sobre la Renta de no residentes y sobre el Patrimonio establece unos supuestos que representan ventajas fiscales en la contratación de seguros de salud y de enfermedad para los contribuyentes Autónomos que tributan en régimen de estimación directa. Artículo 30. Normas para la determinación del rendimiento neto en estimación directa. 5.ª Tendrán la consideración de gasto deducible para la determinación del rendimiento neto en estimación directa, las primas de seguro de enfermedad satisfechas por el contribuyente en la parte correspondiente a su propia cobertura y la de su cónyuge e hijos menores de 25 años que convivan con él. El límite máximo de deducción será de 500 € por cada una de las personas señaladas anteriormente, o 1.500 € si cada una de las personas señaladas tiene un grado reconocido de discapacidad. No obstante, como en el resto de gastos deducibles, es necesario tomar una serie de precauciones de cara a una posible inspección tributaria: • Guardar y conservar la póliza del seguro y posteriores modificaciones, al menos durante los plazos legales establecidos por la normativa tributaria. • Conservar la documentación que justifique la prima satisfecha por cada asegurado. • Dados los límites de la deducción, es importante conocer qué cantidad se imputa a cada asegurado, y teniendo en cuenta que tales límites no son acumulables

Índice

Definiciones	4
Clausula preliminar	9
Objeto del seguro	9
Cobertura del Seguro	9
1. Medicina primaria	9
2. Servicio de Urgencias	10
3. Especialidades médicas y quirúrgicas	10
4. Medios de diagnóstico	12
5. Tratamiento terapéutico	13
6. Hospitalización	14
Pago de primas	15
Forma de prestar los servicios	16
Servicio de urgencia	17
Obligaciones del tomador del seguro y/o asegurado	18
Perdida de derechos. Resolución de contrato	18
Obligaciones de la Entidad Aseguradora	19
Indisputabilidad del contrato	19
Comunicaciones	19
Reclamaciones	20
Jurisdicción competente	20
Anexo I. Asistencia en viaje	22
1. Gastos médicos, farmacéuticos o de hospitalización en el extranjero	22
2. Gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero	22
Anexo II. Suplemento dental	22

Condiciones Generales

Definiciones

Conceptos Aseguradores

Asegurado

Persona física sobre la que se estipula la cobertura de los riesgos objeto de esta Póliza.

Condiciones Particulares

Documento integrante de la Póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Entidad Aseguradora

Persona jurídica que, en contraprestación al cobro de la correspondiente Prima, asume la cobertura del riesgo objeto de esta Póliza y garantiza las Prestaciones que correspondan con arreglo a las estipulaciones de la misma.

Fecha de efecto

Fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada para cada uno de los Asegurados. En ningún caso la cobertura entrará en vigor con anterioridad al momento en que el Tomador haya satisfecho la primera Prima correspondiente a dicho Asegurado.

Franquicia

Pago que debe de satisfacer el Tomador o Asegurado a la Entidad Aseguradora previo a un Acto Médico determinado, según lo previsto en las condiciones establecidas en la Póliza.

Póliza

Documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales, las Particulares, así como los suplementos o apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prestación

Consiste en la cobertura de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del Siniestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.

Prima

Precio de la cobertura cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente Póliza.

Siniestro

Acontecimiento que ocasiona un daño cuya reparación requiere la asistencia sanitaria objeto de cobertura por la Póliza.

Tomador

Persona física o jurídica que contrata la cobertura del riesgo objeto de esta Póliza para cada Asegurado.

Conceptos médicos

Accidente

Todo evento acaecido durante la vigencia de esta Póliza derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca lesiones corporales y haga preciso tratamiento Médico o quirúrgico.

Acto Médico

Toda asistencia sanitaria realizada por un profesional de la medicina, prueba médica diagnóstica o terapéutica, y/o tratamiento Médico encaminado a la recuperación del estado de salud de un Asegurado.

Asistencia domiciliaria

Asistencia del médico generalista o de A.T.S./D.U.E. al Asegurado en su domicilio cuando la patología del enfermo requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del Médico. No incluye los gastos generados por la asistencia de tipo social, hostelería, lencería, alimentación, medicación, monitorización, material sanitario y cuidados no específicos del médico general, A.T.S./D.U.E. ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios en el domicilio del Asegurado.

A.T.S./D.U.E.

Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la actividad de enfermería.

Cuadro Médico

Relación de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por nradigital a nivel nacional. En el Cuadro Médico se relaciona, los profesionales y establecimientos sanitarios concertados, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. El Tomador y los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la Prestación sanitaria que les es propia.

Cuestionario de Salud

Declaración de salud del Tomador y/o Asegurado, validada escrita, telefónica o electrónicamente en entorno seguro antes de la formalización de la Póliza, que sirve a la Entidad Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

Enfermedad

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por Accidente, que sea diagnosticada por un Médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad congénita

Toda Enfermedad con la que nace el Asegurado, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético.

Enfermedad de larga duración

Procesos patológicos con tendencia a la cronificación, tales como los Accidentes cerebro-vasculares (ACV), Procesos comatosos, Procesos rehabilitadores en personas de edad avanzada, Enfermedades terminales, etc., con Hospitalización del Asegurado por prescripción facultativa por un periodo superior a 60 días de forma continuada en cada año natural. Es decir, patologías cuyo tratamiento, una vez superada su fase crítica o aguda, pasa a ser de carácter paliativo y no curativo.

Enfermedad pre-existente

Toda Enfermedad del Asegurado contraída y/o padecida con anterioridad a la contratación de este seguro.

Hospital

Todo establecimiento autorizado legalmente para el tratamiento médico o quirúrgico de Enfermedades o lesiones corporales, atendido permanentemente por un Médico. No se consideran Hospitales, a efectos de esta Póliza, los hoteles, residencias de tercera edad, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento o tratamiento de Enfermedades crónicas, drogadicción o alcoholismo, o instituciones similares.

Hospitalización

Se entiende por Hospitalización a efectos de este contrato la permanencia del Asegurado como paciente en un Hospital por un periodo mínimo de 24 horas.

Hospitalización de carácter socio-familiar

Asistencia no derivada de patologías médicas objetivas, por lo tanto, no susceptibles de ingreso en un Hospital a juicio de un Médico concertado por la Entidad Aseguradora.

Intervención quirúrgica

Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un Médico y que requiere la utilización de una sala de operaciones.

Médico

Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la medicina en el lugar en que la práctica.

Médico especialista o especialista

Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

Proceso

Conjunto de actos médicos y/o quirúrgicos destinados al tratamiento y/o curación de una patología, con independencia de que se hayan llevado a cabo todos y cada uno de dichos actos.

Prótesis

Todo aquel aparato o dispositivo destinado a reparar artificialmente la falta de un órgano o parte de él.

Transporte sanitario

Comprende el transporte especial de enfermos o accidentados cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

- Una situación de Urgencia que implique riesgo vital o daño irreparable para la salud del interesado y así lo ordene o determine el facultativo correspondiente.
- Imposibilidad física del interesado u otras causas médicas que, a juicio del facultativo, le impidan o incapaciten en la utilización de transporte ordinario para desplazarse a un centro sanitario o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente.

Urgencia

Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato, **entendiéndose por tal aquella situación en la que la demora por más de 6 horas en la realización de la intervención o tratamiento ponga en peligro la vida del Asegurado**, a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

Urgencia domiciliaria

Asistencia en el domicilio del Asegurado en caso de Urgencia prestada por Médico generalista y/o A.T.S./D.U.E.

Clausula preliminar

1. El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, y por lo dispuesto en estas Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la propia Póliza, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean expresamente aceptadas por el Tomador en las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.
2. hna, cuya denominación social es Hermandad Nacional de Arquitectos, Arquitectos Técnicos y Químicos, Mutualidad de Previsión Social, está inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 25.316, Sección 8, Folio 178, Hoja M-62064, y en el Registro Administrativo de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número P3028, tiene su domicilio social en España, sito en la Avenida de Burgos, número 17 de Madrid y tiene como número de identificación fiscal V28306678.
3. El control y supervisión de la actividad de hna, corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad del Estado Español.

Objeto del seguro

La Entidad Aseguradora se compromete, dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la Prima que en cada caso corresponda, a facilitar al Asegurado la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en el listado de prestaciones sanitarias referentes a las especialidades indicadas en la Cláusula Cobertura del Seguro. **La asistencia se prestará en los centros concertados a tal efecto salvo que expresamente se disponga otra cosa.**

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

Cobertura del Seguro

Sin perjuicio de las limitaciones, exclusiones y periodos de Carencia previstos en Condiciones Generales, la Entidad Aseguradora se obliga a prestar los servicios que se deriven de tratamiento médico y/o quirúrgico que correspondan a las siguientes especialidades y servicios:

1. Medicina primaria

1.1. Medicina General

1.2. Pediatría y Puericultura: abarca la asistencia a menores de 16 años.

1.3. Servicio de ATS: previa prescripción escrita por un médico de la Entidad Aseguradora.

1.4. Asistencia médica domiciliaria, tanto para Medicina General y ATS.

2. Servicio de Urgencias

2.1. Asistencia permanente de Urgencia: se prestará en los centros concertados por la Entidad Aseguradora y que figuran en el boletín de servicios.

2.2. Asistencia sanitaria a desplazados en España: se prestará en todo el territorio Nacional previa autorización por la Entidad Aseguradora.

2.3. Ambulancias: se prestará en caso de necesidad urgente, siendo su cobertura donde se solicitó el servicio, nunca entre Comunidades Autónomas.

3. Especialidades médicas y quirúrgicas

Incluye la atención por un facultativo, pruebas diagnósticas y tratamiento en las distintas especialidades señaladas a continuación:

3.1. Alergología

3.2. Anestesiología y reanimación

3.3. Anatomía patológica

3.4. Angiología y cirugía vascular

Queda excluida la cirugía vascular estética.

3.5. Aparato digestivo

3.6. Cardiología

Incluido chequeo cardíaco. **Queda excluido el TAC multicorte cardiaco.**

3.7. Cirugía cardiovascular

Queda excluido el TAC multicorte.

3.8. Cirugía General y del Aparato Digestivo

Queda excluida la cirugía de la Obesidad Mórbida.

3.9. Cirugía maxilofacial

Queda excluido todo tipo de implantes y/o prótesis.

3.10. Cirugía pediátrica

3.11. Cirugía plástica y reparadora

Queda excluida la cirugía con fines estéticos.

3.12. Dermatología médico-quirúrgica y venereología.

Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos.

3.13. Endocrinología y nutrición

Queda excluido el estudio y tratamiento de la obesidad mórbida y todo acto con fines estéticos.

3.14. Estomatología/Odontología

Incluye únicamente extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y radiografías simples.

3.15. Ginecología-Tocología.

Incluido chequeo ginecológico gratuito entre los 18 y 45 años.

Quedan excluidos tratamientos de fertilidad y Ligadura de Trompas.

3.16. Hematología

3.17. Logopedia

Solo para tratamientos postcirugía oncológica y autorización expresa de la Entidad Aseguradora, con el límite establecido en Condiciones Particulares.

3.18. Medicina interna

3.19. Nefrología

3.20. Neumología

No se cubre los tratamientos con CPAP.

3.21. Neurocirugía

Excluida la Radiofrecuencia.

3.22. Neurología

3.23. Oftalmología

Excluida la cirugía refractiva de la Miopía Hipermetropía y Astigmatismo.

3.24. Oncología médica

Incluye la consulta.

Las pruebas diagnósticas deberán ser supervisadas y autorizadas por la Entidad Aseguradora.

Quedan Excluidas las pruebas genéticas oncológicas.

3.25. Otorrinolaringología

3.26. Podología

4 sesiones año.

3.27. Psicología

10 sesiones/año. (Requiere prescripción por un médico psiquiatra del cuadro médico de la Entidad Aseguradora).

3.28. Psiquiatría

Excluidos cualquier tipo de Test, tratamiento de drogadicción y alcoholismo, así como terapias tanto de grupo como individuales.

3.29. Reumatología

Queda excluida la Radiofrecuencia.

3.30. Traumatología y cirugía ortopédica

Queda excluida la Radiofrecuencia.

3.31. Unidad del dolor

Máximo de cuatro sesiones anuales. Queda excluida la Radiofrecuencia. Previa autorización y en los centros autorizados por la Entidad Aseguradora.

3.32. Urología

Incluido el chequeo prostático incluyendo PSA, ecografía y ecografía vesico-prostática. **Queda excluida la Vasectomía, el Láser Verde y la enucleación en el tratamiento de HPB.**

4. Medios de diagnóstico

Las pruebas de diagnóstico se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita por un médico de la Entidad Aseguradora y en los centros designados por la misma.

4.1. Sin periodo de carencia:

Análisis clínicos, Bioquímica, Microbiología, Parasitología y Cito patología.

Diagnóstico por imagen

- Radiologías simples (Sin carencias).
- Radiologías con contraste (complejas)
- Tomografía axial computarizada (TAC)
- Resonancia Nuclear Magnética (RNM)

- Ecografías (Excepto la ecografía obstétrica)
- Ecografía Obstétrica
- Eco-Doppler
- Radiología intervencionista
- Pruebas y tratamientos de Hemodinámica
- Mamografías

4.2. Colposcopia Otras técnicas

- Hematología
- Anatomía Patológica
- Gammagrafías
- Otras Pruebas de Isotopos Radioactivos
- Densitometría
- Electromiografías
- Electroencefalogramas
- Polisomnografía (Excluido CPAP)
- Endoscopias
- Panendoscopia
- Ergometría
- Holter
- Audiometría
- Potenciales Evocados
- Pruebas Funcionales Respiratorias
- Pruebas de alergias
- P.E.T.
- Citología Vaginal
- Anatomía Patológica (Biopsias, Citologías)

5. Tratamiento terapéutico

Se realizará por prescripción de un médico de la Entidad Aseguradora en los centros destinados por los mismos-

6. Hospitalización

Todos los servicios de hospitalización deberán ser prescritos por un médico de la Entidad Aseguradora y los ingresos deberán efectuarse en los centros médicos designados por la Entidad Aseguradora y que figuran en el cuadro médico.

El ingreso se efectuará en habitación individual con derecho a cama para el acompañante, excepto en UVI. **En UVI, el ingreso total anual será solo de 10 días.**

Serán por cuenta de la Entidad Aseguradora: el tratamiento, estancia y gastos de quirófano.

6.1. Hospitalización quirúrgica

6.1.1. Intervenciones quirúrgicas

6.1.2. Intervenciones cirugía cardíacas.

6.2. Hospitalización médica

6.1.3. El ingreso hospitalario no quirúrgico será sin límite de días.

6.3. Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos

La Entidad Aseguradora limita la cobertura de este tipo de ingresos a diez días al año.

6.4. Hospitalización psiquiátrica

La Entidad Aseguradora limita la cobertura de este tipo de ingresos a veinte días al año.

6.5. Hospitalización obstétrica

6.5.1. Partos sin periodo de carencia

La Asegurada correrá con los gastos del parto según baremos de la Entidad Aseguradora, en caso de estar embarazada de menos de 8 meses.

Cubre habitación individual con cama para el acompañante, asistencia Neonatólogo, Nido y UVI neonatológica, si procede.

Los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la Póliza desde el mismo momento del nacimiento, **siempre que el parto haya sido con cargo a la Entidad Aseguradora**. Para ello, el Tomador del seguro **deberá comunicar a la Entidad Aseguradora dicha circunstancia en un plazo máximo de 15 días desde el nacimiento del hijo, mediante la cumplimentación de una solicitud. También será necesario que la póliza de la madre tenga una antigüedad de 24 meses**. Si se cumplen estas condiciones, el alta del recién nacido tendrá sus efectos desde el día de su nacimiento, no aplicándose periodos de carencia ni preexistencias. **Si se incumpliera alguna de estas condiciones, será necesario cumplimentar un Cuestionario de salud y la Entidad Aseguradora podrá denegar su admisión.**

Pago de primas

El tomador del seguro está obligado al pago de la prima, que se efectuará por transferencia bancaria.

La prima será exigible a la firma de este contrato de seguro en un pago único por el periodo total de la vigencia del seguro, y si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Entidad Aseguradora tendrá derecho a resolver el contrato o a exigir su pago por la vía que estime oportuna, incluso la judicial, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.

En cualquier caso, la Entidad Aseguradora cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

Forma de prestar los servicios

La asistencia sanitaria se prestará dentro de los límites y condiciones estipuladas en la presente Póliza, proporcionando la Entidad Aseguradora al Tomador del seguro y/o al Asegurado la asistencia médica y quirúrgica en toda clase de enfermedades comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran descritas en la presente Póliza.

Las visitas domiciliarias se efectuarán únicamente cuando por motivos que dependan solo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, éste no pueda trasladarse a la consulta del facultativo.

La petición de hora de consulta se efectuará, en el horario señalado en el correspondiente cuadro médico.

En casos de urgencia el Asegurado deberá acudir al servicio permanente que en cada momento tenga establecido la Entidad Aseguradora, utilizando el número de teléfono que figure en el carnet que se ha de entregar al Asegurado, o en cualquier otro documento complementario; y si la urgencia o gravedad del caso así lo aconsejara, a los servicios de urgencia hospitalaria concertados por la Entidad Aseguradora que figuran en el Cuadro Médico de la Entidad.

La Entidad Aseguradora no se hace responsable, y por ello no abonará honorarios de facultativos ajenos al cuadro médico de la Entidad.

La prestación de un servicio asistencial deberá ser prescrita y ordenada por escrito por un médico de la Entidad Aseguradora; la hospitalización requerirá, además, la confirmación por parte de la S Entidad Aseguradora mediante extensión del oportuno volante o facilitación de la clave que sea necesaria.

En los casos de urgencia será suficiente a estos efectos la orden del médico, pero el Asegurado deberá obtener la confirmación de la Entidad Aseguradora dentro de las setenta y dos horas siguientes a su ingreso en el Centro Hospitalario.

El servicio de ATS y practicantes, si es urgente o debe prestarse domiciliariamente, deberá canalizarse a través de las atenciones domiciliarias llamando al número de teléfono que figura a tal fin en el Cuadro Médico de la Entidad.

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

Servicio de urgencia

La Entidad Aseguradora asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en la presente Póliza y con los servicios cubiertos por este contrato de seguro.

Para recibir cualquier servicio de urgencia deberá solicitarse accediendo al Centro o Centros permanentes de urgencia que a tal fin tenga establecidos la Entidad Aseguradora y que, con su respectivo teléfono, figuran consignados en el Cuadro Médico de la Entidad.

Las urgencias se prestarán única y exclusivamente en los Centros indicados.

La asistencia domiciliaria sólo se prestará cuando el Asegurado no pueda, por razones de enfermedad, acudir a la consulta del facultativo correspondiente; se solicitará mediante llamada al teléfono que a tal fin figura consignado en el Cuadro Médico de la Entidad, y tendrá por objeto la visita de un facultativo, que será quien disponga, en su caso, la asistencia al Asegurado como urgencia hospitalaria.

Obligaciones del tomador del seguro y/o asegurado

El Tomador del seguro y, en su caso, el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

1. Declarar a la Entidad Aseguradora todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo, y cumplimentar con total veracidad el cuestionario de salud que a tal fin se le facilite.
2. Comunicar a la Entidad Aseguradora, durante el curso del contrato de seguro y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que puedan agravar el riesgo y/o sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la firma del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

En tales circunstancias el Asegurador podrá proponer una modificación de las condiciones o rescindir el contrato.

3. Comunicar la Entidad Aseguradora, tan pronto como se produzca, el cambio de domicilio del Tomador y, en su caso, del Asegurado.
4. 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 a la Entidad Aseguradora, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.

5. Facilitar la subrogación que a favor de la Entidad Aseguradora establece al artículo 43 de la Ley de Contrato de Seguro.
6. Acreditar ante los médicos, demás personal sanitario, clínicas y/o Hospitales su condición de Asegurado, mediante la exhibición de la tarjeta del Asegurado y el justificante de estar al corriente en el pago de la prima y/o cuotas.
7. **El Tomador del seguro, y los Asegurados, en su caso, perderán el derecho a la prestación garantizada si incumplen el contenido de las obligaciones contempladas en los números 1, 2 Y 5 de la presente CLÁUSULA.**

Perdida de derechos. Resolución de contrato

El contrato podrá ser resuelto por la Entidad Aseguradora antes de su vencimiento en cualquiera de las circunstancias siguientes:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud. La Entidad Aseguradora podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al

Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del cuestionario cumplimentado por alguno de los Asegurados incluidos en la póliza. Corresponderán a la Entidad Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esa declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Entidad Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medio dolo o culpa grave del Asegurado quedará liberada del pago de la prestación.

- b) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).
- c) Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiese declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos Asegurados, la Entidad Aseguradora solo podrá resolver el contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la póliza, excediere de los límites de admisión establecidos por la Entidad Aseguradora.

En la presente póliza, no existe derecho de rehabilitación de la misma, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro.

Obligaciones de la Entidad Aseguradora

La Entidad Aseguradora tendrá las siguientes obligaciones específicas:

1. Prestar la asistencia médico-quirúrgica en los términos y bajo las condiciones, períodos de carencia, limitaciones y exclusiones contenidas en la presente Póliza y, en su caso, en las condiciones particulares del contrato de seguro.
2. Entregar al Tomador del seguro la documentación e información precisas para la correcta utilización de los servicios sanitarios Asegurados.

Indisputabilidad del contrato

La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado, transcurridos dos años desde la celebración del contrato, salvo que el Tomador haya actuado con dolo y/o tuviera conocimiento de afección anterior a la firma del contrato no reseñada al momento de su conclusión, ni consignada en el cuestionario de salud.

Comunicaciones

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora, por parte del Tomador del seguro, y del Asegurado, en su caso, se realizarán en el domicilio social de la Entidad Aseguradora, señalado en el contrato.

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador del seguro, o al Asegurado, en su caso, se realizarán en el domicilio que conste en el contrato, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a la Entidad Aseguradora.

Reclamaciones

Los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de los anteriores podrán plantear reclamación ante:

Centro de Atención de Reclamaciones

Si el Asegurado estuviera disconforme con la resolución dictada por la Entidad Aseguradora, podrá formular su queja o reclamación ante este Departamento.

Para ello será necesario que el interesado presente un escrito en el que se haga constar sus datos personales, el motivo de la queja o reclamación con especificación clara sobre las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento, el departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos, declaración expresa de no tener conocimiento de que la materia objeto de la queja o reclamación esté siendo sustanciada en un procedimiento administrativo arbitral o judicial, y el lugar, fecha y firma. Asimismo, el interesado deberá aportar las pruebas que obren en su poder.

La reclamación se podrá presentar en la dirección de correo electrónico, habilitada al efecto, mediante el sistema de firma electrónica avanzada.

Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

Debiéndose acreditar que ha transcurrido el plazo de 2 meses sin recibir respuesta del Centro de Atención de Reclamaciones o que este ha desestimado su petición.

Juzgados y Tribunales

En cualquier caso, podrá acudir a los juzgados y tribunales, siendo competentes los del domicilio del Asegurado.

Jurisdicción competente

Será Juez competente para el conocimiento de todas las acciones derivadas del presente contrato de seguro el del domicilio del Tomador del seguro.

Anexo a las Condiciones Generales

Anexo I. Asistencia en viaje

Esta póliza incluye el seguro de viaje en el extranjero con las siguientes coberturas:

1. Gastos médicos, farmacéuticos o de hospitalización en el extranjero.

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente sobrevenido durante el viaje, el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, LA REASEGURADORA se hará cargo de:

- a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- b) b) Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- c) c) Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por Asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, **es de 15.000 euros.**

En ningún caso se sustituirá a los organismos de socorro de Urgencia ni la Entidad Aseguradora se hará cargo del coste de estos servicios.

2. Gastos odontológicos de urgencia en el viaje al extranjero.

En el supuesto de viaje al extranjero, LA REASEGURADORA se hará cargo de los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos que requieran un tratamiento de urgencia, con un límite de 150 euros.

Anexo II. Suplemento dental

La Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado, en todo el territorio nacional, un Servicio Odonto-Estomatológico por el que podrá acceder a un Cuadro Médico de Odontólogos y Estomatólogos privados.

En este Cuadro Médico de Odontólogos y Estomatólogos podrá solicitar dos tipos de servicio:

- Servicios sin coste, para los servicios dentales que se especifican a continuación, y que deberán ser prescritas por dentistas del Cuadro Médico Concertado.
- Servicios a los precios fijados en la Guía Médica Dental, que incluyen importantes descuentos respecto al precio de venta al público.

Servicios incluidos en su Póliza y a los que podrá acceder sin coste:

Primeras visitas

- Primera visita y entrega de presupuesto.
- Visita de revisión.
- Visita de urgencia.
- Urgencias nocturnas, fines de semana y festivos (previa llamada telefónica al servicio de urgencias).

Odontología preventiva

- Curas (infecciones y/o aftas). Por sesión. *
- Educación bucodental.
- Enseñanza de técnicas de cepillado y otros elementos de higiene.
- Fluorizaciones.
- Selladores oclusales.
- Limpieza de boca. Tartrectomía - (ambas arcadas) sobre periodonto sano.
- Pulido de dientes (pasta fluorada).
- Utilización de arenadora con bicarbonato para manchas rebeldes.
- Planificación de dieta para control de caries.
- Tinción e índice de placa.
- Tratamiento desensibilizante (sesión). *
- Recomendación y prevención de xerostomía.

Radiología

- Radiografías Odontológicas (periapical, aleta, oclusal).
- Radiovisografía digital (RVG).
- Ortopantomografía (Panorámica Dental).**
- Telerradiografía Lateral o frontal de Cráneo. **
- Radiografía de ATM.**
- Serie radiografica periodontal.

***Cobertura a través de Cuadro Médico de la Entidad Aseguradora. Requieren autorización**

Registros (Toma de medidas)

- Impresión dentoalveolar y positivado del modelo y obtención de registros intermaxilares.

Obturaciones

- Obturación provisional.
- Poste prefabricado o retención radicular.
- Pins o espigas en dentina.

Endodoncias

- Prueba de vitalidad (por pieza).
- Apertura pulpar cameral. *

Periodoncia

- Diagnóstico y sondaje.
- Tallado selectivo.
- Análisis oclusal.
- Test microbiológicos /estudios bioquímicos (toma de muestras).
- Aplicación local de quimioterápicos.

Ortodoncia

- Primera visita para reconocer al paciente.
- Cajitas de ortodoncia.
- Recementado del mantenedor.
- Visitas periódicas de revisión post-tratamiento.

Prótesis fija

- Cementado o recementado de coronas o puentes o incrustación (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Ajustes oclusales a prótesis ya colocadas.
- Prótesis fija metálica.
 - Recementado del mantenedor.

Prótesis removable

- Composturas simples de prótesis removibles (por pieza a colocar o gancho no colado) (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Compostura soldadura (cada una) (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Soldar gancho o retenedor (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Rebase de prótesis removable (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).

- Rebase con resina o similares acondicionadores de forma provisional, en las prótesis removibles (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Ajustes oclusales sin montaje en articulador para prótesis (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Ajustes oclusales con montaje en articulador con toma de impresiones estudio oclusal (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).

Cirugía oral

- Retirar puntos.
- Extracciones que no precisen cirugía (excluidos cordales o piezas incluidas).
- Extracción complicada y/o sutura.
- Extracción diente temporal.
- Extracción por odontosección.
- Extracción de cordal semi incluido.
- Extracción de cordal (una sola pieza).**
- Quistectomía (quistes maxilares).
- Frenillo lingual o labial. Frenectomía.
- Cirugía Menor (tejidos blandos).**
- Toma de biopsia.
- Cirugía preprotésica.**
- Apertura y drenaje abscesos (cada uno).
- Extracción de sangre para PRP.

***Cobertura a través de Cuadro Médico de la Entidad Aseguradora. Requieren autorización**

Implantología

- Estudio implantológico
- Férula quirúrgica
- Férula radiológica
- Revisiones implantología.
- Fase quirúrgica.
 - Fenestración para descubrir implante (segunda cirugía).
 - Extracción de cuerpo extraño submucoso.
 - Sialolitotomía.
- Fase protésica.
 - Falso muñón de titanio
 - Tornillo de cicatrización
 - Tornillo de cementación

Estética dental

- Ameloplastia (recontorneado estético).

Patología articulación temporomandibular-ATM

- Analisis oclusal y tallado selectivo en paciente con interferencias.
- Roncopatía.
 - Primera visita para explicación de tratamiento y entrega de presupuesto.
 - Visita de revisión.
- Apnea / hipoapnea obstructiva del sueño (SAHOS).
 - Primera visita para explicación de tratamiento y entrega de presupuesto (incluye analisis resultado prueba del sueño)

El resto de servicios dentales requeridos por el Asegurado a esos profesionales, los abonará directamente a los mismos a los precios fijados en la Guía Médica Dental para este servicio odonto-estomatológico baremado.

Los tratamientos marcados con asterisco (*) se pueden realizar mediante láser. En caso de utilizar esta técnica puede aplicarse un suplemento de 58€ por tratamiento.

Todas las pruebas relacionadas en este Anexo III deberán ser prescritas por dentistas del Cuadro Médico Concertado.