



Condiciones Generales IPRESA Hospitalización

DOCUMENTO NO CONTRACTUAL



Índice

	Pág.
CLAUSULA PRELIMINAR	2
DEFINICIONES	2
1ª OBJETO DEL SEGURO	2
2ª DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA	2
3ª FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS	4
4ª PAGO DE PRIMAS	5
5ª OTRAS OBLIGACIONES, FACULTADES Y DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O DEL ASEGURADO	5
6ª OTRAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA	6
7ª DURACIÓN DEL SEGURO	6
8ª RIESGOS EXCLUIDOS	6
9ª PERIODO DE CARENCIA	7
10ª PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTA- BILIDAD DEL CONTRATO	7
11ª COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN	8
12ª ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA	8
13ª ATENCION AL CLIENTE, QUEJAS Y RECLAMACIONES	8
14ª PROTECCION DE DATOS DE CARATER PERSONAL	8
ANEXO I - GARANTIAS DE ASISTENCIA EN VIAJE	10
ANEXO II - SERVICIO DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA	13

CONDICIONES GENERALES SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA IPRESA HOSPITALIZACION

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 Particlares: 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.

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 2º - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA, **exclusivamente cuando estos servicios hayan de ser prestados en régimen de internamiento en clínica u hospital.**

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. 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.

II. 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.*
- *Cirugía Vasular.*
- *Aparato Circulatorio - Cardiología.*
- *Aparato Digestivo.*
- *Aparato Respiratorio. Neumología.*
- *Cirugía Artroscópica.*
- *Cirugía Cardíaca.*
- *Cirugía General.*
- *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.*
- *Endocrinología y Nutrición.*
- *Ginecología.*
- ***Tocología:*** Vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia por éste a los partos.
- *Hematología.*
- *Medicina Interna.*
- *Nefrología.*
- *Neonatología.*

- *Neurocirugía.*
- *Neurología Clínica.*
- ***Oftalmología: Se excluye la corrección quirúrgica de la miopía.***
- *Oncología.*
- *Otorrinolaringología.*
- *Pediatría y Puericultura.*
- ***Psiquiatría. Se excluyen todo tipo de test, psicoterapia individual o de grupo y tratamientos por drogadicción o alcoholismo.***
- *Reumatología.*
- *Traumatología y Ortopedia.*
- *Urología.*

III. MEDIOS DE DIAGNOSTICO:

- ***Análisis Clínicos:*** Bioquímicos, Hematológicos, Microbiológicos, Parasitológicos y Anatómopatológicos, Citología. **Durante el periodo de internamiento del asegurado en clínica u hospital.**
- ***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, Ecografía, Electroencefalograma, Electromiografía, Espirometría, Fibroendoscopia.
- ***Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología*** incluidos que tendrán **un periodo de carencia de 6 meses:** Arteriografía Digital, Ergometría, Hemodinámica Vascular, Holter, Medicina Nuclear, Resonancia Magnética Nuclear y TAC (Scanner).

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por médicos de la Aseguradora.

IV. 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 30 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 30 días por año natural.**
- **Hospitalización en UVI.** Los gastos de hospitalización medicación y tratamiento serán de cuenta de la Aseguradora, **con un límite de 30 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.

V. TRATAMIENTOS ESPECIALES:

- **Aerosolterapia-Ventiloterapia.**
- **Oxigenoterapia,** para intervenciones quirúrgicas y partos distócicos, tanto en quirófano como en el curso post-operatorio.
- **Transfusiones de Sangre y/o Plasma.**

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

- **Quimioterapia y Cobaloterapia Oncológicas.** En régimen ambulatorio **con medicación a cargo del Asegurado y en caso necesario en régimen de internamiento hospitalario, con un límite de 30 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.**

VI. 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.

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.
2. **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.**
3. 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.
4. **La hospitalización, 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.
5. 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.

6. 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) Amenorar 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.

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 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.
- c. 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.
- d. 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.
- e. 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.
- f. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización así como vacunas de todo tipo.
- g. 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.
- h. Tratamientos, inclusive la cirugía, encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad de ambos sexos (fecundación "in Vitro", inseminación artificial, etc.) 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.

- i. 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.
- j. La asistencia sanitaria derivada de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.
- k. 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.
- l. La hospitalización por problemas de tipo social.
- m. Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo.
- n. Todo lo relativo a psicología, 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.
- o. Las endodoncias, obturaciones, colocación de prótesis dentales ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los contemplados en Especialidades.
- p. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza. Queda excluido cualquier tipo de material ortopédico, materiales biológicos o sintéticos, injertos y el corazón artificial, que serán de cuenta del Asegurado.
- q. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.
- r. Los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en Otros Servicios.
- s. 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.
- t. 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.

9ª - PERIODO DE CARENENCIA

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 completos.
- c) 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).
 - 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 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.

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.

DOCUMENTO NO CONTRACTUAL

Anexo I

GARANTIAS DE ASISTENCIA EN VIAJE

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE ADHESION A LA POLIZA N° 5.165

DISPOSICIONES PREVIAS

ASEGURADO.- La persona física residente en España, beneficiaria del Seguro de Asistencia Sanitaria.

ASEGURADOR.- INTER PARTNER ASSISTANCE ESPAÑA, S.A., que asume la cobertura de los riesgos objeto de este Contrato y garantiza las prestaciones del mismo.

AMBITO DEL SEGURO Y DURACION.- El Seguro tiene validez en el mundo entero, excepto España. Su duración va ligada a la del Seguro de Asistencia Sanitaria del que es complemento.

VALIDEZ.- Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el Asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia habitual, no exceder de los 60 días por viaje o desplazamiento.

GARANTIAS CUBIERTAS

1.- REPATRIACION SANITARIA DE HERIDOS Y ENFERMOS

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o accidente, el Asegurador se hará cargo:

- De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- Del control por parte de su Equipo Médico, en contacto con el médico que atiende 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.
- De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. 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.

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la

gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial.

En otro caso, o en el resto del mundo, se efectuará por avión de la línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

2.- REPATRIACION DE LOS ASEGURADOS

Cuando a uno de los Asegurados se le haya repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la garantía 1. anterior, y esta circunstancia impida al resto de los familiares Asegurados el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hará cargo de los gastos correspondientes a:

- El transporte de los restantes Asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado repatriado.
- La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes Asegurados de los que se trata en el punto a) anterior, cuando éstos fueran hijos menores de 15 años del Asegurado repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

3.- REGRESO ANTICIPADO DEL ASEGURADO A CAUSA DEL FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR

Si en el transcurso de un viaje falleciera en España el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana del Asegurado y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera anticipar el mismo, el Asegurador se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar de inhumación en España del familiar y, en su caso, de los de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje.

4.- BILLETE DE IDA Y VUELTA PARA UN FAMILIAR Y GASTOS DE HOTEL

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado y su internación se prevea de duración superior a los 5 días, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del mismo un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado.

El Asegurador se hará cargo también de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, **hasta 36,06 € por día y con un máximo de 360,61 €.**

5.- GASTOS MEDICOS, QUIRURGICOS, FARMACEUTICOS Y DE HOSPITALIZACION

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria, el Asegurador se hará cargo de:

- Los gastos y honorarios médicos quirúrgicos.
- Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- 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 6.010,12 €.

6.- GASTOS DE PROLONGACION DE ESTANCIA EN UN HOTEL

Cuando sea de aplicación la garantía anterior de pago de gastos médicos, el Asegurador se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del Asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, hasta un importe total de 48,08 €. por día y con un máximo de 480,81 €.

7.- REPATRIACION DE FALLECIDOS Y DE LOS ASEGURADOS ACOMPAÑANTES

El Asegurador se hará cargo de todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del Asegurado, así como de su repatriación hasta el lugar de su inhumación en España.

En el caso de que los familiares Asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, el Asegurador se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

Si los familiares fueran los hijos menores de 15 años del Asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, el Asegurador pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

8.- TRANSMISION DE MENSAJES

El Asegurador se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los Asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

DELIMITACIONES DEL CONTRATO. EXCLUSIONES

- Los eventos ocurridos en España.

- Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al Asegurador y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.
- Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.
- La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento o causadas intencionadamente por el titular a sí mismo, así como las derivadas de acciones criminales del titular directa o indirectamente. El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.
- Los gastos de prótesis, gasas y lentillas, los partos y embarazos, excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses, y cualquier tipo de enfermedad mental.
- Los eventos ocasionados en la práctica de deportes en competición y el rescate de personas en mar, montaña o desierto.
- Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9,02 €.
- En la repatriación de fallecidos: los gastos de inhumación y de ceremonia.

DISPOSICIONES ADICIONALES

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las garantías señaladas, deben indicar: nombre del Asegurado, número de Póliza del Seguro de Asistencia Sanitaria, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causa de fuerza mayor o a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el Asegurado será reembolsado a su regreso a España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurra la anterior circunstancia, de los gastos en que hubiera incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes.

Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico del centro hospitalario que atiende al Asegurado con el Equipo Médico del Asegurador.

Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso de la parte del billete no consumida, al hacer uso de la garantía de repatriación, dicho reembolso revertirá al Asegurador.

Las indemnizaciones fijadas en las garantías serán en todo caso complemento de los Contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la Seguridad Social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva.

El Asegurador queda subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquél y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.

Para la prestación, por el Asegurador, de los servicios inherentes a las anteriores garantías es indispensable que el Asegurado solicite su intervención, desde el momento del suceso, al siguiente teléfono:

INTER PARTNER ASSISTANCE

(34) 93.228.76.45

(PUEDE HACERLOS A COBRO REVERTIDO)

Servicio Permanente las 24 Horas

DOCUMENTO NO CONTRACTUAL

Anexo II

CONDICIONADO DEL SERVICIO DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA

1. Objeto del servicio

El objeto del presente servicio es ofrecer a las personas designadas como Asegurados autorizados la prestación del servicio de Segunda Opinión Médica que consistirá en la valoración, por parte de expertos de reconocido prestigio nacional e internacional, del diagnóstico y tratamiento relativo a la enfermedad que padezca el Asegurado, emitiendo el correspondiente informe al respecto.

2. Asegurados autorizados

Tendrán la consideración de Asegurados autorizados las personas físicas que tengan una Póliza de asistencia sanitaria emitida y convenientemente designada por IPRESA, y que se encuentre vigente en el momento de solicitar el servicio de Segunda Opinión Médica.

3. Descripción del servicio

El servicio de Segunda Opinión Médica se ofrecerá a aquellos Asegurados que cuenten con un primer diagnóstico de una enfermedad grave incluida en el siguiente listado:

Enfermedades graves incluidas:

- Oncología.
- Enfermedades cardiacas, incluyendo cirugía cardiaca y angioplastia.
- Transplante de órganos.
- Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares.
- Cirugía ortopédica compleja.
- Síndromes y malformaciones congénitas.
- Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
- Enfermedades y dolencias derivadas de la insuficiencia renal.

IPRESA se reserva el derecho de aceptar solicitudes de Segunda Opinión Médica sobre enfermedades no incluidas en el listado anterior.

Los servicios incluidos serán los siguientes:

- Acceso a la opinión de especialistas del máximo prestigio nacional e internacional sin necesidad de desplazamiento.
- Apoyo telefónico al usuario por parte de un consultor médico que le ayudará en el proceso de enviar el formulario de solicitud, pruebas a adjuntar, formulación

de las preguntas a realizar al experto.

- El usuario recibirá el informe de Segunda Opinión en un plazo de diez días laborables, a contar desde la fecha en que el Usuario envía el formulario de solicitud de Segunda Opinión Médica cumplimentado y la documentación médica correspondiente.

4. Otras condiciones del servicio:

El idioma utilizado en la solicitud y respuesta de la Segunda Opinión Médica será siempre y exclusivamente el castellano.

La prestación del servicio se realizará únicamente cuando el Asegurado o el médico que adscrito a IPRESA, atienda a éste solicite la emisión del informe de segunda opinión médica, para lo cual necesariamente deberá con carácter previo cumplimentar y firmar el formulario de solicitud que le será facilitado al efecto.

El servicio de Segunda Opinión Médica, se efectuará siempre sobre la base del historial médico del paciente y el correspondiente primer diagnóstico, efectuado por los médicos que le hayan atendido en primera instancia, siendo esta una condición previa para la prestación del servicio.

A estos efectos, al solicitar el Servicio de Segunda Opinión Médica el Usuario o el médico de IPRESA del usuario deberá aportar el historial médico-clínico relativo al caso y las pruebas de laboratorio, informes médicos, radiografías, biopsias, etc. que correspondan al primer diagnóstico establecido o los informes y pruebas complementarias que ADVANCE MEDICAL – Health Care Management Services S.A. pudiera solicitar.

En el servicio de segunda opinión médica quedan incluidos los honorarios y gastos derivados directamente de la realización de los servicios de segundos diagnósticos indicados anteriormente siempre que estos hayan sido solicitados de la forma descrita anteriormente. Cualesquiera otros gastos, costes y honorarios derivados de consultas o tratamientos médicos, realización de pruebas y análisis, confección de informes, radiografías y otro tipo de exploraciones correrán a cargo del propio usuario, aún en el caso de que éstos estén relacionados con la enfermedad o condición clínica para la cual se solicita la segunda opinión o segundo diagnóstico.

5. Solicitud del Servicio de Segunda Opinión Médica

Los usuarios de IPRESA interesados en utilizar los servicios incluidos sólo tendrán que llamar al teléfono **902 197 173** exclusivo e identificarse como clientes de IPRESA facilitando el número de su Póliza de asistencia sanitaria.