

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA IPRESA INNOVA

CLAUSULA PRELIMINAR: El presente Contrato se rige por lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (en adelante, la Ley), y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y, en su caso, Especiales del propio Contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por el Tomador, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

DEFINICIONES

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

Asegurado: La persona o personas naturales sobre las cuales se establece el Seguro.

Asegurador/Aseguradora: **IGUALATORIO DE PREVISIÓN SANITARIA S.A. DE SEGUROS** (en adelante **IPRESA**) Entidad que asume el riesgo contractual pactado.

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

Franquicia: Cantidad expresamente pactada que el Asegurado deberá abonar al Asegurador por cada asistencia. Su cuantía que viene determinada en las Condiciones Particulares, puede ser actualizada anualmente.

Plazo o periodo de carencia: Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la Póliza. Dicho plazo se computa por meses, contados desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

Póliza: Documento escrito que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: la Solicitud de Seguro, el Cuestionario de Salud, las

Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales y los suplementos o apéndices que se añadan a la misma, para complementarla o modificarla.

Prima: El precio del Seguro. El recibo de prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles. La prima del Seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

Tomador del Seguro: Es la persona física o jurídica que junto con IPRESA suscribe este Contrato, y con ello acepta las obligaciones que en él se establecen a cambio de las que IPRESA toma a su cargo, aunque alguna de ellas por su naturaleza, deban ser cumplidas por el propio Asegurado.

Accidente: Lesión corporal sufrida durante la vigencia de la Póliza, derivada de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que haga precisa tratamiento médico o quirúrgico.

A.T.S./D.U.E.: Profesional legalmente capacitado y habilitado para el ejercicio de la actividad de enfermería.

Enfermedad: Toda alteración de la salud del Asegurado, no derivada de un accidente, diagnosticada por un médico, que haga precisa la prestación de Asistencia Sanitaria.

Enfermedad congénita: Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento.

Enfermedad preexistente: Toda enfermedad del Asegurado contraída y/o padecida con anterioridad a la contratación de este Seguro.

Hospital: Todo 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 sólo 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, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos e 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.

Intervención quirúrgica: Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano en un centro autorizado y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

Médico: Profesional legalmente habilitado para ejercer la Medicina.

Parto: Se entiende por parto normal a término aquel que se produce entre la semana 37 y la 42 desde la fecha de la última menstruación. Parto pretérmino o prematuro es aquel que se produce entre la semana 28 y la 36 de gestación.

Prestación: Consiste en la Asistencia Sanitaria derivada del acaecimiento de un siniestro.

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

Rehabilitación: Actos dirigidos por un facultativo poseedor del título de la especialidad, auxiliado por fisioterapeutas y realizado en un centro idóneo de rehabilitación, que se dediquen a restituir funcionalmente aquellas partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de una enfermedad o accidente.

Siniestro: Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios incluidos en la Póliza.

Tarjeta IPRESA Salud: Documento propiedad del Asegurador que se expide y entrega a cada Asegurado incluido en la Póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la Póliza.

Urgencia: Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

1ª - OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la prima que en cada caso corresponda, IPRESA se compromete a proporcionar al Asegurado, la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones, y esté comprendida en las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios que figuran en la Cláusula 2ª - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA.

En todo caso, IPRESA asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la Póliza y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 103 de la Ley.

En el presente Seguro de Asistencia Sanitaria no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de servicios de Asistencia Sanitaria.

2ª - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

I. MEDICINA PRIMARIA:

- **Medicina General – Médico de Familia:** Asistencia en consulta y a domicilio, siempre y cuando el enfermo no pueda desplazarse por motivos médicos.
- **Pediatría y Puericultura:** Para niños menores de catorce años. Asistencia en consulta y a domicilio, siempre y cuando el enfermo no pueda desplazarse por motivos médicos.
- **Servicio de ATS:** Asistencia en consulta y a domicilio, siempre y cuando el enfermo no pueda desplazarse por motivos médicos, y previa prescripción de un médico de la Aseguradora.

II. URGENCIAS:

- **Servicio permanente de Urgencia,** que se prestará en el Centro o Centros que constan en el cuadro médico entregado por IPRESA.
- **Asistencia de Urgencia a Desplazados,** tanto médica como quirúrgica de todos los servicios especificados en esta Póliza. El servicio se prestará por las Entidades concertadas, en todas las capitales de provincia del territorio Nacional. El Asegurado deberá proveerse de la Tarjeta de Desplazado actualizada y de la relación de Entidades, sus Centros de Asistencia y Urgencias permanentes.

III. ESPECIALIDADES:

Asistencia sanitaria, en las especialidades que a continuación se citan:

- **Alergología-Inmunología:** No incluye el coste de las vacunas que serán por cuenta del Asegurado.
- **Anestesiología y Reanimación:** Quedan incluidos los tratamientos de dolor, siempre y cuando sean prescritos por un facultativo dentro del cuadro médico de la Aseguradora.
- **Anatomía Patológica.**
- **Angiología y Cirugía Vasculor:** Se incluye el tratamiento esclerosante de varices, la microespuma y el láser vascular. La finalidad terapéutica de estos tratamientos debe ser confirmada mediante la aportación de pruebas diagnósticas.
- **Aparato Circulatorio.**
- **Aparato Digestivo.**
- **Aparato Respiratorio. Neumología.**
- **Cardiología.** Incluye la prevención del riesgo cardiovascular en personas mayores de 45 años.

- *Cirugía Ano-Rectal. Proctología.*
- *Cirugía Artroscópica.*
- *Cirugía Laparoscópica.*
- *Cirugía Cardíaca.*
- *Cirugía Cardiovascular.*
- *Cirugía General y del Aparato Digestivo.* Incluye la técnica laparoscópica.
- *Cirugía Máxilo-facial.*
- *Cirugía Pediátrica.*
- *Cirugía Plástica Reparadora. Queda excluida la cirugía con finalidad puramente estética.* Queda incluida la reconstrucción de la mama tras mastectomía radical sufrida por la Asegurada durante el período de vigencia de la Póliza. Incluida la prótesis mamaria.
- *Cirugía Torácica.*
- *Dermatología médico quirúrgica y venereología: Quedan excluidos los tratamientos con finalidad puramente estética. No se incluyen los tratamientos del cuero cabelludo y de lesiones actínicas de la piel, ni la dermatoscopia (mole-max, epiluminiscencia, etc.), ni el tratamiento dermato-cosmético con láser.*
- *Endocrinología y Nutrición.*
- *Geriatría.* Se excluye la asistencia e internamiento sanatorial por razones de tipo social.
- *Ginecología y Tología:*
 - a) Asistencia/Control Embarazo y Parto: Vigilancia del embarazo por médico tocólogo, y asistencia por éste a los partos/cesáreas.
 - b) Planificación Familiar: Control de tratamiento con anovulatorios, implantación del D.I.U. y su vigilancia, **excluido el coste del dispositivo intrauterino.** Ligadura de trompas.
 - c) Medicina Preventiva: Revisión ginecológica anual. Encaminada al diagnóstico precoz de neoplasias de mama y de cuello uterino. Incluye el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad, así como las intervenciones ginecológicas con la técnica laparoscópica.
 - d) La biopsia de corion, el triple screening y la amniocentesis. **Esta última cuando la Asegurada tenga más de 35 años o exista un factor de riesgo conocido.**
 - e) Reproducción asistida: Para el tratamiento de la esterilidad de la pareja. La cobertura incluye el estudio, diagnóstico (con las pruebas

complementarias habituales y protocolizadas) y el tratamiento de la infertilidad de la pareja, hasta el límite de 2 intentos de inseminación artificial y 1 intento de fertilización in vitro, estando incluida la ICSI (microinyección espermática), caso de ser necesaria. La edad límite para la aplicación de las diferentes técnicas se fija en 40 años.

Queda excluido el tratamiento, si la esterilidad se ha producido voluntariamente o si es consecuencia del proceso fisiológico natural. Será condición indispensable para recibir esta cobertura, que ambos miembros de la pareja estén Asegurados. Se establece un periodo de carencia de 24 meses.

El tratamiento se llevará a cabo en los centros médicos y hospitalarios y por los facultativos designados al efecto por el Asegurador, que no necesariamente estarán ubicados en la provincia del domicilio del Asegurado. La aplicación de técnicas de reproducción asistida se ajustará a la legislación vigente.

- *Hematología y Hemoterapia.* Queda incluido el trasplante autólogo de médula ósea.
- *Medicina Interna.*
- *Medicina Nuclear.*
- *Nefrología.*
- *Neonatología.*
- *Neurocirugía.*
- *Neurología Clínica.*
- *Odontología.* Curas estomatológicas y extracciones, **excluyendo empastes, prótesis, ortodoncias, endodoncias, periodoncias y limpieza de boca salvo que esta última sea prescrita por un médico de la Entidad Aseguradora.**
- *Oftalmología:* Queda incluido:
 - a) La fotocoagulación por láser y el trasplante de córnea siendo la córnea a trasplantar por cuenta del Asegurado.
 - b) Una consulta anual para la graduación visual.
 - c) La corrección con Láser Excimer o Lasik de la miopía, hipermetropía y astigmatismo en los centros designados por el Asegurador. **En todo caso el Asegurado abonará al Asegurador, con carácter previo a la intervención, una franquicia de 400 euros por ojo.**
- *Oncología Médica.*
- *Oncología Radioterápica.*

- **Otorrinolaringología.**
- **Psiquiatría.** Se excluyen todo tipo de test, psicoterapia individual o de grupo y tratamientos por drogadicción o alcoholismo.
- **Psicología Clínica.** Incluye la atención psicológica de carácter individual y temporal, de forma ambulatoria, prescrita por un psiquiatra dentro de la lista de facultativos del Asegurador y cuya finalidad sea el tratamiento de procesos susceptibles de intervención psicológica, **hasta un máximo de 15 sesiones por Asegurado y año, con una franquicia por sesión de 10 euros.**

Será necesaria la autorización del Asegurador previamente a su realización.

Procesos excluidos: el psicoanálisis, la hipnosis, la narcolepsia ambulatoria, sofrología, los test psicológicos y psicométricos, la psicoterapia psicoanalítica así como la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría.

- **Rehabilitación y Fisioterapia,** previa prescripción de un médico de la Aseguradora, en régimen ambulatorio y **estando limitado el tratamiento a 90 días por año natural.**
- **Reumatología.**
- **Traumatología y Ortopedia.**
- **Urología:** Incluye la vasectomía, el diagnóstico de la impotencia (no su tratamiento) así como el estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.

IV. MEDIOS DE DIAGNOSTICO:

Las pruebas de diagnóstico se realizarán en todos los casos, previa prescripción escrita de un médico del Asegurador.

Comprende los medios de diagnóstico habituales reconocidos por la práctica médica en el momento de suscripción de la Póliza. Los medios de contraste utilizados se encuentran incluidos en la cobertura.

- **Análisis Clínicos:** Bioquímicos, Hematológicos, Microbiológicos, Parasitológicos y Anatomopatológicos, Citología.
- **Radiología:** Todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos.
- **Otros medios de Diagnósticos** incluidos que tendrán un **periodo de carencia de 6 meses:**
 - Doppler Cardíaco, Electrocardiografía, Electroencefalograma, Electromiografía, Espirometría, Fibroendoscopia.
 - Ergometría, Hemodinámica Vascular, Holter, Resonancia Magnética Nuclear y TAC (Scanner).

- Radiodiagnóstico: incluye las técnicas habituales de diagnóstico como angiografía, arteriografía digital, y densitometría ósea, ecografía mamografía, y radiología no intervencionista.
- Medicina Nuclear. Isótopos radioactivos y Gammagrafía.
- Tomografía por Emisión de Positrones (PET): Se incluye exclusivamente en los casos e indicaciones definidos y aceptados por los Organismos oficiales españoles competentes.
- Tomografía por múltiples detectores (DMD), **exclusivamente para patologías del sistema vascular.**
- Endoscopias, incluida la técnica de la cápsula endoscópica.
- Polisomnografía, **exclusivamente para el estudio del síndrome de la apnea obstructiva del sueño.**
- Radiología intervencionista o invasiva.
- Detección del ganglio centinela. Patología mamaria.

V. HOSPITALIZACIÓN:

Se realizará en Centros concertados por el Asegurador bajo las siguientes condiciones:

- **Hospitalización Obstétrica (Partos).** En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de sala manutención de la parturienta, quirófano o sala de partos, anestesia, curas y su material, medicación e incubadora, serán a cargo de la Aseguradora. **El internamiento del recién nacido en incubadora tendrá un límite de 40 días por año.**
- **Hospitalización Quirúrgica.** Ocupando el enfermo habitación individual con cama para su acompañante. Serán de cuenta del Asegurador todos los gastos de hospitalización: quirófano, anestesia, estancias y manutención del enfermo, medicación, curas y otros tratamientos necesarios.
- **Hospitalización Médica.** Se realizará previa prescripción escrita de un médico del Asegurador, en habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de hospitalización (estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamientos necesarios), serán a cargo de la Aseguradora. La duración del internamiento será determinada por el médico de la Aseguradora encargado de la asistencia, **con un límite máximo de 90 días por año natural.**
- **Hospitalización en UVI.** Los gastos de hospitalización medicación y tratamiento serán de cuenta de la Aseguradora, **con un límite de 60 días por año natural.**
- **Hospitalización Psiquiátrica.** Exclusivamente para los enfermos previamente diagnosticados por un especialista del Asegurador de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, **con un límite de 30 días por año natural.** Los gastos de hospitalización, medicación y tratamiento serán de cuenta de la Aseguradora.

VI. TRASPLANTES:

La cobertura de la presente Póliza incluye los gastos que se deriven del trasplante de médula ósea y de córnea que se realicen en los centros sanitarios debidamente autorizados. **El Asegurador no se hará cargo de la obtención y localización de los órganos para trasplante, ya que debe ser el equipo médico que realizará la intervención, a través de la Organización Nacional de Trasplantes, quien realizará las gestiones necesarias para su consecución, siendo éstas de carácter gratuito.**

VII. PROTESIS:

Quedan cubiertas cualquier tipo de prótesis internas fijas de carácter temporal o definitivo: válvulas cardíacas, bypass vascular, marcapasos, stent, prótesis de cadera, material de osteosíntesis, resto de prótesis internas fijas, lentes intraoculares y prótesis mamarias post mastectomía de origen neoplástico, siempre y cuando se haya producido la mastectomía durante el periodo de vigencia de la Póliza.

Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, las ortesis, los fijadores externos, prótesis e implantes osteointegrados dentales y cocleares, prótesis de pene, escroto, expansores de piel y/o prótesis auditivas y las lentes intraoculares multifocales.

VIII. TRATAMIENTOS ESPECIALES:

- **Aerosolterapia-Ventiloterapia, con un límite de 60 días por año natural.**
- **Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio, con un límite de 60 días por año natural.**
- **Transfusiones de Sangre y/o Plasma.**
- **Logofoniatría, excluida la terapia educativa, limitándose el tratamiento a 90 días por año natural.**
- **Accidentes laborales y de circulación.**
- **Ondas de choque extracorpóreas: Tratamiento** para procesos musculoesqueléticos.

Tendrán un periodo de carencia de seis meses, los siguientes tratamientos especiales:

- **Nucleotomía Percutánea.**
- **Quimioterapia y Cobaltoterapia Oncológicas.** En régimen ambulatorio, **con medicación a cargo del Asegurado y en caso necesario en régimen de internamiento hospitalario, con un límite de 40 días por año natural.** En este último supuesto la Aseguradora sólo asumirá los gastos de medicamentos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente **cistostáticos** que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad.

- **Electrorradioterapia:** Radioterapia Superficial y Profunda, Onda Corta, Rayos Infrarrojos, Rayos Ultravioleta y Corrientes Eléctricas.
- **Diálisis y Riñón Artificial:** Este servicio se prestará previa prescripción escrita de un especialista de la Aseguradora para el Tratamiento durante los días precisos de Insuficiencias Renales Agudas de carácter reversible, **quedando expresamente excluidas las afecciones crónicas y el transporte del Asegurado al centro y viceversa.**
- **Litotricia Renal.**

IX. OTROS SERVICIOS:

- **Ambulancias.** Para el traslado de Asegurados enfermos dentro de la localidad, desde su domicilio hasta el centro asistencial donde deban ser hospitalizados, mediante prescripción de un médico de la Entidad Aseguradora (salvo en los casos de fuerza mayor).
- **Matronas,** en asistencia hospitalaria al parto.
- **Podología:** La cobertura de la presente Póliza incluye 6 quiropodias / año.
- **Preparación al parto:** La cobertura de la presente Póliza incluye los gastos por asistencia a programas de preparación al parto, **con un límite de 300 euros por embarazo.**

3ª - FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

La Asistencia Sanitaria cubierta por el Seguro se prestará, por los servicios de la Entidad Aseguradora en San Sebastián y en el resto del territorio nacional (Capitales de provincia como mínimo) en que la Entidad tenga dichos servicios debidamente autorizados, bien propios o a través de Entidades Aseguradoras asociadas para este fin, y siempre ateniéndose al cuadro facultativo de las citadas Entidades Aseguradoras.

1. El Asegurado puede elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los médicos incluidos en el cuadro médico que la Aseguradora tiene a su disposición. Con independencia de lo que antecede, la Aseguradora puede proponer al Asegurado que elija dentro del cuadro médico de su provincia, al Médico General o de Familia y en su caso al Pediatra que desee, a fin de adscribirle a ellos como responsables de la atención familiar. De llevarse a cabo esta adscripción, el Asegurado podrá modificarla cuando lo desee con una simple comunicación a IPRESA sin que deba aducir motivo alguno.
2. La visita domiciliaria de Medicina General, Pediatría y Puericultura, y ATS, se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, entre las 9 de la mañana y las 16 horas, para realizarse en la tarde de ese mismo día. El uso adecuado de este servicio requiere que se utilice solo por motivos estrictamente médicos.

La Aseguradora se obliga a prestar la asistencia únicamente en el domicilio del Asegurado que figura en la Póliza; cualquier cambio de éste deberá notificarse a IPRESA, por cualquier medio fehaciente con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de una prestación en él.

3. La Aseguradora no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a ella, ni de los gastos de internamiento sanatorial o servicios que los mismos pudieran prescribir.

4. La prescripción y colocación de todas las Prótesis, tanto internas como externas, **a excepción de las dentarias**, correrá a cargo de la Aseguradora. En cuanto al coste de la Prótesis en sí será de cuenta de la Aseguradora en el supuesto de Válvulas Cardíacas, Marcapasos, Prótesis de Cadera, Prótesis de Bypass Vascular y Prótesis de Rodilla, aunque la Aseguradora se reserva en todo caso la gestión necesaria para su obtención. **El coste de cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas, serán de cuenta del Asegurado. los fármacos y medicamentos serán de cuenta del Asegurado**, salvo que se halle hospitalizado, de acuerdo con la cláusula 2ª Descripción de la Cobertura.

5. Al requerir la asistencia el Asegurado debe exhibir el Documento Identificativo que la Aseguradora le facilitará al efecto y abonar la franquicia concertada. El importe de la franquicia y el procedimiento de abono de las mismas vendrá determinado en las Condiciones Particulares de la Póliza.

6. La hospitalización o prestación de los servicios para los que el cuadro médico impreso así lo determina, será ordenada por escrito por un médico de la Aseguradora, y el Asegurado deberá obtener la conformidad documentada de esta en las oficinas de IPRESA. Una vez otorgada ésta, vinculará económicamente a la Aseguradora. En los casos de urgencia será suficiente a estos efectos la orden del médico, **pero el Asegurado deberá obtener la conformidad de la Aseguradora en las oficinas de IPRESA, dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso.** La Aseguradora 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 u hospitalización.

7. Para recibir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente, según proceda, a un centro permanente de urgencia de los que la Aseguradora tiene establecidos, cuya dirección y teléfono figuran en el cuadro médico que se entrega al Asegurado.

8. A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la Asistencia.

4ª - PAGO DE PRIMAS

1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la prima.

2. La primera prima será exigible conforme al artículo 15 de la Ley una vez firmado el Contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Aseguradora tiene 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 ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario.

3. En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo y, si IPRESA no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido. Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.

4. La Aseguradora sólo queda obligada en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al corredor no se entenderá realizado al Asegurado, salvo que, a cambio el corredor entregara al Tomador del Seguro el recibo de prima emitido por la Aseguradora.

5. Podrá convenirse en Condiciones Particulares el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorros. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:

a) El Tomador del Seguro entregará a IPRESA una carta dirigida al Banco o Caja, dando la orden oportuna al efecto.

b) La Prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro en la citada cuenta y dentro del plazo de los treinta días naturales siguientes a su vencimiento, éste no hubiese sido posible por causas imputables al Tomador del Seguro. En este caso IPRESA, notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la misma, y el Tomador vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

c) Si IPRESA, dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro, aquella deberá notificar tal hecho a este último por carta o cualquier otro medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de treinta días naturales para que le comunique la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la fecha de recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado a IPRESA.

5ª - OTRAS OBLIGACIONES, FACULTADES Y DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O DEL ASEGURADO

1. El Tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado, tiene las siguientes obligaciones:
 - a) Declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que esta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.
 - b) Comunicar a IPRESA, durante el curso del Contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que de acuerdo con el cuestionario de estado de salud del Asegurado presentado previamente agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la Aseguradora en el momento de la perfección del Contrato no lo habrían celebrado o lo habrían concluido en condiciones más gravosas.
 - c) Comunicar a IPRESA tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.
 - d) Comunicar a IPRESA tan pronto como le sea posible las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente Contrato, tomando efecto las mismas el día primero del mes siguiente a la fecha de la notificación efectuada por el Tomador y adaptándose la prima a la nueva situación. Los hijos recién nacidos del Asegurado serán incorporados automáticamente en la Póliza, con todos sus derechos y obligaciones, a menos que durante el embarazo sean excluidos expresamente por el Tomador, no aplicándose periodo de carencia superior al que en el momento del nacimiento faltase por consumir al padre, y en su defecto, a la madre.
 - e) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Aseguradora, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.
 - f) Facilitar la subrogación que a favor de la Aseguradora establece el artículo 43 de la Ley.
2. El Tomador del Seguro podrá reclamar a IPRESA en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la Proposición de Seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley.
3. Cuando la asistencia prestada al Asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro Seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la Aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá

ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El Asegurado, o en su caso el Tomador, vendrán obligados a facilitar a IPRESA los datos y la colaboración necesarios para ello.

4. El Asegurado deberá facilitar al Asegurador durante la vigencia del Contrato cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura del coste de las prestaciones que solicite. Una vez sea requerida por el Asegurador, el proceso de otorgamiento de cobertura quedará en suspenso hasta la completa obtención de la información. El Asegurador también podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación cuya improcedencia haya quedado manifestada "a posteriori" por la información médica facilitada por el Asegurado.

6ª - OTRAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

Además de prestar la Asistencia contratada, la Aseguradora entregará al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley, así como un ejemplar del Cuestionario de Salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador.

Igualmente el Asegurador entregará al Tomador del Seguro tarjeta y Cuadro Facultativo, con especificación del Centro Permanente de Urgencia, y de las direcciones y horarios de consulta de sus facultativos.

7ª - DURACIÓN DEL SEGURO

El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en la Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la fecha de conclusión del periodo de Seguro en curso.

8ª - RIESGOS EXCLUIDOS

Quedan excluidos de la cobertura del Seguro:

- a. **Toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza; así como los que puedan derivarse de aquellos, siempre que fueran conocidos por el Tomador del Seguro o Asegurado y no declarados. El Tomador del Seguro, en su nombre y en nombre de los beneficiarios y/o cada uno de éstos, está obligado a manifestar en el momento de suscribir la Propuesta / Solicitud de Seguro, si**

- padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquellas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología. Manifestándose de esta forma, la afección se considerará como preexistente y/o congénita y, en consecuencia, excluida de las coberturas pactadas en el Contrato de Seguro. Si hubiera enfermedades preexistentes y/o congénitas, la Entidad se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes, y en caso de aceptarlo(s), se incluirán las correspondientes cláusulas de exclusión a las Condiciones Particulares de la Póliza en lo que se refiera a la prestación de servicios por enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, presentes con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza; así como los que puedan derivarse de aquellos.
- b. La hospitalización de carácter socio-familiar.
 - c. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de Guerras Civiles, Internacionales o Coloniales, Invasiones, Insurrecciones, Rebeliones, Revoluciones, Motines, Alzamientos, Represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.
 - d. Enfermedades o accidentes que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radioactiva, así como los que provengan de cataclismos como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológico, salvo el rayo.
 - e. La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes en competiciones deportivas, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o Centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, incluidas la Comunidades Autónomas que no estén concertados con el Asegurador.
 - f. La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo de Asegurado.
 - g. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización así como vacunas de todo tipo.
 - h. Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínica no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.
- Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades (medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, hidroterapia, magnetoterapia, presoterapia etc.) conservación o mejora de la esperanza de vida, auto valimiento y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte (incluida la natación). Los tratamientos en balnearios y curas de reposo.
- i. Tratamientos encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad de ambos sexos, salvo los expresamente incluidos en estas Condiciones Generales, y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia.
 - j. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula ósea o células progenitoras de sangre periférica por tumores de estirpe hematológica y el trasplante de córnea. En este último caso, IPRESA no se hace cargo de la córnea a trasplantar.
 - k. La asistencia sanitaria derivada de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.
 - l. Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra actuación que tenga un carácter puramente estético o cosmético. Asimismo están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.
 - m. La hospitalización por problemas de tipo social.
 - n. Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo.
 - o. Todo lo relativo a psicología, salvo lo expresamente incluido en estas Condiciones Generales, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o de grupo, test psicológicos, narcolepsia, etc. Asimismo la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psíquica.
 - p. Las endoncias, obturaciones, colocación de prótesis dentales ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los contemplados en Especialidades.
 - q. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, salvo los expresamente incluidos en estas Condiciones Generales. Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, materiales biológicos o sintéticos, injertos y el corazón artificial, que serán de cuenta del Asegurado, salvo los expresamente incluidos en estas Condiciones Generales.

- r. **Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.**
 - s. **Los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en Otros Servicios.**
 - t. **Técnicas quirúrgicas o tratamientos terapéuticos que usan el láser, salvo las técnicas de fotocoagulación en Oftalmología, técnicas que usan el láser quirúrgico en cirugía vascular periférica y los dispositivos empleados en rehabilitación músculo-esquelética.**
 - u. **Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer ciertas enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas.**
- b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican a IPRESA y han actuado con mala fe (Art. 12 de la Ley).
 - c) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza sobreviene antes de que se haya pagado la prima, salvo pacto en contrario (Art. 15 de la Ley).
 - d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (Art. 19 de la Ley).
2. El Tomador podrá rescindir el Contrato cuando se varíe el cuadro médico, siempre que afecte al médico de familia, al tocólogo, al puericultor de zona o al 50 por 100 del cuadro de especialistas, debiendo notificar tal decisión a IPRESA por cualquier medio fehaciente. No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias, originadas por causa justificada, o se refiera a médicos de técnicas quirúrgicas especiales, odontólogos, analistas y electrorradiólogos.
 3. Si se hubiere practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado o Asegurados IPRESA no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que, de manera expresa ya como consecuencia de dicho reconocimiento, se haga alguna salvedad en las Condiciones Particulares de la Póliza.

9ª - PERIODO DE CARENIA

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume IPRESA serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el Contrato. **Se exceptúan del anterior principio general las prestaciones siguientes:**

- a) **Las intervenciones quirúrgicas y la hospitalización por cualquier motivo y naturaleza, que tendrán un periodo de carencia de 6 meses.**
- b) **La asistencia a partos, que tendrá un periodo de carencia de ocho meses.**
- c) **La biopsia de corion, el triple screening y la amniocentesis, que tendrán un período de carencia de 8 meses.**
- d) **Las prestaciones que figuran con periodo de carencia en la Descripción de la Cobertura (cláusula 2ª), que tendrá el periodo de carencia que en cada caso se señala.**

Los anteriores periodos de carencia podrán eliminarse o reducirse, en los casos en que proceda según la naturaleza de la prestación, si el futuro Asegurado se somete a reconocimiento médico previo. Para la realización de éste, IPRESA pondrá a disposición del futuro Asegurado todos sus servicios asistenciales, aunque los gastos que deriven del reconocimiento serán a cargo exclusivo del solicitante del Seguro.

10ª - PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

1. El Asegurado pierde el derecho de prestación garantizada:
 - a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de salud, si medió dolo o culpa grave (Art. 10 de la Ley).

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico o se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la Póliza será indisputable transcurrido UN AÑO desde la perfección del Contrato, salvo que el Tomador haya actuado con dolo.

11ª - COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

1. Las comunicaciones a IPRESA por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la Póliza, pero si se realizan a un agente afecto representante de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a esta, conforme al Art. 21 de la Ley. Las comunicaciones de IPRESA al Tomador del Seguro o al Asegurado, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a aquella. Las comunicaciones efectuadas por un agente libre de seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.
2. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado.

Las acciones que se deriven del presente Contrato prescribirán en el término de 5 años.

12ª - ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA

IPRESA podrá actualizar en cada renovación de Póliza el importe de la prima y de las Franquicias en aplicación de lo dispuesto de la Ley 10/1995 de 8 de Noviembre, sobre Ordenación de Seguro Privado y demás normas aplicables.

Dicha actualización se fundamentará en los cálculos técnicos actuariales necesarios para determinar la incidencia de las modificaciones experimentadas por el coste o la frecuencia de las prestaciones sanitarias, cubiertas por el Seguro, al incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato, u otros hechos de consecuencias similares.

La prima anual se determinara de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando las tarifas que el Asegurador tenga en vigor en la fecha de renovación.

13ª - ATENCION AL CLIENTE, QUEJAS Y RECLAMACIONES

Cuando consideren que se han lesionado los derechos derivados del presente Contrato, o que, en relación con el mismo, se ha incurrido por la entidad en una práctica abusiva, el Tomador del Seguro, el Asegurado y los beneficiarios, o derechohabientes de cualquiera de ellos, podrán formular reclamación mediante escrito dirigido al Departamento de Reclamaciones de IPRESA (Plaza de Zaragoza, 3 Bajo - 20007-San Sebastián) cuyas normas de funcionamiento se facilitan al Tomador del Seguro con este Contrato.

Desestimada dicha reclamación o transcurrido el plazo de dos meses a contar desde la fecha en que el reclamante la haya presentado podrá éste formular reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, de acuerdo con lo previsto en el artículo 62 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre - BOE 5/11/04). En tal caso, el reclamante deberá acreditar que ha transcurrido el plazo arriba indicado, o que ha sido desestimada su petición.

14ª - PROTECCION DE DATOS DE CARATER PERSONAL

La entrega de todos los datos personales facilitados al Asegurador por parte del Tomador y de los Asegurados es totalmente voluntaria, pero necesaria para la formalización de la póliza y el mantenimiento de la relación contractual.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y

el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, el Asegurador informa al Tomador del Seguro y a los Asegurados de que sus datos serán incorporados a un fichero de su titularidad para el mantenimiento, desarrollo y control del Contrato de Seguro, así como para la prevención del fraude.

El Tomador y los Asegurados autorizan a que el Asegurador se ponga en contacto con ellos vía mail, teléfono, sms o cualquier otro medio electrónico equivalente, con la finalidad de gestionar esta Póliza.

Asimismo autorizan expresamente al Asegurador a utilizar aquellos datos de salud, o de naturaleza sensible, a los que tenga acceso, para la adecuada gestión de esta Póliza.

De igual modo, prestan su consentimiento expreso, para que sus datos puedan ser cedidos a ficheros comunes, para la prevención del fraude en el sector asegurador, y a otras compañías aseguradoras por motivo de coaseguro o reaseguro, así como, para el envío del detalle de los servicios prestados por el proveedor médico asistencial, para el cumplimiento de las prestaciones sanitarias previstas en esta Póliza.

Para aquellos casos en los que fuera el Tomador quien facilitase directamente los datos de los Asegurados al Asegurador, el Tomador garantiza haber recabado el consentimiento previo y expreso de los mismos para la comunicación de sus datos al Asegurador, informándoles de las finalidades del tratamiento, cesiones y demás términos previstos en la presente cláusula. Cuando esta información corresponda a menores de edad, el Tomador garantiza al Asegurador ser el padre, tutor o representante legal del menor. A estos efectos, el Tomador será el único responsable de los datos de carácter personal de terceros Asegurados que facilite al Asegurador.

Si un Asegurado concreto no consintiera la inclusión de sus datos en estos ficheros o su posterior tratamiento, el Contrato de Seguro no podrá llevarse a efecto respecto del mismo.

El Tomador y los Asegurados podrán hacer efectivo el ejercicio de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante petición escrita dirigida al Asegurador a la Plaza de Zaragoza, 3 Bajo, 20007 de San Sebastián, incluyendo en la comunicación la referencia "Protección de Datos de Carácter Personal". De conformidad con la normativa aplicable en materia de protección de datos, dicha solicitud deberá contener los siguientes datos del afectado: nombre y apellidos, domicilio a efectos de notificaciones, fotocopia del Documento Nacional de Identidad o cualquier otro documento, válido en derecho, que acredite su identidad y petición en que se concreta la solicitud.