

## **CONDICIONES GENERALES SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA IPRESA MEDICINA ESPECIALIZADA**

**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.

### **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, que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones, y esté comprendida en las especialidades y modalidades que figuran en la Cláusula 2º - DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA, **exclusivamente cuando estos servicios no sean 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. MEDICINA PRIMARIA:**

- **Medicina General:** Asistencia en consulta y a domicilio.
- **Pediatría y Puericultura de zona:** Para niños menores de catorce años. Asistencia en consulta y a domicilio.
- **Servicio de ATS:** Asistencia en consulta y a domicilio (si el enfermo guarda cama, 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*, 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.**
- *Aparato Circulatorio - Cardiología.*
- *Aparato Digestivo.*
- *Aparato Respiratorio. Neumología.*
- *Cirugía Artroscópica.*
- *Cirugía Cardíaca.*
- *Cirugía Cardiovascular.*
- *Cirugía General.*
- *Cirugía de la Mama.*
- *Cirugía Máxilo-facial.*
- *Cirugía Plástica Reparadora*. **Queda excluida la cirugía con finalidad puramente estética.**
- *Cirugía Torácica.*
- *Cirugía Vasculor.*
- *Dermatología.*
- *Endocrinología y Nutrición.*
- *Geriatría*. **Se excluye la asistencia por razones de tipo social.**
- *Ginecología y Tocología*: Vigilancia del embarazo por médico tocólogo.
- *Hematología.*
- *Medicina Interna.*
- *Nefrología.*
- *Neonatología.*
- *Neurocirugía.*
- *Neurología.*
- *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.*
- *Oncología.*
- *Otorrinolaringología.*
- *Psiquiatría*. **Se excluyen todo tipo de test, psicoterapia individual o de grupo y tratamientos por drogadicción o alcoholismo.**
- *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.*

## IV. MEDIOS DE DIAGNOSTICO:

- *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, Ecografía, Electrocardiografía, Electroencefalograma, Electromiografía, Espirometría, Fibroendoscopia.
- *Medios de Diagnóstico de Alta Tecnología* incluidos que tendrán **un periodo de carencia de 6 meses**: Arteriografía Digital, Ergometría, Hemodinámica Vasculor, Holter, Medicina Nuclear, Resonancia Magnética Nuclear y TAC (Scanner).

Las pruebas de diagnóstico se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita de un médico del Asegurador. **Los medios de contraste serán de cuenta del asegurado.**

## V. 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.*

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

- *Quimioterapia y Cobaltoterapia Oncológicas.* En régimen ambulatorio, **con medicación a cargo del Asegurado.**

### 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.**
4. 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.

5. **La 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. 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.
6. 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.
7. 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.
- 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.

## 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.

## 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 las 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, 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. 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 diagnosticas 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.
- 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. Los actos médicos 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 endoncias, 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.
- 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 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 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 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.

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.