

ACUERDO DE COLABORACIÓN ASISA – CONFEDERACION DE ORGANIZACIONES EMPRESARIALES DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ (COEBA)

D. **MANUEL MORENO BORRAJO**, mayor de edad, representante legal de ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A., en Extremadura, con C.I.F. A-08169294, y domicilio social en Madrid, calle Juan Ignacio Luca de Tena, 10;

D. **JUAN MANUEL ARRIBAS LORIGA** mayor de edad, en nombre y representación de CONFEDERACION DE ORGANIZACIONES EMPRESARIALES DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ (COEBA), en su calidad de Secretario General, con domicilio social en Badajoz, c/Castillo de Feria s/n CP. 06006 Badajoz, y C.I.F. nº G-06023733;

EXPONEN

Que ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A. (en adelante, ASISA), es una compañía de Seguros autorizada para la práctica de operaciones de Seguro Privado, en el ramo de Asistencia Sanitaria.

Que CONFEDERACION DE ORGANIZACIONES EMPRESARIALES DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ (COEBA), tras su estudio, ha considerado muy interesantes las condiciones presentadas por ASISA para la contratación de seguros por parte de los beneficiarios que se determinen.

Que ambas partes, adoptan los siguientes

ACUERDOS

Primero.- ASISA se compromete a mantener durante 2008 las condiciones especiales presentadas a CONFEDERACION DE ORGANIZACIONES EMPRESARIALES DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ (COEBA), en la contratación de los productos de Asistencia Sanitaria que soliciten, a título individual, los beneficiarios de las mismas.

Las citadas condiciones especiales, que figuran en el apartado de *Condiciones Particulares*, serán dadas a conocer por CONFEDERACION DE ORGANIZACIONES EMPRESARIALES DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ (COEBA) a los beneficiarios que se determinen, a los efectos oportunos.

Segundo.- A los efectos anteriores, se considerarán beneficiarios a los federados, asociados, empleados de CONFEDERACION DE ORGANIZACIONES EMPRESARIALES DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ (COEBA), así como a aquellos familiares directos del mismo (cónyuge, hijos) que convivan bajo el mismo techo.

Aquellos beneficiarios que ya ostentaran la condición de asegurado de ASISA, podrán disfrutar de las ventajas presentadas, manteniendo la antigüedad y derechos reconocidos con anterioridad.

Resulta imprescindible acreditar la condición de beneficiario, mediante el correspondiente certificado expedido por CONFEDERACION DE ORGANIZACIONES EMPRESARIALES DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ (COEBA) para contratar con las ventajas establecidas en el apartado de *Condiciones Particulares*. Cada beneficiario dispondrá de un contrato individual y, a modo informativo, en el apartado de Condiciones Generales se acompañan las *Condiciones Generales* de la póliza de Asistencia Sanitaria de ASISA,

Tercero.- Para un mejor control de las altas y bajas, ambas partes se comprometen a intercambiar información sobre los beneficiarios.

En caso de pérdida de la condición de beneficiario dejará de pertenecer a esta póliza colectiva al finalizar la anualidad en curso. No obstante, si el asegurado quiere continuar en ASISA, se le ofrece la posibilidad de contratar una póliza individual, con fecha 1 de enero del año siguiente manteniendo la antigüedad y, por lo tanto, eliminando los periodos de carencia. (COEBA)

CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA DE ASISTENCIA SANITARIA. AÑO 2008.

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA PRELIMINAR

El presente contrato de seguro se rige por lo que se dispone en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre), por lo dispuesto en el RDL 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 (BOE de 5 de noviembre), por lo dispuesto en el R.D. 2.486/ 1998 de 20 de noviembre, que aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (B.O.E. de 25 de noviembre) y por lo que se conviene en las Condiciones Generales y Particulares de este contrato, así como sus anexos sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados que no sean especialmente aceptadas por éstos. No requerirán la mencionada aceptación las simples transcripciones o referencias a preceptos legales imperativos.

DEFINICIONES

Para los efectos de este contrato se entenderán por:

Asegurador: ASISA, ASISTENCIA SANITARIA INTERPROVINCIAL DE SEGUROS, S.A., que asume el riesgo contractualmente pactado. Asimismo en este documento se podrá hacer referencia al Asegurador como "la Entidad".

Tomador del Seguro: Es la persona, física o jurídica que, conjuntamente con el Asegurador, suscribe este contrato y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Asegurado: La persona natural sobre la cual se establece el seguro.

Póliza: El documento que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Forman parte integrante de la póliza: El Cuestionario de Salud, las Condiciones Generales, las Particulares que individualizan el riesgo y los Suplementos, Anexos o Apéndices que se emitan para complementarla o modificarla.

Periodo de Seguro: Es el espacio de tiempo comprendido entre la fecha de efecto del seguro y el vencimiento de la Póliza, o el que transcurra entre cada prórroga.

Prima: Es el precio del Seguro. El recibo de la Prima contendrá, además, los recargos e impuestos que sean de legal aplicación.

Accidente: La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Siniestro: Hecho previsto en la Póliza que, una vez ocurrido, da lugar a la obligación del Asegurador de proporcionar al Asegurado la asistencia sanitaria con el alcance establecido en la Póliza.

Hospitalización: Representa el que una persona figure inscrita en un hospital como paciente y que permanezca ingresada un mínimo de 24 horas.

Hospital de Día: Representa el que una persona figure inscrita como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas, tanto medicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia y por un periodo inferior a 24 horas.

Periodo de Carencia: Periodo de tiempo durante el cual no están en vigor, y por lo tanto, no se cubren algunas de las prestaciones establecidas en la Póliza. Los Periodos de Carencia establecidos se computan desde la fecha de efecto de la Póliza.

Urgencia Vital: Aquella situación que se produce por la aparición súbita de un cuadro clínico que entrañe un extremo y grave riesgo para la vida o integridad física del Asegurado, y que requiera de una inmediata y urgente atención sanitaria.

PRIMERA: Objeto y límite del Seguro

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza y mediante la aplicación de la Prima que en cada caso corresponda, el Asegurador pondrá a disposición del Asegurado, dentro del territorio nacional, una amplia oferta de profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médica y quirúrgica en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de esta Póliza, siempre que se trate de técnicas de diagnóstico y tratamiento habituales reconocidas por la práctica médica en el momento de suscribir el presente contrato.

La entidad se reserva la posibilidad de repercutir en la Prima de seguro la incorporación posterior de nuevas técnicas.

Así se hará cargo, siempre que se cumplan las previsiones de esta Póliza, del coste de la asistencia sanitaria que los mencionados profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados presten a los Asegurados. En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria comprendida en la Póliza.

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la Póliza.

SEGUNDA: Descripción de las prestaciones aseguradas

ASISA facilita al Asegurado una «Lista de Facultativos» en la que figuran los Servicios de Urgencia, relación de médicos de las diferentes especialidades, DUES-ATS, otros profesionales de la Sanidad y Centros de Hospitalización. Para el caso de desplazamiento también figuran en la «Lista de Facultativos» la Red Nacional de urgencias y de oficinas provinciales de la Entidad.

Así mismo ASISA le proporciona un manual de instrucciones para que sirva de información y normativa a seguir en la utilización de las prestaciones.

1.- Servicio de Urgencia

En cada capital de provincia ASISA dispone de un servicio de urgencia las veinticuatro horas del día para asistencia domiciliar y de Hospitalización. En la Lista de Facultativos que se entrega al Asegurado figuran los números de teléfono donde debe requerir cualquier servicio y los centros donde debe acudir en caso de urgencia.

2.- Medicina General

El Asegurado podrá elegir libremente su médico de cabecera de entre los que figuran en la Lista de Facultativos; la asistencia se podrá prestar en consulta o en el propio domicilio del Asegurado, cuando las circunstancias lo requieran a juicio del facultativo.

3.- Pediatría

Se podrá elegir libremente el Pediatra de entre los que figuran en la Lista de Facultativos, para la asistencia de los Asegurados hasta los 14 años de edad; la asistencia se podrá prestar en consulta o en el propio domicilio del Asegurado, cuando las circunstancias lo requieran a juicio del facultativo.

Los recién nacidos tendrán derecho a la asistencia médica cubierta por la Póliza de la madre exclusivamente durante los 15 primeros días de vida. Para continuidad en la asistencia deberán ser Asegurados dentro del expresado período.

4.- Medicina Especializada

El Asegurado podrá elegir libremente el Médico especialista, de entre los que figuran en la Lista de Facultativos.

Las Especialidades médicas existentes son las siguientes:

- Alergología - Medicina Interna
- Análisis Clínicos - Medicina Nuclear
- Anatomía Patológica - Microbiología y Parasitología - Anestesiología y reanimación - Nefrología -
Angiología y Cirugía Vascul ar - Neumología
- Aparato Digestivo - Neurocirugía

-Cardiología - Neurofisiología Clínica
- Cirugía Cardiovascular - Neurología -Cirugía General y del Aparato Digestivo - Obstetricia y Ginecología
- Cirugía Maxilofacial -Oftalmología
- Cirugía Pediátrica - Oncología Médica -Cirugía Plástica y Reparadora - Oncología Radioterápica
- Cirugía Torácica - Otorrinolaringología -Dermatología Médico-Quirúrgica y - Psiquiatría
Venereología - Radiodiagnóstico -Endocrinología y Nutrición - Rehabilitación -Estomatología y Odontología - Reumatología
- Geriatria -Traumatología y Cirugía Ortopédica
- Hematología y Hemoterapia - Urología

Cuando una especialidad no exista en una determinada provincia, el Asegurado deberá hacer uso de este servicio en cualquier otra provincia en que exista dicha especialidad.

5.- Enfermería (D.U.E. /A.T.S.)

Este servicio se prestará en consultorio o, si el Asegurado lo precisara, a domicilio, previa prescripción del médico de la Lista de Facultativos que este tratando al Asegurado.

6.- Podología

El servicio de podólogo-callista se presta solo en consultorio, **y con un límite de 5 sesiones al año.**

7.- Medios de Diagnóstico

Siempre se realizarán previa prescripción escrita de un médico de la Lista de Facultativos.

Se consideran medios de diagnóstico a título enunciativo los siguientes:

Análisis clínicos: hematología, bioquímica, bacteriología e inmunología, anatomía patológica y citología. **Se excluyen los estudios genéticos.**

Diagnóstico por imagen y Medicina Nuclear: Radiología convencional, radiología vascular (*), ecografía, mamografía, T.A.C. (Tomografía Axial Computerizada, Scanner) (*), R.M.N. (Resonancia Magnética) (*), estudios gammagráficos (*), P.E.T. (Tomografía por Emisión de Positrones) (exclusivamente para ciertas patologías oncológicas determinadas por la Entidad e incluidas en el punto 15 de "Instrucciones a los Asegurados" que se acompaña con estas Condiciones Generales) (*).

Aparato Circulatorio: Electro y Fonocardiograma. Ecocardiograma, Doppler, Cateterismo (*), Holter (E.C.G. y T.A.), Ergometría, Estudios Electrofisiológicos Cardíacos (*).

Aparato Digestivo: Endoscopia.

Neurofisiología: Electroencefalograma, Ecoencefalograma, Electronistagmografía, Electromiografía, Medida de la velocidad de conducción nerviosa. Estudio polisomnográfico en síndrome de apnea obstructiva del sueño (*).

Obstetricia y Ginecología: Laparoscopia, Ecografía, Monitorización, Amniocentesis (*), Cariotipos (*).

Oftalmología: Retinografía, Fluoresceingrafía, Campimetría, Ecografía.

Urología: Uretrocistoscopia, Cistoscopia, Ureteroscopia, Estudios Urodinámicos (*).

La prescripción escrita de los anteriores medios de diagnóstico por el médico deberá ser visada y autorizada con carácter previo a su práctica por la Entidad para todos estos servicios excepto los Análisis Clínicos y Radiología convencional.

(*) Para estos Medios de Especiales de Diagnóstico se establece un Periodo de Carencia de 6 meses.

8.- Técnicas Especiales de Tratamiento (*)

Siempre se realizarán previa prescripción de un médico especialista en la materia, de la Lista de Facultativos. Junto con la prescripción se acompañará un informe del médico especialista que se presentará para la correspondiente autorización en la Entidad con carácter previo a su práctica.

Estos servicios comprenden:

Rehabilitación.- Fisioterapia, Electroterapia, Cinesiterapia, Magnetoterapia, Laserterapia, Foniatría.

Oncología.-Quimioterapia (incluye los medicamentos empleados en quimioterapia intravenosa o intravesical administrados en las Unidades de Oncología en régimen de hospital de día), Cobaltoterapia, Radioterapia (**no es de cobertura la Radiocirugía esterotáxica ni la Braquiterapia prostática**).

Medicina Nuclear.- Cualquier tipo de tratamiento.

Radiología Intervencionista.-

Litotricia extracorpórea.- Para tratamiento de la Litiasis renal.

Riñón artificial y diálisis peritoneal.- Hemodiálisis para insuficiencias renales agudas o crónicas.

Aerosoles y Ventiloterapia.-Siendo la medicación por cuenta del Asegurado.

Oxigenoterapia a domicilio.-No se incluyen los tratamientos con CPAP o BIPAP.

(*) Para todas estas Técnicas Especiales de Tratamiento se establece un Periodo de Carencia de 6 meses.

9.- Hospitalización (incluida Hospitalización de Día)

La Hospitalización se hará siempre en centros propios o concertados por la Entidad, incluidos en la Lista de Facultativos, en habitación individual con cama de acompañante, salvo imposibilidad manifiesta.

Además de los servicios de habitación y manutención del enfermo, esta Póliza cubre los gastos de quirófano, anestesia, exploraciones complementarias, medicación, transfusiones y tratamiento de su proceso.

En todos los casos, la orden de internamiento deberá ser formulada por un médico especialista en la materia de la Lista de Facultativos y autorizada con carácter previo en la Entidad. La permanencia en régimen de Hospitalización, no tiene límite de estancias y dependerá de si, según criterio del médico de la Lista de Facultativos, subsiste o no la necesidad técnica de dicha permanencia. En ningún supuesto se aceptarán como motivo de permanencia los problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.).

Estos servicios incluyen:

-Hospitalización por maternidad asistencia al parto o cesárea y puerperio, asistida por Tocólogo y Matrona. Incluye la anestesia también en partos normales.

-Hospitalización pediátrica.

* Atención del recién nacido, a indicación del Pediatra, desde el mismo momento del parto y mientras la madre permanezca en la clínica.

* Hospitalización del niño prematuro o recién nacido patológico en Centro Especializado (Neonatología, Incubadora)

* Hospitalización por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica. Cuando la edad del niño, y el Centro, lo permitan, el enfermo podrá estar acompañado.

Los recién nacidos tendrán derecho a la asistencia médica en hospitalización cubierta por la Póliza de la madre mientras ésta permanezca ingresada y hasta un máximo de 15 primeros días y siempre que el parto o cesárea hubieran sido cubiertos por ASISA. Fuera de estas circunstancias, para tener derecho a la asistencia los recién nacidos deberán ser Asegurados de la Entidad.

-Hospitalización por motivo quirúrgico

-Hospitalización por motivo médico (que no precisa intervención quirúrgica).

Para tratamiento de los procesos agudos que, a juicio del especialista de la Lista de Facultativos, no puedan tratarse en el domicilio del paciente con técnicas correctas y precisen internamiento.

-Hospitalización Psiquiátrica.- Para enfermos mentales afectados de procesos agudos y recuperables.

En estos casos no incluye cama de acompañante. **Se establece una limitación de 30 días de Hospitalización por año natural.**

-Hospitalización en unidades especializadas, como Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o Unidad Coronaria.

En estos casos no incluye cama de acompañante.

La hospitalización por motivo médico, quirúrgico o pediátrico tendrá un periodo de carencia de 6 meses. Para cualquier otra Hospitalización el periodo de carencia será de 10 meses.

10.- Cirugía Ambulatoria

Incluye cualquier intervención diagnóstica o terapéutica realizada por un médico especialista en un centro autorizado y que requiere normalmente una sala de intervenciones.

Se establece un Periodo de Carencia de 6 meses.

11.- Traslado de Enfermos (Ambulancia)

El servicio de ambulancia concertado con la Entidad, trasladará al enfermo al centro donde le deban prestar los servicios que necesite, o de éste a su domicilio, siempre que un médico de la Lista de Facultativos lo ordene por escrito y concurran especiales circunstancias de imposibilidad física que le impidan la utilización de los servicios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi, o vehículo particular).

12.- Prótesis e Implantes

La Entidad cubre los gastos de prescripción, implantación y materiales de las prótesis quirúrgicas internas y los implantes que se detallan a continuación: Las prótesis esqueléticas internas y el material para osteosíntesis, (excluidos los sustitutivos de hueso natural); las prótesis valvulares cardíacas; las prótesis vasculares tipo "by pass" y los stents; los marcapasos unicamerales y bicamerales (excepción hecha de los dispositivos para resincronización cardíaca y para estimulación auricular); las prótesis de mama (**exclusivamente tras mastectomía por neoplasias**) y las lentes intraoculares para el tratamiento de la catarata.

Cualquier otro gasto relativo a la prescripción, implantación o al producto o material protésico para implantación quirúrgica interna o para uso externo, o a cualquier producto, material o sustancia implantable, activa, sintética o biológica no autóloga, no incluidos en el detalle anterior, correrán a cargo del asegurado.

13.- Planificación Familiar

Incluye consulta, implantación de DIU, vasectomía y ligadura de trompas. Estudio diagnóstico de las causas de esterilidad o infertilidad.

Se establece un Período de Carencia de 6 meses.

14.- Accidentes Laborales y del Seguro Obligatorio de Vehículos a Motor

Incluye la asistencia sanitaria que exija el tratamiento por accidentes laborales, profesionales y los amparados por el Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor, salvo que se excluyan expresamente en Condiciones Particulares.

15.- Trasplantes

Quedan cubiertos por la Entidad los gastos derivados de la realización de trasplantes de médula ósea (tanto autólogo como heterólogo) y de córnea (siendo el coste de la córnea por cuenta del Asegurado).

La obtención y el trasplante de órganos, solo podrá realizarse conforme a lo establecido en la legislación sanitaria vigente.

La Entidad no asume la gestión de la obtención del órgano a trasplantar.

16.- Segunda Opinión

El Asegurado tendrá derecho a la prestación de Segunda Opinión Médica para determinadas patologías y cuadros clínicos que figuran junto con las instrucciones de acceso a esta prestación en el punto 14 de "Instrucciones a los Asegurados" que se acompaña con estas Condiciones Generales.

17.- Psicoterapia

Incluye las enfermedades relacionadas con la salud mental que sean de origen psicológico y de carácter temporal (patologías relacionadas con la adaptación, estrés, cuadros depresivos temporales, patologías relacionadas con el comportamiento, anorexias y bulimias).

No serán de cobertura por la entidad los tests psicológicos, la psicopedagogía, la psicoterapia de grupo y de pareja, la narcolepsia ambulatoria, ni la hipnosis.

Se establece un Periodo de Carencia de 6 meses, siendo el número máximo de sesiones cubiertas por la Entidad de 15 sesiones por año natural para el conjunto de enfermedades cubiertas por esta prestación.

TERCERA: Prestaciones excluidas

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

- 1 **Las producidas por hechos derivados de conflictos armados, hayan sido precedidos o no de declaración oficial de guerra, o terrorismo, así como las epidemias oficialmente declaradas.**
- 2 **Las que guarden relación directa o indirecta con explosiones o contaminaciones químicas, biológicas, nucleares o radioactivas, que deben ser cubiertas por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.**
- 3 **Las producidas por hechos de carácter extraordinario o catastrófico tales como inundaciones, tornados, terremotos, derrumbamientos, etc.**
- 4 **La asistencia derivada de la atención de patologías anteriores al contrato declaradas y no declaradas en el cuestionario que debe suscribir el Asegurado, así como sus secuelas, brotes evolutivos y complicaciones.**
- 5 **La asistencia derivada de la atención de patologías producidas por la participación del Asegurado en actividades profesionales o deportivas que impliquen elevada peligrosidad, ya sea como profesional o aficionado, tales como: actividades subterráneas, subacuáticas, aéreas, vehículos a motor, embarcaciones, boxeo, toreo, etc. y cuales quiera otra de naturaleza análoga.**
- 6 **La Cirugía plástica por motivos estéticos, así como cualquier técnica diagnóstica o terapéutica realizada con fines estéticos o cosméticos. La Cirugía del cambio de sexo. La Cirugía Bariátrica (tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida).**
- 7 **Los Chequeos o exámenes de salud, así como los estudios genéticos.**
- 8 **La Homeopatía, organometría y acupuntura, así como las cirugías experimentales y los tratamientos no reconocidos por la ciencia médica.**
- 9 **En la especialidad de Odontología quedan excluidos los empastes, las prótesis, los tratamientos periodontales, la ortodoncia y la endodoncia. Así como las pruebas previas para estos tratamientos.**
- 10 **En Psiquiatría y Neuropsiquiatría quedan excluidos los tests psicológicos y los tratamientos o técnicas de psicoanálisis, psicoterapia, hipnosis, sofrología y narcolepsia ambulatoria, excepto para lo establecido para la prestación de psicoterapia del punto 17 de la Condición General Segunda.**
- 11 **En Tocoginecología se excluyen las técnicas de tratamiento de la esterilidad, la fecundación artificial y la fecundación «in vitro». También se excluye la interrupción voluntaria del embarazo aunque esté indicada en los términos previstos por la legislación vigente.**

- 12 En Rehabilitación y recuperación funcional se excluyen los procesos que precisen terapia educativa como la educación para el lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psiquiátrica. Así mismo se excluyen las terapias de mantenimiento y ocupacionales, así como la rehabilitación en enfermedades crónicas cuando se hayan estabilizado las lesiones.
- 13 Las ortesis, así como los productos ortopédicos y anatómicos.
- 14 La Medicación excepto en los casos de hospitalizaciones y tratamientos quimioterápicos oncológicos ambulatorios administrados en Unidades de Oncología en régimen de hospital de día.
- 15 Los tratamientos mediante láser de miopía, hipermetropía, astigmatismo y otras patologías refractivas.
- 16 La radiocirugía estereotáxica así como la braquiterapia prostática.
- 17 Las exploraciones mediante Tomografía por Emisión de Positrones (P.E.T.) (excepto en ciertas patologías oncológicas determinadas por la Entidad).
- 18 Se excluye todo tipo de trasplantes, excepto el de médula ósea (autélogo y heterólogo) y córnea (siendo el coste de esta a cargo del asegurado).
- 19 Toda asistencia derivada de la infección por V.I.H.
- 20 Se excluyen los medios de diagnóstico y técnicas de tratamiento que no sean de práctica general en la Sanidad Pública.

CUARTA: Prestación y utilización de los servicios

1. Derecho a la asistencia.

El ejercicio de los derechos comprendidos en la Póliza corresponde al Asegurado, siendo dicho ejercicio personal e intransferible.

Al requerir los servicios que procedan, el Asegurado deberá identificarse exhibiendo el documento acreditativo de pertenecer a ASISA, el D.N.I. (las personas obligadas a poseerlo), el recibo de estar al corriente de pago y, así mismo, deberá ir provisto de los talones de asistencia en aquellas provincias que se requiera.

La asistencia, se prestará preferentemente en la Provincia donde resida el Asegurado.

La Entidad no se hará cargo del coste de ninguna prestación que no sea prescrita y realizada por profesionales de la Lista de Facultativos en centros y servicios propios o concertados por la misma. Se exceptúan las prestaciones por motivo de Urgencia Vital siempre que se sometan a la autorización de la Entidad, dentro del plazo de 7 días contados a partir de la fecha en que tuvieron lugar.

2. Participación del Asegurado y utilización del talón de asistencia

Se conviene la participación del Asegurado en el coste de los servicios.

La forma de participación en el coste se podrá efectuar bien a través de los talones de asistencia que se adquirirán en la Entidad o bien a través del cargo en la cuenta bancaria en aquellas provincias en donde esté implantada la tarjeta magnética.

Cuando en este contrato se haga referencia a la participación en el coste de los servicios se mencionará el «talón de asistencia» el cual se referirá tanto a dicho talón físico como a la utilización mecánica de la tarjeta magnética.

El Asegurado deberá entregar un solo talón de asistencia por cada consulta, tratamiento o servicio utilizado.

3. Libertad de elección de médico

Para la prestación de la asistencia contratada rige el principio general de libertad de elección de facultativos de entre los que figuran en la Lista de Facultativos de la Entidad. El Asegurado se dirigirá directamente al facultativo elegido, salvo los casos en que, con arreglo a las cláusulas de este contrato, sean exigibles requisitos adicionales.

4. Asistencia primaria

El Médico de Cabecera, Pediatra y Diplomados Universitarios en Enfermería (DUE/ATS), podrán ser elegidos libremente por el Asegurado aunque se recomienda elegir alguno de los más próximos a su domicilio con el fin de que la asistencia domiciliaria y en consulta pueda ser lo más rápida y cómoda posible.

El Pediatra de Cabecera atenderá a los Asegurados hasta la edad de 14 años cumplidos.

Los servicios de Enfermería (D.U.E./A.T.S.) se prestarán en la misma forma que los de Medicina General, precisando orden escrita del facultativo que hace la prescripción con indicación de si ha de realizarse a domicilio o en consulta y la duración de los mismos.

5. Asistencia domiciliaria

La visita a domicilio será solicitada hasta las cinco de la tarde, o hasta que entren en funcionamiento los servicios de urgencia domiciliaria, si esto ocurriera mas tarde, y se prestará solamente a aquellas personas impedidas para asistir a la consulta. Después de la hora señalada deberá recurrirse al Servicio de Urgencia.

La Entidad se obliga a prestar los servicios únicamente en el domicilio que figura en la Póliza y cualquier cambio de domicilio deberá ser notificado a la Entidad, con anticipación mínima de 8 días. Para mantener los derechos de asistencia, el nuevo domicilio deberá estar situado dentro del ámbito asistencial de la Aseguradora.

La asistencia domiciliaria de los Especialistas no podrá ser requerida directamente por el Asegurado, sino que precisará la prescripción escrita del Médico de la Lista de Facultativos.

6. Asistencia Especializada

La atención especializada se prestará preferentemente en la Provincia donde resida el Asegurado. La que no fuera posible efectuar en su Provincia, se prestará preferentemente en el lugar más próximo al domicilio del Asegurado, donde la Aseguradora disponga de esos servicios, respetando siempre la libertad de elección del Asegurado. Los gastos de desplazamiento serán **siempre** a cargo del Asegurado.

El Asegurado podrá acudir directamente a la consulta del Especialista, según lo establecido para cada caso en la Lista de Facultativos y en el Manual de Instrucciones para los Asegurados.

Los datos que figuran en la Lista de Facultativos pueden sufrir variación, por lo que se recomienda que, ante cualquier contingencia se consulte con la Entidad.

7. Servicios de Urgencia

La utilización de los Servicios de Urgencia de la Entidad, deberá efectuarse mediante llamada telefónica o acudiendo directamente al centro o centros establecidos al efecto. Siguiendo las instrucciones específicas que para cada demarcación geográfica figuran en la Lista de Facultativos entregada al Asegurado.

8. Asistencia a Desplazados

La Entidad se compromete a prestar asistencia sanitaria al Asegurado desplazado a cualquier provincia del territorio nacional, tanto en las capitales como en las localidades en que existan Centros concertados. A estos efectos se suministra una relación de sus Delegaciones y Subdelegaciones, y de las oficinas de Entidades colaboradoras en las provincias en que no existe Delegación, a las cuales debe dirigirse el Asegurado para conocer los Centros en que puede ser atendido a cargo de la presente Póliza.

9. Asistencia en Viajes

El Asegurado con residencia en España tendrá, tanto en España como en el Extranjero, la cobertura del Seguro de Asistencia en Viajes, de cuyas condiciones se entrega, como apéndice de la Póliza, un ejemplar junto con las presentes Condiciones Generales.

10. Medios de Diagnóstico y Tratamiento

Como norma general, cualquier medio de diagnóstico o tratamiento, a los que da derecho la presente Póliza, deberá ser prescrito por un médico especialista en la materia de la Lista de Facultativos, en el documento que tenga reconocido para esta finalidad.

La prescripción escrita de los medios de diagnóstico deberá ser visada y autorizada con carácter previo en la Entidad, excepto los Análisis Clínicos y la Radiología Convencional. En el caso de técnicas especiales de tratamiento, además de la citada prescripción, será necesario acompañar un informe del médico prescriptor para la autorización en la Entidad con carácter previo a su práctica.

11. Hospitalización

La Hospitalización habrá de ser prescrita en todo caso por el médico especialista en la materia de la Lista de Facultativa que vaya a tratar al Asegurado mediante escrito, en el que figure el motivo de internamiento, intervención o asistencia a realizar y previsión del número de estancias. Este escrito deberá ser presentado en las oficinas de la Entidad para la correspondiente autorización previa. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un Centro propio o concertado con la Entidad y el motivo de internamiento estar incluido entre los servicios cubiertos por la Póliza. Sin estos requisitos la Entidad no autorizará ningún internamiento ni se hará cargo de ninguna prestación sanitaria ni asumirá ninguna otra obligación económica.

En los casos en que la Hospitalización se produjera con carácter de urgencia, bastará con la prescripción escrita del médico de la Lista de Facultativos o el informe de ingreso del Centro, pero el Asegurado, o en su caso sus familiares, deberá comunicar la circunstancia a las oficinas de la Entidad, en el plazo de 7 días, recabando la correspondiente autorización para que vincule económicamente a la Aseguradora.

La Entidad no se hará cargo de los gastos de hospitalizaciones en Centros no concertados, salvo que se hayan originado por motivo de Urgencia Vital. En estos supuestos de Urgencia Vital, el Asegurado, o en su caso, sus familiares, deberán comunicar y acreditar esta circunstancia a la Entidad en el plazo máximo de 7 días. Será requisito indispensable que la Hospitalización se haya realizado en el centro más próximo al lugar donde se produzca la Urgencia Vital y que no se trate de un Centro Público. Una vez sea posible se deberá trasladar al Asegurado a un Centro propio o concertado.

Se considera situación de Urgencia Vital justificativa de la utilización de Centros no concertados, aquella en la que se haya producido en el Asegurado una patología cuya naturaleza y síntomas hagan previsible un riesgo vital inminente o muy próximo de no obtenerse una actuación terapéutica con carácter inmediato.

Las autorizaciones de internamiento en Centros hospitalarios facilitadas por la Entidad tendrán un límite de días de estancia relacionado con las previsiones escritas por el médico que ordena el ingreso, o por las medias estadísticas de cada proceso estimados por la Entidad.

Para obtener una o más prórrogas de los días de Hospitalización, el Asegurado deberá solicitarlo de la Entidad aportando un nuevo informe médico en el que se señalen las razones de dicha prórroga y las previsiones al respecto. En ningún caso se aceptará como motivo de permanencia problemas de tipo social (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.)

La permanencia en régimen de Hospitalización de un enfermo estará determinada por el criterio exclusivo del médico que lo asista, quien podrá indicar y continuar el tratamiento en el domicilio del Asegurado, si su internamiento en aquella ya no es indispensable.

La Entidad se reserva el derecho a modificar la organización administrativa y de los servicios asistenciales, para mejorar su eficacia y optimizar la relación calidad - precio de las prestaciones.

QUINTA: Duración del Seguro

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares de esta Póliza y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará por periodos no superiores a un año. 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 conclusión del período del seguro en curso.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 25.3, de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, **el Asegurador fijará anualmente las Primas a aplicar en cada anualidad**, adaptándolas a la variación de los costes, a las nuevas prestaciones y a la morbilidad. Dichas primas serán comunicadas al Tomador del seguro antes del vencimiento del período de cobertura del seguro en curso.

En cada periodo de prórroga la Prima se corresponderá con la determinada por la Entidad en función de la edad que el asegurado tenga a 31 de diciembre del periodo de seguro que vence.

Recibida la citada comunicación, el tomador podrá hacer uso del derecho establecido en el párrafo primero de esta Cláusula.

La aceptación por el Tomador de las nuevas condiciones del contrato se entenderá realizada con el pago del primer recibo de Prima, correspondiente al nuevo período de la prórroga.

SEXTA: Pago de Primas

El Tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la Prima, según lo previsto en las Condiciones Particulares.

La primera Prima ó fracción de ella será exigible, conforme el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro a la firma del contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza, y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación. (Artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas o fracciones de ella, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento, y si 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. En cualquier caso, el Asegurador cuando el contrato esté en suspenso sólo podrá exigir el pago de la Prima del Período de Seguro en curso.

El Asegurador y el Asegurado sólo quedan obligados por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

Las partes contratantes convienen en que el Asegurado amparado por esta Póliza participe en el coste de los servicios que utilicen. Dicha participación será única para cada consulta, tratamiento o servicio utilizado. **Su importe se fijará anualmente por la Entidad.**

SÉPTIMA: Obligaciones y Deberes del Tomador y/o Asegurado

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

- a) Antes de la formalización del contrato debe declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario de salud que este le someta, todas las circunstancias por él conocidas que pueden influir en la valoración del riesgo.
- b) El Tomador del seguro o el Asegurado deberá, durante el curso del contrato, comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el asegurado.
- c) Comunicar al Asegurador, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en la letra b) anterior; si por el contrario supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el apartado b) del artículo siguiente.
- d) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
- e) Facilitar la subrogación del Asegurador, que establece en los artículos 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.

OCTAVA: Facultades del Tomador y/o Asegurado

- a) El Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador, 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 si la hubiere o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.
- b) El Tomador del seguro o el Asegurado podrán, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubiera sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la Prima, deberá reducirse el importe de la Prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la Prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

NOVENA: Facultades del Asegurador

- a) Cuando el Asegurador tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el Tomador del seguro o el Asegurado con anterioridad a la suscripción de la Póliza, podrá rescindir el contrato mediante comunicación dirigida al Tomador del seguro o en su caso al Asegurado en el plazo de un mes desde que tiene el citado conocimiento.

b) En el caso de agravaciones del riesgo sobre un contrato ya celebrado:

- El Asegurador puede, en un plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, otorgándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

- El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador del seguro o en su caso al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado ha actuado con mala fe.

DÉCIMA: Pérdida de Derecho, Indisputabilidad del Contrato y Nulidad del mismo.

1. El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

a) En caso de reserva o inexactitud por parte del Tomador o, en su caso, del Asegurado, a la hora de declarar el riesgo (cumplimentar el cuestionario de salud) antes de la suscripción de la Póliza, siempre y cuando haya mediado dolo o culpa grave del Tomador del seguro o, en su caso, del Asegurado (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del seguro o el Asegurado no lo hubieran comunicado al Asegurador, y hubieran actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley de Contrato de Seguro).

c) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

d) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).

2. Si se hubiera practicado reconocimiento previo o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y la Entidad Aseguradora no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento se haga alguna salvedad en las Condiciones Particulares de la Póliza, o el Asegurado, actuando con dolo o culpa grave, haya cumplimentado el cuestionario de salud con reservas o inexactitud.

Si no se hubiere practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la Póliza será indisputable transcurrido un año desde la conclusión del contrato, salvo que el Tomador o el Asegurado haya actuado con dolo al suscribir el cuestionario de salud.

3. El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley de Contrato de Seguro, si en el momento de su conclusión ya hubiere ocurrido el Siniestro.

DECIMOPRIMERA: Comunicaciones

Las comunicaciones a la Entidad Aseguradora, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquélla señalada en la Póliza. Si se realizan al agente de seguros que medie o haya mediado en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, (artículo 21 de la Ley de Contrato de Seguro y artículo 10.2 de la Ley de Mediación en Seguros Privados).

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador del seguro, al Asegurado o al beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiera notificado a la Entidad aseguradora el cambio de su domicilio.

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

DECIMOSEGUNDA: Reclamaciones y Prescripción

Los Tomadores del seguro, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, podrán formular reclamaciones en vía interna ante el Delegado Provincial, para lo cual tienen a su disposición, en las oficinas de la Entidad Aseguradora, un modelo de reclamación.

Sin perjuicio de cualquier otra instancia que pudiera resultar competente, las personas indicadas en el párrafo anterior podrán formular reclamación ante el SERVICIO DE ATENCION AL CLIENTE de la Entidad, de acuerdo con

la normativa establecida en la ORDEN ECO/734/2004, para lo cual tienen a su disposición, en las oficinas de la Entidad Aseguradora, un modelo de reclamación. Lo anterior es requisito previo para la formulación de queja y reclamación, si ello diera lugar, ante el Comisionado para la Defensa del Cliente (arts. 62 y 63 de la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado).

Los conflictos que puedan surgir entre Tomadores de seguro, Asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad Aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes. (Art. 61 de la Ley de Ordenación y Supervisión del Seguro Privado).

A efectos del presente contrato de seguro, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto este designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán en el término de cinco años (artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro).

DECIMOTERCERA: Ámbito del Seguro

Las garantías del presente seguro se extienden a todo el territorio nacional, salvo lo establecido para la prestación de Asistencia en Viajes.

DECIMOCUARTA: Protección de Datos de Carácter Personal

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la finalidad de cumplir, controlar y ejecutar la prestación sanitaria garantizada en el contrato de seguro, el asegurado consiente expresamente a que sus datos de carácter personal, incluidos los datos de salud, sean tratados por ASISA (Asistencia Sanitaria Interprovincial de Seguros, S.A. Sociedad Unipersonal), así como que estos datos puedan ser comunicados entre dicha entidad y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, identificados como prestadores de servicios sanitarios en la Lista de Facultativos elaborada por ASISA o en su sitio web www.asisa.es. Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para la finalidad expresada en relación con el contrato de seguro cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación, para que pueda solicitar de los prestadores de servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo.

Adicionalmente, sus datos personales, salvo sus datos de salud, podrán ser tratados para remitirle envíos publicitarios y de información comercial, acerca de la CONFEDERACION DE ORGANIZACIONES EMPRESARIALES DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ (COEBA), sus actividades, productos, servicios, ofertas, promociones especiales, etc., por diferentes medios, inclusive el correo electrónico. El tratamiento de los datos con estas finalidades se mantendrá, mientras se mantenga cualquier relación negocial o contractual con ASISA y aún tras el cese de dichas relaciones.

En el caso de que los datos aportados pertenecieran a un tercero, el aportante garantiza que tiene la autorización de los mismos para su comunicación a ASISA, en los términos y con los fines expuestos en la presente cláusula.

Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos debe dirigirse a ASISA. En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

DECIMOQUINTA: Exoneración de Responsabilidad

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que la Entidad pone a disposición del asegurado y que éste solicita, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, **ASISA en ningún caso responderá de los actos y/u omisiones de los profesionales y centros antes mencionados.**

CONDICIONES PARTICULARES

1. Participación del Asegurado en el coste de los servicios

De acuerdo con el punto 2º de la cláusula general cuarta de las Condiciones Generales, ambas partes convienen que los asegurados participen en el coste de los servicios que utilicen, adquiriendo los correspondientes talones de asistencia o bien a través de la tarjeta magnética.

El asegurado deberá entregar un solo talón de asistencia o pase de tarjeta por cada consulta, tratamiento o servicio utilizado.

El precio en 2008 de cada asistencia es de 9,00 €/ sesión para Psicoterapia y gratuito para A.T.S. y Podología, medicina general y pediatría, urgencias (Hospitalarias y Domiciliarias), ingresos hospitalarios, pruebas y tratamientos especiales que requieren autorización y preparación al parto, RMN/ TAC/ PET y resto de servicios.

2. Periodos de Carencia

Se establece un periodo especial de inscripción comprendido entre el 01 de Septiembre de 2008 y el 30 de noviembre de 2008, durante el cual no tendrán efecto, para aquellas pólizas en él suscritas, los periodos de carencias recogidos en las Condiciones Generales y que a continuación se detallan:

Periodo de carencia de 6 meses para hospitalizaciones por motivo médico, quirúrgico o pediátrico

Periodo de carencia de 6 meses para planificación familiar

Periodo de carencia de 6 meses para pruebas especiales de diagnóstico

Periodo de carencia de 6 meses técnicas especiales de tratamiento

3. Prima 2008

La prima neta aplicable por persona y mes será la que a continuación se relaciona en función de la edad del asegurado:

Prima hasta los 65 años.....32 € por persona y mes

3.1. Impuestos y Recargos

La prima neta se incrementará un 0,3% sobre la prima en concepto de recargo por Consorcio de Compensación de Seguros. El importe de esta tasa se factura de forma única y anual en el primer recibo emitido.

4. Prima Póliza dental

La prima neta aplicable por persona y mes será la que a continuación se relaciona: Prima Póliza Dental

asegurados en Asistencia Sanitaria.....4,25€ por persona y mes Prima Póliza Dental no

asegurados en Asistencia Sanitaria.....6,25€ por persona y mes

5. Pago de Primas

El abono de las primas correspondientes podrá ser Bimestral, Semestral o Anual, efectuándose el pago por domiciliación bancaria a la fecha de presentación por ASISA de la correspondiente factura.

6. Altas, Bajas y Variaciones

Se establecerá de mutuo acuerdo el mejor sistema para el control de altas, bajas y variaciones de colectivos.

7. Folleto de Instrucciones

Además de la "Lista de Facultativos" y la documentación oportuna, todos los Asegurados recibirán un "Folleto de Instrucciones" como el que se adjunta, para que puedan utilizar los servicios adecuadamente.

8. Duración

Los efectos del presente Contrato se iniciarán a las 0 horas de la firma del mismo y concluirán a las 24 horas del 31 de Diciembre del mismo año.

No obstante lo anterior, a su vencimiento quedará prorrogado tácitamente por años naturales, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguros, y de acuerdo a lo establecido en la Condición General Quinta de este contrato.

9. Seguro de Accidentes

La Entidad garantiza a los Asegurados mayores de 14 años y menores de 65 años, un capital de 6.010,12 € en caso de FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE que reúna las condiciones exigidas en el Artículo 100 de la Ley de Contrato de Seguro. Nunca se considerará accidente el Infarto Agudo de Miocardio.

10. Modificaciones

Las cláusulas recogidas en este documento podrán ser modificadas por la Aseguradora al finalizar cada año natural, previo aviso al contratante con dos meses de antelación.