

AMEsalud
Basic Plus



Bienvenidos



AME

ASISTENCIA MÉDICA

Fundada el Año 1943

Capital Social suscrito: 362.000,00 €

Capital desembolsado: 362.000,00 €

Valencia, 106-108, bajos 08015 Barcelona

Tel. 932 265 966 – Fax 932 267 589

Estado miembro del Espacio Económico europeo de origen y Prestación de Servicios: España
Autoridad de control: Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda. Registrada con el N°C-0290.

Autoridad de control en materia sanitaria: Dirección General de Recursos Sanitarios del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Registrada con el N° CAT-30.
Registro Mercantil de Barcelona, Hoja 5.494, Folio 1, Tomo 997, Libro 500, C.I.F. N° A08169385

Índice

AME

- **CARTA DE BIENVENIDA**

- **PREGUNTAS FRECUENTES**

- **CONDICIONES GENERALES**

- Cláusula preliminar 11
- Definiciones 11
- Objeto del seguro 14
- Acceso a las coberturas del seguro 15
- Coberturas del seguro..... 17
- Coberturas excluidas 22
- Periodos de carencia 24
- Formalización del Contrato 24
- Pago de primas 25
- Otras obligaciones del Tomador y/o Asegurado 26
- Facultades del Tomador y/o Asegurado..... 27
- Otras obligaciones del Asegurador 27
- Facultades del Asegurador 27
- Nulidad del contrato 28
- Indisputabilidad del contrato..... 28
- Comunicaciones 28
- Legislación, Prescripción y medios de reclamación 28
- Base de cálculo y actualización de primas y franquicias 29
- Actualización anual de garantías y prestaciones 29
- Tratamiento, cesión y protección de datos personales 29
- Ámbito del seguro 30
- Exoneración de responsabilidad 31

Carta de bienvenida

ANIME

Apreciado Tomador / Asegurado,

El equipo humano de **AME ASISTENCIA MÉDICA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.** le da la bienvenida como nuevo miembro de la familia **AME**. Agradecemos su confianza y nos ponemos a su disposición para ofrecerle nuestro servicio personalizado que siempre nos ha caracterizado.

Nuestra amplia experiencia en el sector nos ha permitido tener una larga relación con nuestros Asegurados. Prueba de ello son las familias de Asegurados con cuatro generaciones diferentes que continúan confiando en **AME** desde su fundación en 1943 cuando un grupo de médicos del Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, emprendieron con gran entusiasmo el reto de trabajar en una medicina privada de alta calidad.

Hoy, después de más de 75 años, nos esforzamos cada día para seguir contando con los mejores profesionales y con las clínicas y centros terapéuticos y de diagnóstico que poseen la tecnología más avanzada del mercado. Ofrecemos una medicina privada asequible con unas tarifas adaptadas al bolsillo de las familias de hoy en día, sin olvidar jamás, el cuidadoso y familiar trato a todas las personas que depositan su valor más preciado en **AME**, su salud.

Sabemos que en el cuidado de la salud cada caso es distinto. Por eso nos encontrará siempre a su disposición para atender cualquier consulta que tenga en el teléfono de Atención al Asegurado **932 265 966** o en nuestra página web: **www.ameasistencia.com**

Gracias por confiar en nosotros.
Reciba un cordial saludo,

Pere Camprubí Ponsa

Gerente **AME Asistencia Médica Compañía de Seguros, S.A.**

PREGUNTAS FRECUENTES

SOBRE EL CONTRATO

¿Qué documentos forman parte del contrato del seguro?

El contrato del seguro es un documento escrito que contiene las Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales y los Suplementos o Anexos que se añadan a la misma, para completarla o modificarla. La Solicitud de Seguro y la Declaración o Cuestionario de Salud forman también parte del contrato

¿Qué documentación le entregamos al contratar el seguro?

Junto con el contrato del seguro, le entregamos la Tarjeta Sanitaria AMEsalud, de uso personal e intransferible para que cada beneficiario pueda identificarse, así como la Guía de Servicios AMEsalud con el detalle de los profesionales sanitarios, centros hospitalarios, servicios de urgencia, centros diagnósticos y servicios complementarios.

Compruebe que sus datos personales sean correctos.

¿Qué documentación debe enviar firmada a la compañía?

Debe firmar una copia de los documentos que forman parte del Contrato de Seguro y enviarla a la compañía o entregarla debidamente firmada al Asesor Comercial que tenga asignado y que ha contactado con usted. El seguro entrará en vigor una vez la compañía tenga firmada esta documentación y se haya pagado la primera prima.

¿Hay que comunicar la prórroga del contrato?

No. El seguro se prorrogará tácitamente y/o automáticamente por periodos no superiores al año empezando el 1 de enero y finalizando el 31 de diciembre de cada año. No obstante, el Asegurado podrá oponerse a dicha prórroga mediante notificación escrita a la compañía con un mes de antelación al cumplimiento del contrato, es decir, al menos un mes antes del 31 de diciembre.

¿Cómo doy por finalizado mi contrato con AME?

Para cualquier gestión administrativa relacionada con el vencimiento o renovación de su Contrato del Seguro, debe ponerse en contacto con el Departamento de Atención al Asegurado en el teléfono 932 265 966 o de manera presencial en nuestras oficinas en la calle Valencia 106-108 de Barcelona.

FUNCIONAMIENTO DEL SEGURO

¿Cómo busco los centros o los especialistas a los que puedo acudir?

Toda la información de los centros y especialistas a los que puede acudir, se encuentra en la Guía de Servicios que se adjunta con su póliza. También puede hacer la consulta a través de nuestra página web www.ameasistencia.com

¿Puedo ir al médico al día siguiente de contratar la póliza de salud?

Sí, desde el momento de entrada en vigor del contrato. Recuerde tener en cuenta los periodos de carencia que rigen algunos servicios incluidos en su póliza.

¿Hay que solicitar autorización para acudir a las visitas médicas?

Los servicios cubiertos por la póliza pueden ser de libre acceso o requerir una autorización previa por parte de la compañía. Son de libre acceso, es decir, no requieren autorización, las consultas de asistencia primaria, especialistas y las consultas de urgencia, así como los medios de diagnóstico básicos. Requerirán autorización previa, los traslados en ambulancia, los actos terapéuticos y los medios de diagnóstico especiales.

¿Cómo solicito una autorización para una prueba?

Para utilizar los servicios que requieran autorización de la compañía tales como actos terapéuticos y medios de diagnóstico especiales, el Asegurado deberá hacer llegar a AME la siguiente documentación:

Petición del especialista con el servicio a solicitar en la que se debe indicar:

- Nombre y apellidos del Asegurado.
- Número de teléfono de contacto.
- Centro donde quiere ser atendido el Asegurado (debe estar en nuestra Guía de Servicios).

- Fax o mail al que desea que enviemos la autorización.

Para solicitar la autorización del servicio puede escoger entre las siguientes opciones:

- Personalmente en las oficinas de AME: traer la petición del médico en el horario: de lunes a jueves de 8:00 a 18:00h y viernes de 8:00 a 15:00h. julio y agosto de lunes a viernes de 8:00 a 15:00h. en la dirección: calle Valencia 106-108 Bajos 08015 Barcelona.
- Por correo electrónico: puede enviar escaneada (no sirve la transcripción) la petición a la dirección de correo ame@ameasistencia.com o al número de fax: 932 267 589.

En un plazo de 24 a 48 horas la compañía procederá a dar respuesta a la solicitud.

¿Qué debo hacer si estoy de viaje y necesito atención urgente en el resto de España?

En caso de que tenga una urgencia debido a una enfermedad o accidente, debe ponerse en contacto con el servicio de Asistencia en Viaje en el número 934 484 677 o urgencias 24h al número 934 484 679 y le indicarán el centro sanitario más próximo al que debe acudir. **Recuerde que esta cobertura está limitada al territorio nacional.**

¿Qué debo hacer si necesito atención en mi domicilio?

Si por el estado de salud del enfermo fuese médicamente desaconsejable su desplazamiento a una consulta o centro hospitalario, deberá llamar al teléfono de urgencias 24 horas 934 484 679 y allí procederán a atender su solicitud. AME le prestará el servicio únicamente en el domicilio del Asegurado que figure en la póliza, siempre y cuando la compañía haya concertado dicho servicio en esa zona.

¿Qué utilidad tiene el teléfono de urgencias 24h?

En el teléfono de urgencias 24 horas 934 484 679 será atendido por personal sanitario cualificado que le dará información telefónica de apoyo referente a enfermedades, tratamientos y prevención de su salud, así como en la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos.

¿Qué cobertura tiene la póliza de salud en la especialidad de odontología?

Quedan cubiertas las visitas al odontólogo, las extracciones y las curas estomatológicas derivadas de éstas. Además, incluye una limpieza anual y las radiografías.

PAGO DEL SEGURO

¿Todos los meses se paga la misma cantidad?

Sí, siempre y cuando la frecuencia elegida para el pago de su seguro sea mensual. La compañía actualizará las primas del seguro contratado con efecto en el mes de enero de cada año.

¿Si pago mensualmente, debo esperar al 31 de diciembre para darme de baja? ¿Qué quiere decir que el contrato es anual?

La duración del contrato establecido en la póliza es anual prorrogable por años naturales, lo que es independiente de la forma de pago que puede ser mensual, trimestral, semestral o anual. El fraccionamiento del pago de la prima no exime al tomador del seguro de su obligación de abonar la prima anual completa. En caso de impago de recibos, la compañía está facultada a reclamar el importe de la parte de la prima anual no satisfechas.

PREGUNTAS FRECUENTES

OTRAS CONSULTAS

¿Cómo puedo presentar una reclamación?

El Departamento de Atención al Asegurado, donde el Tomador del Seguro o en su defecto una persona legitimada, podrá presentar sus quejas y reclamaciones relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, está ubicado en Barcelona, calle Valencia 106-108.

Los medios de reclamación son:

- Departamento de Atención al Asegurado de AME Asistencia Médica.
- Comisionado para la Defensa del Cliente en la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- Tribunal Arbitral de Barcelona.
- Jurisdicción Ordinaria.

¿Cómo puedo modificar los datos de mi póliza?

Las modificaciones referentes a los datos de la póliza los debe hacer el titular de la misma en escrito dirigido a la compañía, bien sea por correo ordinario a la Calle Valencia, 106-108. 08015 Barcelona, o por correo electrónico a **ame@ameasistencia.com** o al fax **932 267 589**.

CONDICIONES GENERALES PÓLIZA AMEsalud Basic Plus

CLÁUSULA PRELIMINAR

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre de 1980), 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 (Boletín Oficial del Estado de 5 de noviembre) y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto 2486/98, de 20 de noviembre); por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean aplicables, y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares, Especiales y Suplementos o Anexos de este contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares.

No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias de preceptos legales imperativos, ni las normas sobre delimitación del riesgo.

Integran el contrato las siguientes partes: la Solicitud de seguro, la Declaración o Cuestionario de Salud, las Condiciones Generales, las Particulares y Especiales, además de los Suplementos o Anexos que se emitan.

CLÁUSULA PRIMERA.- DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

Accidente: Toda lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza derivada de una causa violenta o súbita, externa y ajena a la intención del Asegurado y que esté documentada.

Accidente de circulación: El sufrido por el Asegurado como peatón, usuario de transportes públicos, líneas aéreas regulares o chárter, conductor o pasajero de automóvil, de bicicleta o ciclomotor, cuando se encuentre circulando por cualquier clase de vía.

Alta tecnología médica: Se refiere a las nuevas aplicaciones de la electrónica, la informática, la robótica y la bioingeniería en el campo de la medicina, especialmente en las tecnologías de diagnóstico y tratamiento médico. Estas técnicas se caracterizan por un alto coste de inversión, necesidad de personal especializado, y estar sujetas a los informes de las agencias de evaluación de las tecnologías sanitarias (AETS) para contrastar si su seguridad y efectividad en las distintas indicaciones es de suficiente magnitud como para reemplazar a la tecnología existente.

Antiangiogénico: Medicamento biológico que actúa sobre el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) esencial para la formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis) inhibiendo su crecimiento. **No queda cubierto por la póliza.**

Asegurado: Cada una de las personas designadas en las Condiciones Particulares sobre las cuales se establece el Seguro.

Asegurador: AMEAsistencia Médica Compañía de Seguros, S.A. quien asume la cobertura de los riesgos de contrato, de acuerdo con las garantías pactadas.

Asistencia médica extrahospitalaria / ambulatoria: Es la asistencia médica, diagnóstica y/o terapéutica en régimen ambulatorio que se presta en consultorios médicos, en el domicilio del paciente y/o en el hospital o clínica sin mediar pernoctación y que genera una estancia de duración inferior a 24 horas. La cirugía mayor ambulatoria no se incluye en este concepto.

Cirugía Menor Ambulatoria: Atención sanitaria de procesos que requieren procedimientos quirúrgicos u otras intervenciones sencillas, que se realiza en consulta, en tejidos superficiales y precisa, generalmente, anestesia local. Las técnicas más utilizadas son la exéresis quirúrgica y la crioterapia. **No queda cubierta por la póliza.**

Citostáticos: Son una gran variedad de fármacos empleados en el tratamiento del cáncer cuyo objetivo es destruir las células que componen el tumor con el fin de conseguir la reducción o desaparición de la enfermedad. **No queda cubierto por la póliza.**

Cláusula limitativa: Acuerdo establecido en el contrato de seguro, mediante el cual se limita el alcance de la garantía o la deja sin efecto cuando concurre alguna circunstancia de riesgo.

Copago: Importe prefijado por cada acto médico que el Tomador y/o Asegurado asume por la utilización de los servicios cubiertos por la presente póliza y que se detallan en esta condiciones generales.

Cuestionario o declaración de salud: Formulario de preguntas que forma parte del Contrato de Seguro, facilitado por AME Asistencia Médica Compañía de Seguros, S.A. al Tomador y/o Asegurado, que tiene por objeto determinar su estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro.

Edad actuarial: Es la edad que cada Asegurado ha alcanzado tomando como referencia la fecha de efecto o de prórroga de la póliza.

Enfermedad o lesión: Toda alteración del estado de salud contraída durante la vigencia de la póliza, que no sea consecuencia de accidente y cuyo diagnóstico y confirmación sean efectuados por un médico legalmente reconocido en la localidad o país donde preste sus servicios.

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénitos: Es aquella alteración del estado de salud o normalidad que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del individuo.

Guía de Servicios: Conjunto de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por AME, adaptada a cada modalidad de seguro contratada.

Implante: Producto sanitario diseñado para ser insertado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica o técnica especial, con finalidad diagnóstica, terapéutica y/o estética, y destinado a permanecer allí después de dicha intervención. **No queda cubierto por la póliza.**

Indisputabilidad de la póliza: Beneficio incluido en el Contrato de Seguro que surge a partir del momento de su formalización o de la inclusión de nuevos Asegurados, por el cual el Asegurador asume la cobertura de toda enfermedad preexistente, siempre que el Asegurado no la conociera y no la omitiera intencionadamente en el Cuestionario de Salud.

Inhibidor enzimático y/o molecular: Medicamentos biológicos dirigidos que actúan sobre una diana terapéutica, intra o extracelular, inhibiendo la generación y transmisión de señales en la vía de crecimiento celular. En este subgrupo terapéutico se incluyen inhibidores de la transcripción enzimática a distintos niveles (ej. inhibidores de la proteína quinasa, de la tirosin quinasa, de los proteosomas, etc.) **No queda cubierto por la póliza.**

Inmunoterapia o terapia biológica: La inmunoterapia o terapia biológica (a veces también llamada bioterapia o terapia modificadora de la respuesta biológica) se basa en modificar, estimular o restaurar la capacidad del sistema inmunitario para luchar contra el cáncer, las infecciones y otras enfermedades. Asimismo, se usa para disminuir ciertos efectos secundarios que pueden causar algunos tratamientos oncológicos. Las sustancias o medicamentos utilizados en la inmunoterapia antitumoral son: los agentes inmunomoduladores no específicos, los interferones, las interleuquinas, los factores de crecimiento o estimulantes de colonias, los anticuerpos monoclonales o los agentes antitumorales antígeno- específicos, las terapias con citoquinas y las vacunas. **No queda cubierto por la póliza.**

Medicina regenerativa: Incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos. **No queda cubierto por la póliza.**

Médico: Licenciado o Doctor en Medicina, legalmente capacitado y autorizado para ejercer la medicina y tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad, dolencia o lesión que padezca el Asegurado.

Medios propios: Facultativos y centros incluidos en la Guía de Servicios que le corresponda al Tomador / Asegurado según la modalidad de seguro contratada.

Medios ajenos: Facultativos y centros no incluidos en la Guía de Servicios Sanitarios que le corresponda al Tomador / Asegurado según la modalidad de seguro contratada.

Período de carencia: Es el intervalo de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto del seguro, durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza.

Póliza: Es el contrato de seguro. Documento escrito que contiene las Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales y los Suplementos o Anexos que se añadan a la misma, para completarla o modificarla. La Solicitud de Seguro y la Declaración o Cuestionario de Salud forman también parte de la póliza.

Preexistencia: Es aquella condición médica, alteración de la salud o trastorno orgánico, que existe con anterioridad a la fecha de la contratación o inclusión del Asegurado en la póliza y que normalmente es percibida por signos o síntomas, independientemente de que exista un diagnóstico médico y no siendo necesariamente patológico (por ejemplo embarazo).

Prima: El precio del seguro. Incluirá, además, los recargos e impuestos que, en cada momento, sean de aplicación legal.

Psicología clínica: Rama o especialidad de la Psicología, que se ocupa del tratamiento y rehabilitación de las anomalías y trastornos del comportamiento humano. **No queda cubierto por la póliza.**

Psicólogo clínico: Licenciado en Psicología especializado en Psicología Clínica. **No queda cubierto por la póliza.**

Psicoterapia: Método de tratamiento que se efectúa a una persona que padece un conflicto psíquico, por indicación o prescripción de un psiquiatra. **No queda cubierto por la póliza.**

Radioterapia de intensidad modulada (IMRT): Es un tipo de radioterapia conformada tridimensional que usa imágenes creadas por un ordenador, mediante programas informáticos de planificación inversa, para mostrar el tamaño y la forma de un tumor, y dirigir los haces de radiación de un acelerador lineal multiláminas en diferentes ángulos y con distinta intensidad hacia el tumor, concentrando la máxima intensidad en el mismo, y limitando la dosis que reciben los tejidos sanos adyacentes. También, se llama RIM. **No queda cubierto por la póliza.**

Radioterapia helicoidal o tomoterapia: La radioterapia helicoidal guiada por imagen en tiempo real, también llamada tomoterapia, integra el TAC y un acelerador lineal multiláminas binario (64 láminas) en un mismo equipo. Es una modalidad avanzada de radioterapia que permite antes de administrar la radiación obtener una imagen tridimensional del tumor (3-D) y enfocar la radiación en el tumor desde muchas direcciones distintas, al girar la fuente de radiación de la máquina alrededor del paciente en forma de espiral. También se llama tomoterapia helicoidal. **No queda cubierto por la póliza.**

Rehabilitación: Todos aquellos actos prescritos por un médico traumatólogo, neurólogo, reumatólogo o rehabilitador y realizados por un médico rehabilitador o por un fisioterapeuta en un centro específico de rehabilitación, destinados a restituir la funcionalidad de aquellas partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de una enfermedad o accidente originado durante la vigencia de la póliza. **La rehabilitación de carácter neurológico no queda cubierta por la póliza.**

Rehabilitación cardiaca: El conjunto de actividades necesarias para recuperar, tras un infarto agudo de miocardio o trasplante cardiaco, un nivel funcional óptimo desde el punto de vista físico.

Seguro individual: A efectos de la contratación, se considera que el seguro es de modalidad individual cuando una o varias personas, unidas por un vínculo diferente al interés Asegurador, habitualmente son familiares de primer grado (el Tomador, su cónyuge o pareja de hecho y sus hijos no emancipados menores de 30 años convivientes en la misma residencia familiar).

Seguro colectivo: A efectos de la contratación, se considera que un seguro es de modalidad colectiva cuando incluye un grupo de personas unidas por un vínculo, diferente al interés Asegurador, que cumplan las condiciones legales de asegurabilidad, y cuya cobertura se realiza mediante adhesión obligatoria (colectivo cerrado) o voluntaria (colectivos abiertos o cofinanciados) a unas condiciones de contratación y/o contrato único previamente acordado por el Asegurador y el colectivo contratante.

Sobreprima: Cantidad adicional o prima complementaria que se abona por la cobertura de un riesgo excluido en las Condiciones Generales.

Siniestros: Todo hecho cuyas consecuencias estén cubiertas, total o parcialmente, por alguna de las garantías de la póliza. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa y prestado por un mismo prestador.

Solicitud de seguro: El cuestionario, facilitado por el Asegurador, en el que el Tomador del seguro describe el riesgo que desea asegurar, con todas las circunstancias que conoce y que pueden influir en la valoración de dicho riesgo. Incluye el Cuestionario de Salud.

Tarjeta sanitaria: Tarjeta magnética que se entrega a cada Asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para acceder a los servicios de la Guía de Servicios.

Terapia génica o genética: Es el proceso que permite el tratamiento de las enfermedades hereditarias, del cáncer, las infecciones y otras enfermedades, mediante la modificación del genoma celular. La terapia génica consiste en insertar, mediante distintos vectores, material genético en una célula diana para obtener un efecto terapéutico (síntesis de una proteína de interés, compensar un déficit genético, estimular la respuesta inmune contra un tumor o la resistencia a la infección producida por un virus). **No queda cubierto por la póliza.**

Tomador del seguro: La persona física o jurídica que suscribe este contrato con AME Asistencia Médica Compañía de Seguros, S.A. y, con ello, acepta las obligaciones que en él se establecen, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Unidad del dolor: Servicio médico especializado en el tratamiento del dolor crónico.

Urgencia vital: Es aquella situación que requiere atención médica inmediata e inaplazable (en pocas horas), dado que un retraso en la misma puede derivar en un compromiso para la vida o daño irreparable en la integridad física del paciente.

CLÁUSULA SEGUNDA.- OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites estipulados en las presentes **Condiciones Generales y de los que se establecen en la Condiciones Particulares y Especiales y/o en el Cuestionario o Declaración de Salud**, el Asegurador AME cubre la asistencia médica en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en la **CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURAS DEL SEGURO**, previo cobro de la prima correspondiente.

El Asegurador se hará cargo, siempre que se cumpla el contenido de las cláusulas de esta póliza, del coste de la asistencia sanitaria que los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados presten a los Asegurados.

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador asume el coste de la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en la **CLÁUSULA TERCERA.- ACCESO A LAS COBERTURAS DEL SEGURO** de las presentes Condiciones Generales de la Póliza y dentro de los servicios cubiertos por la misma.

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

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica en el periodo de cobertura de este seguro, sólo podrán pasar a formar parte de las coberturas de la póliza, cuando:

1. Estén debidamente contrastados científicamente o hayan quedado manifiestamente superados por otros disponibles. Ello requiere de un informe positivo emitido por las Agencias de evaluación de las tecnologías sanitarias (Ministerio de Sanidad o Servicios de Salud de la CCAA).

2. Queden incluidos expresamente en CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURAS DEL SEGURO de estas Condiciones Generales.

AME comunicará al Asegurado en cada renovación del contrato las incorporaciones o actualizaciones en técnicas o tratamientos que pasan a formar parte de las Coberturas de la Póliza para el siguiente periodo. El seguro se basa en la libre elección de los médicos y centros hospitalarios, entre los detallados en la Guía de Servicios de AME, adaptada según la modalidad de seguro contratada.

Cuando en alguna población no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, será facilitado en la localidad donde éste pueda realizarse, a elección del Asegurado. El derecho de libertad de elección de médico y de centro supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de AME por los actos de aquéllos, sobre los que AME no tiene capacidad de control a causa de la protección del secreto profesional, la

confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. La modalidad de prestación es la recogida en el artículo 105 párrafo 1º Ley de Contrato de Seguro – abono de gastos sanitarios–, sin asumir directamente la prestación de los servicios que se practica por profesionales y centros cualificados. En caso de defectuosa praxis médica u hospitalaria el Asegurado se obliga a plantear acciones exclusivamente contra los profesionales o centros intervinientes directamente en la prestación y sus respectivas Aseguradoras de responsabilidad civil, con renuncia de acciones frente a AME. La modalidad del seguro y determinadas coberturas varían en función del tipo de suscripción realizada por el Asegurado.

CLÁUSULA TERCERA.- ACCESO A LAS COBERTURAS DEL SEGURO

AME entregará al Tomador del seguro la Tarjeta Sanitaria AMEsalud, de uso personal e intransferible para que cada Beneficiario pueda identificarse, así como la Guía de Servicios AMEsalud con el detalle de los profesionales sanitarios, centros hospitalarios, servicios de urgencia, centros diagnósticos y servicios complementarios.

3.1.- Cobertura Ordinaria.

El Asegurado podrá hacer uso libremente de los servicios cubiertos por la póliza que formen parte de la Guía de Servicios, debiendo presentar para identificarse, la Tarjeta Sanitaria personal de Asegurado. Igualmente estará obligado a mostrar su documento nacional de identidad o, en su caso, otro documento oficial identificativo (NIE, Pasaporte, etc.).

Cuando en alguna población no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, será facilitado en la localidad donde éste pueda realizarse, a elección del Asegurado.

El Asegurador no se hace responsable de honorarios de facultativos no incluidos en la Guía de Servicios de la misma, ni de los gastos de internamiento sanatorial o servicios que los mismos pudieran prescribir u ordenar.

Asimismo, el Asegurador no cubrirá los gastos de internamiento ni los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con el Asegurador, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

Los datos de los facultativos y de los establecimientos sanitarios que figuran en la Guía de Servicios pueden sufrir variación, por lo que se recomienda que, ante cualquier incidencia se ponga en contacto con el Departamento de Atención al Asegurado o consulte la Guía de Servicios actualizada en la página web de la Aseguradora.

3.2.- Urgencias

En caso de un servicio de urgencia, el Asegurado, deberá solicitarlo por teléfono o acudir directamente a cualquiera de los Centros de Urgencia Permanente que el Asegurador tiene establecidos y cuya dirección y teléfono figuran en la Guía de Servicios facilitada al Asegurado. El servicio de urgencia de carácter domiciliario se garantiza en aquellas poblaciones en las que la Entidad tenga concertado dicho servicio.

3.3.- Autorizaciones

Los servicios cubiertos por la póliza pueden ser de libre acceso o requerir una Autorización previa por parte del Asegurador.

Son de libre acceso las consultas de asistencia primaria, especialistas y las consultas de urgencia, así como los medios de diagnóstico básicos. Requerirán Autorización previa los ingresos hospitalarios, las intervenciones quirúrgicas, prótesis e implantes quirúrgicos, los traslados en ambulancia, los actos terapéuticos, las pruebas diagnósticas complejas y los trasplantes incluidos en la **CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURAS DEL SEGURO.**

AME emitirá una Autorización expresa previa siempre que la prestación sea prescrita por escrito por un médico incluido en la Guía de Servicios de la Entidad, siendo necesario en el caso en que así lo requiera la Entidad, además de la citada prescripción, acompañar un informe del médico prescriptor. En cualquier caso, la citada Autorización del acto prescrito deberá recaer obligatoriamente en un centro incluido en la Guía de Servicios. Una vez formalizada la Autorización, esta vinculará económicamente a la Entidad, salvo que en dicha comunicación se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza.

No obstante, en los casos de asistencia de urgencia, será suficiente la prescripción por escrito del médico concertado con la Entidad, debiendo el Asegurado obtener la autorización de AME dentro de las 72 horas siguientes al ingreso hospitalario o a la prestación sanitaria incluidos en la **CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURAS DEL SEGURO.** En los supuestos de Urgencia Vital, AME 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 médico o la hospitalización, con un máximo de 72 horas.

Para emitir las autorizaciones, tramitar los siniestros, AME, está autorizada, según lo establecido en la **CLÁUSULA DECIMO-NOVENA.- TRATAMIENTO Y CESIÓN DE LOS DATOS PERSONALES,** a recabar información médica relacionada con las prescripciones, directamente del facultativo y/o centro sanitario, o podrá solicitar al Asegurado un informe

médico adicional en el que consten los antecedentes, los factores de riesgo, el diagnóstico y la necesidad de tratamiento. **Las autorizaciones se pueden solicitar al departamento de atención al Asegurado, por teléfono 932 265 966, por fax 932 267 589, por correo electrónico ame@ameasistencia.com, a través de la web www.ameasistencia.com o en la oficina de AME (Calle Valencia 106-108 Bajos 08015 Barcelona).**

3.4.-Asistencia domiciliaria

Con respecto a la visitas domiciliarias, el Asegurador se obliga a prestar los servicios únicamente en el domicilio del Asegurado que figura en la póliza, siempre y cuando esté concertado dicho servicio por la Entidad en esa zona; cualquier cambio del mismo habrá de ser notificado al Asegurador por cualquier medio fehaciente, con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio. La Entidad se obliga a emitir el correspondiente suplemento.

Se podrá solicitar un servicio a domicilio cuando, por el estado de salud del enfermo, el desplazamiento a una consulta o centro hospitalario es médicamente desaconsejable.

3.5.- 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 Guía de Servicios de la Entidad. El Asegurado se dirigirá directamente al facultativo elegido.

3.6.- Copagos

El Asegurado abonará por cada servicio recibido, en concepto de copago o participación en el coste del mismo, el importe establecido en el apartado **4.9 Copagos de la CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURAS DEL SEGURO.**

El Asegurador remitirá periódicamente al Tomador un extracto donde figurarán los servicios que hubieran utilizado los Asegurados incluidos en la Póliza y susceptibles de copago, junto con el importe de los copagos correspondientes.

El importe de los copagos podrá ser actualizado por el Asegurador de conformidad con lo establecido en las presentes Condiciones Generales de la póliza.

3.7.- Cláusula de subrogación o de cesión de derechos

Una vez prestado el servicio, AME podrá ejercer los derechos y acciones que, debido al siniestro causado, correspondan al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización pagada.

El Asegurado está obligado a suscribir a favor de AME los documentos necesarios para facilitar la subrogación.

Este derecho de subrogación no podrá ejercerse contra el cónyuge del Asegurado ni contra otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad ni contra el padre adoptante o hijo adoptivo, que convivan con el Asegurado.

CLÁUSULA CUARTA.- COBERTURAS DEL SEGURO

La Asistencia Sanitaria a la que da derecho este contrato es la siguiente:

4.1.- Asistencia Primaria

Los servicios serán prestados exclusivamente por profesionales sanitarios que figuren en la Guía de Servicios de la Póliza.

- **Medicina General.** Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.
- **Pediatría y Puericultura.** Asistencia de niños de hasta 14 años de edad con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil. Quedan incluidos los análisis clínicos básicos de sangre (excluidas las pruebas genéticas y biológico moleculares), el de orina y la radiología simple convencional.
- **Servicio de Enfermería (inyectables y curas):** Servicio de Asistente Técnico Sanitario o Diplomado Universitario de Enfermería (ATS/DUE) que se prestará en consultorio y en domicilio, previa petición escrita del médico que asista al Asegurado.

4.2.- Servicios de Urgencias

• **Asistencia Permanente de Urgencia.** Se prestará en los centros concertados por el Asegurador y que figuran en la Guía de Servicios de la póliza contratada. La asistencia sanitaria de Medicina General y de enfermería se prestará en domicilio del Asegurado siempre que esté justificado y por indicación del Servicio de Asesoramiento Médico Telefónico 24 horas.

- **Asistencia Permanente de Urgencia a Desplazados en España con las mismas coberturas y exclusiones**

indicadas en estas Condiciones Generales. Para cualquier urgencia ocurrida en el territorio nacional el teléfono de atención es el 934484679.

• **Ambulancia.** Se prestará en caso de necesidad urgente y siempre y cuando concurren especiales circunstancias de imposibilidad física que le impidan utilizar otros servicios de transporte (coche particular, taxi, autobús, etc) para el traslado terrestre desde el lugar en el que se encuentre el Asegurado hasta los centros de urgencias concertados por AME que le correspondan. En todos los casos será necesaria la prescripción escrita de un médico de AME con un informe que indique la necesidad de traslado asistido. La distancia máxima a cargo de la Entidad será de 300 kilómetros, corriendo por cuenta del Asegurado el exceso de kilometraje. También, se incluyen los traslados en incubadora.

No queda cubierto el traslado de regreso del Asegurado de un centro médico, clínica u hospital a su domicilio u otra destinación.

4.3.- Especialidades médicas

La cobertura incluye visitas, pruebas de diagnóstico y actos terapéuticos comprendidos en las especialidades que a continuación se describen, siempre que sean prestados por facultativos y centros incluidos en la Guía de Servicios correspondiente a su póliza.

Quedan cubiertas exclusivamente las visitas en consultorio y las pruebas diagnósticas intraconsulta de las siguientes especialidades:

- **Alergología e Inmunología. Las vacunas serán a cargo del Asegurado.**
- **Anestesiología y Reanimación.**
- **Anatomía Patológica. Incluidos Inmunohistoquímica, Receptores Hormonales y Marcadores Tumorales.**
- **Angiología y Cirugía Vascul. Se excluye la cobertura del láser.**
- **Aparato Digestivo.**
- **Cardiología.** Incluye la rehabilitación cardiaca tras infarto agudo de miocardio.
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- **Cirugía Máxilo-Facial.**
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica y Reparadora. Excluida la cirugía con fines estéticos.**
- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología medico-quirúrgica y venereología. Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos y la dermatoscopia digital (epilimnoscopia).**
- **Endocrinología.**
- **Estomatología-Odontología. Incluye extracciones, curas estomatológicas derivadas de éstas y radiología dental asociada (se excluyen de cobertura los TAC por Implantología). Limpieza bucal anual.** El resto de tratamiento en-ales que no cubre el seguro se prestarán, con la participación del Asegurado en su coste. Consulte con el Departamento de atención al Asegurado de AME las coberturas de otras pólizas.
- **Ginecología. comprende el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la mujer.** Quedan cubiertas la revisión ginecológica anual, la planificación familiar y el diagnóstico de la infertilidad y esterilidad.
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Medicina Interna.**

- **Nefrología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía.**
- **Neurología.**
- **Oftalmología.**
- **Oncología Médica. Incluye el estudio del ganglio centinela en el cáncer de mama.**
- **Otorrinolaringología.**
- **Psiquiatría.**
- **Radiología.**
- **Reumatología. Se excluyen los fármacos de las infiltraciones.**
- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.**
- **Urología.**

4.4.- Medios de diagnóstico

Las Pruebas de Diagnóstico se realizarán, en todos los casos, previa prescripción escrita de un médico de la Entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma. **Los medios de contraste utilizados se encuentran incluidos en la cobertura de los Medios de Diagnóstico hasta un máximo de 100,00 € por prueba.**

- **Medios de Diagnóstico Básicos.** Comprende los siguientes servicios:
 - Análisis Clínicos, Bioquímica, Hematología, Microbiología y Parasitología. **Se excluye el Test de Sensibilidad Alimentaria.**
 - Anatomía Patológica y Citopatología.
 - Radiología Simple.
- **Otros Medios de Diagnóstico.** Se realizarán en los Centros Sanitarios designados por la Entidad. **El Período de Carencia aplicable a estas garantías será de TRES MESES, excepto para la Resonancia Magnética Nuclear y para la alta tecnología diagnóstica que será de SEIS MESES.** Comprende los siguientes servicios:
 - **Radiodiagnóstico.** Incluye las técnicas habituales como Densitometría Ósea, Ecografías (excepto la Ecografía en 3D o 4D Obstétrica), Mamografía, Angiografía, Arteriografía digital y Radiología no Intervencionista.
 - **Analítica compleja:** se excluyen los análisis genéticos.
 - **Medicina Nuclear.** Isótopos radioactivos y Gammagrafía.
 - **Resonancia Magnética Nuclear (RMN).** El Período de Carencia aplicable a esta garantía será de SEIS MESES.
 - **Tomografía Axial Computerizada (TAC/SCANNER).**
 - **Diagnóstico cardiológico:** Electrocardiograma, Prueba de Esfuerzo, Ecocardiograma, Holter, Mapa, Doppler.
 - **Neurofisiología Clínica:** Electroencefalografía y Electromiografía.
 - **Otoemisiones Acústicas** o screening auditivo neonatal para la detección precoz de la hipoacusia.
 - **Tomografía de coherencia óptica (OCT):** en diagnóstico oftalmológico, según protocolos de práctica clínica comúnmente aceptados.
 - **Alta tecnología diagnóstica. El Período de Carencia aplicable a esta garantía será de SEIS MESES. Incluye:** La Angiotomografía computerizada (AngioTC) multicorte, Angioresonancia (AngioRM) y la Resonancia de Vía Biliar.

4.5.- Medicina preventiva

Los siguientes programas de medicina preventiva deberán ser realizados por médicos de la Entidad y en los centros sanitarios designados por la misma. **El Período de Carencia aplicable a las siguientes garantías será de SEIS MESES.**

- **Plan de prevención de la salud Infantil:**

- Chequeo Pediátrico. Control de salud en las edades claves del desarrollo infantil, durante los cuatro primeros años.
- Otoemisiones Acústicas o screening auditivo neonatal para la detección precoz de la hipoacusia.

- **Chequeo Ginecológico:**

- Revisión anual incluyendo visita, colposcopia, citología, ecografía y mamografía, según protocolos comúnmente aceptados.
- Test HPV para detección precoz de cáncer de cuello del útero según protocolos comúnmente aceptados.

- **Chequeo Cardiológico:**

- Revisión anual incluyendo visita, exploración cardiovascular, electrocardiograma, analítica y, si procede, prueba de esfuerzo y ecocardiograma.

- **Plan de prevención Dermatológica:**

- Consulta y revisión de los cambios de tamaño, color y forma de los nevos displásicos o atípicos. **Se excluye la epiluminiscencia.**

- **Chequeo Urológico:**

- Revisión anual incluyendo visita, ecografía renal y vesico-prostática, P.S.A. (antígeno prostático específico) y ecografía transrectal y/o biopsia prostática, si procede.

- **Plan de prevención del cáncer colonrectal:**

- Consulta médica y exploración física.
- Test específico para detectar sangre oculta en heces.

- **Odontología:**

- Consulta odontológica y exploración del estado bucodental.
- Tartrectomías o limpieza de boca anual.

- **Planificación Familiar:**

- Implantación del DIU. **El coste del dispositivo será a cargo de la Asegurada.**
- Pruebas Diagnósticas de la Esterilidad. **Se garantizan exclusivamente el Seminograma, Histerosalpingografía y Cariotipo Constitucional (sangre periférica).**

4.6.- Tratamientos Terapéuticos

Deberán ser solicitados por médicos de la Entidad y se realizarán en los centros sanitarios designados por la misma. **El Período de Carencia aplicable a las siguientes garantías será de SEIS MESES.**

- **Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio. Se establece un límite por proceso de 30 días.**

- **Rehabilitación del suelo pélvico. Exclusivamente como consecuencia directa del Parto y siempre que el tratamiento se realice en el período de seis meses desde dicho acto médico. Se limita el tratamiento a 10 sesiones como máximo.**

- **Rehabilitación y Fisioterapia.** Para el tratamiento de procesos traumatológicos agudos por intervención y/o traumatismo (no dolor crónico) siempre que los mismos hayan sido contraídos con posterioridad a la fecha de efecto del contrato. Se prestará con carácter ambulatorio. Debe estar dirigida por un médico, auxiliado por fisioterapeutas y realizado en un centro idóneo para tal fin e incluido en la Guía de Servicios. **Excluidos los tratamientos rehabilitadores de carácter neurológico. Se limita el tratamiento a 30 sesiones como máximo por Asegurado y año.**

- **Ortóptica.** Se prestará como consecuencia de la aparición del estrabismo. **Se establece un límite por proceso de 10 sesiones.**

4.7.- Otros servicios

- **Podología en consultorio. Limitado a 12 sesiones anuales por Asegurado.**

- **Servicio Telefónico de Orientación Médica 24 horas (934 484 679).** Información telefónica de apoyo, todos los días del año, referente a enfermedades, tratamientos y prevención de su salud, así como en la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica, evaluación de informes y diagnósticos.

- **Homeopatía.** Se prestará por un facultativo concertado por la Entidad, acreditado, de la Guía de Servicios. **Se limita su cobertura a un total de 12 visitas anuales por Asegurado.**

4.9.- Copago

El Tomador del Seguro pagará en concepto de franquicia o participación en el coste del servicio una cantidad determinada por cada servicio que utilice de las garantías cubiertas por la presente póliza. El importe de cada uno de los copagos serán los indicados a continuación en función de cada uno de los apartados de la presente CLÁUSULA CUARTA:

- **Visitas: 0,00 €**
- **Pruebas o medios de diagnóstico: 0,00 €**
- **Urgencias 0,00 €**
- **Tratamientos: 0,00 €**
- **Hospitalizaciones: 0,00 €**

CLÁUSULA QUINTA.- COBERTURAS EXCLUIDAS

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

1. La hospitalización por cualquier causa.
2. Endoscopias y pruebas diagnósticas en quirófano y con sedación.
3. Los tratamientos médicos y/o quirúrgicos, que precisen o no de hospitalización, y la medicación de cualquier clase, así como cualquier tipo de curas que no puedan realizarse en el propio consultorio médico.
4. La asistencia sanitaria derivada y/o relacionada con la especialidad de obstetricia.
5. La Asistencia Sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones congénitas que sean preexistentes (embarazo o gestación) a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, aun cuando no se hubiera establecido un diagnóstico concreto, salvo que dichas enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en el cuestionario de salud y expresamente aceptada su cobertura por el Asegurador en Condiciones particulares. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento.

El Tomador del seguro, en su nombre y en el de los beneficiarios, está obligado a manifestar en el momento de suscribir la solicitud de seguro, cualquier tipo de lesión, patología congénita, enfermedades, pruebas diagnósticas, tratamientos e inclusive la sintomatología que pudiera considerarse como el inicio de alguna patología. En caso de ocultación, la afección quedará excluida de las coberturas del contrato de seguro. Si constaran declaradas enfermedades preexistentes y/o congénitas, AME Asistencia Médica se reserva el derecho de aceptar o rechazar la solicitud de aseguramiento. En caso de aceptarlas AME Asistencia Médica podrá bien incluir la correspondiente cláusula de exclusión de dichas coberturas, o en su caso aplicar una sobreprima por la cobertura de las mismas.

Para las enfermedades no conocidas ni sospechadas por el asegurado o tomador por no haber dado síntomas anteriores a la formalización del contrato, se establece la indisputabilidad de su cobertura transcurrido un año desde dicha formalización o inclusión del asegurado, salvo dolo del tomador.

6. La Asistencia Sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras, motines, revoluciones, represiones y maniobras militares, aún en tiempos de paz y terrorismo en cualquiera de sus formas; las causadas por epidemias declaradas oficialmente; las que guarden relación directa o indirecta con contaminaciones químicas, biológicas, con radiación nuclear o contaminación nuclear o radiactiva, así como las que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y fenómenos sísmicos o meteorológicos).

7. La Asistencia Sanitaria que se precise como consecuencia de las enfermedades o lesiones producidas durante la práctica como aficionado o profesional de las actividades de alto riesgo como: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, quad, hípica, parapente, puenting, barranquismo, esquí (dentro y fuera pistas), participación en apuestas y competiciones, toreo y encierro de reses bravas, deportes de aventura u otra práctica manifiestamente peligrosa.

- 8.** La Asistencia Sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general.
- 9.** La Asistencia sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción o intoxicaciones debidas al abuso de alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones y trastornos alimentarios, así como la Asistencia Sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por el dolor, negligencia, imprudencia del Asegurado o lesiones por riñas, agresiones.
- 10.** Análisis y otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
- 11.** La Medicina y chequeos de carácter preventivo (salvo los detallados en las Condiciones Generales de la póliza). Los productos farmacéuticos y todo tipo de vacunas y autovacunas salvo las detalladas expresamente en las Condiciones Generales. Así como el suministro de Extractos en procesos alérgicos.
- 12.** La interrupción voluntaria del embarazo en cualquier supuesto, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción voluntaria, y la reducción embrionaria instrumental selectiva. También está excluido el tratamiento de la esterilidad e infertilidad y las técnicas de fecundación asistida. Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil.
- 13.** Cualquier tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética y/o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte afectada (no siendo válidas las razones puramente psicológicas). Quedan asimismo excluidos los tratamientos de varices con fin estético, las curas de adelgazamiento y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los tratamientos capilares. Queda también excluida la corrección quirúrgica de la miopía, astigmatismo, hipermetropía y presbicia, así como la ortoqueratología. Así como las consecuencias y complicaciones derivadas de todas las exclusiones recogidas en éste apartado.
- 14.** El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos, la psicoterapia individual o en grupo y cualquier método de asistencia psicológica. Las terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, el quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente.
- 15.** Cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia genética, estudios para la determinación del mapa genético y cualesquiera otra técnica genética, con la exclusiva excepción de aquellas que figuren expresamente incluidas en Anexo de las Condiciones Particulares de la póliza.
- 16.** La Asistencia Sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, así como la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria.
- 17.** Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema nacional de Salud.
- 18.** Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional, la rehabilitación en enfermedades crónicas del aparato locomotor cuando se hayan estabilizado las secuelas, así como la rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen. Queda excluida la estimulación precoz, la rehabilitación realizada en el domicilio y aquella que se realiza en centros no autorizados y/o inscritos en el registro de Centros y Servicios Sanitarios de la Comunidad Autónoma respectiva.
- 19.** Tratamientos de diálisis, hemodiálisis y riñón artificial. La Cámara Hiperbárica.
- 20.** La asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.
- 21.** Los gastos de viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios.
- 22.** Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos, de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consistan en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén científicamente contrastadas y/o no hayan sido ratificadas por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, o se hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.
- 23.** Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, centros spa, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos. Queda excluida además la asistencia sanitaria en centros privados no concertados, y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las Comunidades Autónomas. En todo caso

AME Asistencia Médica se reserva la facultad de reclamar al Asegurado el recobro de los gastos de asistencia que haya tenido que abonar al sistema sanitario público, por la asistencia médica prestada.

- 24.** Análisis u otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
- 25.** En Psiquiatría y Psicología clínica, las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, como el psicoanálisis, la hipnosis o narcolepsia ambulatoria, la sofrología y las curas de reposo o sueño. Se excluye además la psicoterapia de grupo o pareja, los tests psicológicos y psicométricos, la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica, la terapia educativa o cognitivo conductual en los trastornos de la comunicación oral y escrita y del desarrollo de diverso origen.
- 26.** Sistema de navegación o mapeo Carto (3D) o cartografía auricular electroanatómica no fluoroscópica de ablación por radiofrecuencia.
- 27.** Terapia de entrecruzamiento o Cross-linking corneal.
- 28.** Los tratamientos que usan laser, excepto los indicados en las coberturas.
- 29.** Los tratamientos médicoquirúrgicos de la roncopatía o de la apnea obstructiva del sueño, y los tratamientos y/o modalidades de radioterapia y sus indicaciones médicas. Además queda excluida la Protonterapia, la Neutronterapia, la radiocirugía con Cyberknife, la radioterapia o radiocirugía estereotáctica extracraneal y/o adaptada a la respiración (4D).
- 30.** La Logopedia y la Foniatría para la recuperación de los trastornos del habla, la fonación y el lenguaje, causados por alteraciones anatómicas o neurológicas congénitas y psicomotrices de diverso origen.
- 31.** La Medicina Regenerativa, la Biológica, la Inmunoterapia, las Terapias Biológicas, la Terapia Génica o Genética, así como las aplicaciones de todas ellas. Además quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso compasivo, así como los que estén en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- 32.** La Odontología Endodóncica, Periodóncica, Ortodóncica, los selladores de fisuras y las obturaciones o empastes en mayores de 14 años, las reconstrucciones, las prótesis dentales, las apicectomías, la implantología y los medios diagnósticos necesarios para realizar estos tratamientos.
- 33.** Pruebas genéticas y de biología molecular.
- 34.** El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos de riesgo con finalidad preventiva o predictiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica comparada, y las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de los resultados, así como cualquier otra técnica genética y/o de biología molecular que se solicite con fin pronóstico o diagnóstico si éste se puede obtener por otros medios, o no tiene repercusión terapéutica.
- 35.** La braquiterapia.
- 36.** El DATSCAN - Spect cerebral (Tomografía de Fotón Único (Espectrografía - SPECT)).
- 37.** La Espectroscopia por RM o RMN de alta resolución o campo (3 Teslas).

CLÁUSULA SEXTA.- PERÍODOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma el Asegurador serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato para cada uno de los Asegurados que se vayan incorporando a ella.

Se exceptúan del principio general anterior los siguientes servicios:

- a.** Los servicios detallados en el apartado 4.4.- Medios de diagnóstico de estas Condiciones Generales tendrán un período de carencia de TRES MESES excepto para la Resonancia Magnética Nuclear y para la alta tecnología diagnóstica que será de SEIS MESES. Los servicios de Radiología y Analítica simple no tendrán período de carencia alguno.
- b.** Todos los tratamientos terapéuticos detallados en el apartado 4.6 de estas Condiciones tendrán un período de carencias de SEIS MESES.
- c.** Los servicios detallados dentro del apartado 4.5 de Medicina Preventiva de estas Condiciones Generales tendrán un periodo de carencia de SEIS MESES.

Podrán establecerse períodos de carencia distintos para servicios complementarios o modificarse los expresados en los números indicados siempre que se determine su duración en las Condiciones Particulares.

En aquellas Pólizas en las que se detalle en las Condiciones Particulares que los Asegurados gozarán de derechos inmediatos a los servicios de la Póliza se excluirán de los mismos todos aquellos procesos en curso

que tenga el Asegurado.

CLÁUSULA SÉPTIMA.- FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

Este contrato ha sido concertado de acuerdo a las declaraciones efectuadas por el Tomador del seguro y por el Asegurado en el Cuestionario de Salud previo, que han sido tenidas en cuenta por el Asegurador para aceptar el riesgo y le han servido para fijar la prima.

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y, salvo pacto en contrario, la duración se ajustará al año natural. A su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente y/o automáticamente por períodos anuales. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación descrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de antelación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quién se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador. El Asegurador no podrá oponerse a la prórroga después del tercer vencimiento anual de la Póliza, con la excepción de los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del Tomador del seguro y/o Asegurado y de existencia de inexactitud, dolo o culpa grave del Asegurado en las respuestas proporcionadas en el cuestionario de salud.

La renuncia del Asegurador al derecho de oposición a la prórroga del contrato queda vinculada a que el Tomador acepte que las primas varíaran según los criterios técnico-actuariales de la **CLÁUSULA DECIMOSÉPTIMA.- BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS Y FRANQUICIAS.**

Durante la asistencia o tratamiento en régimen hospitalario del Asegurado y hasta la fecha en que obtuviera el alta médica hospitalaria, el Asegurador no podrá rescindir la Póliza, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

El contrato de seguro y sus modificaciones no tendrán efecto mientras no se haya firmado la póliza y abonado el primer recibo de prima, salvo que se establezca pacto en contrario en las Condiciones Particulares.

Las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente contrato tomarán efecto, las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la notificación efectuada por el Tomador del seguro, y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.

CLÁUSULA OCTAVA.- 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 primera prima o de la prima única en el momento de la aceptación del contrato, lo cual se realizará por domiciliación bancaria, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca otro procedimiento.

Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los vencimientos correspondientes.

El Tomador del seguro puede solicitar el fraccionamiento del pago de las primas anuales en periodos semestrales, trimestrales o mensuales.

En estos casos se aplicará el recargo que corresponda. El fraccionamiento de la prima no exime al Tomador de su obligación de abonar la prima anual completa.

Para el pago mediante domiciliación bancaria, el Tomador del seguro facilitará los datos del establecimiento y autorizará a la entidad financiera hacer efectivos los pagos. La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del mes siguiente al vencimiento, no existiesen fondos suficientes del obligado a pagarla. En este caso, se notificará el impago al Tomador del seguro.

La primera prima será exigible, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del seguro, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

En caso de falta de pago de la segunda y/o sucesivas primas o fracciones de primas, la cobertura del Asegurador quedará suspendida un mes después del día del vencimiento de la prima y/o recibo. Una vez pasado dicho mes, si el tomador no abona la cuantía adeudada, el asegurador podrá resolver el contrato o reclamar el pago. 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 24 horas del día en que el Tomador del seguro pague la prima o fracción de prima. Si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario. El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados. En el caso de que se fraccione el pago de la prima anual en periodos inferiores al año, el impago de los recibos correspondientes a las referidas fracciones de prima tendrá los mismos efectos que el impago de la prima tal y como se ha señalado en los dos puntos anteriores, y por tanto, el asegurador podrá resolver el contrato o exigir el pago, quedando el contrato extinguido si no se reclama el pago dentro de los

seis meses siguientes al vencimiento de dicho fraccionamiento. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del seguro el Recibo de prima emitido por el Asegurador.

En caso de extinción anticipada del contrato imputable al Tomador del seguro, la parte de prima anual no consumida corresponderá al Tomador.

En cada renovación del contrato de seguro, AME podrá modificar la prima anual de acuerdo a los cálculos técnico-actuariales realizados, basados en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios y/o en las innovaciones tecnológicas médicas que sea necesario incorporar.

Se aplicarán las tarifas que AME tenga en vigor en la fecha de renovación.

Además de este supuesto, las primas a abonar también podrán variar en función de la edad y otras circunstancias personales de los Asegurados.

En el seguro de modalidad colectiva, en algunos tramos se podrán establecer grupos de edad. Asimismo las primas podrán sufrir modificaciones por variaciones en la estructura del colectivo Asegurado.

Cuando el Asegurado cumpla, durante el transcurso del seguro, una edad actuarial comprendida en otro grupo, se aplicará la prima correspondiente al nuevo grupo de edad en el siguiente vencimiento anual.

El importe fijado para la prima total, una vez recogidos los recargos correspondientes, atenderá a los principios de suficiencia y equilibrio técnico, conforme a la normativa reguladora de la actividad Aseguradora.

Estos cálculos también se aplicarán en el caso de que el Asegurado haya alcanzado el derecho ya descrito de irrenunciabilidad a la prórroga de la póliza por parte de AME.

El Tomador del seguro, recibida la comunicación de AME relativa a la variación de la prima para la siguiente anualidad, podrá optar entre prorrogar el contrato o extinguirlo al vencimiento del periodo del seguro en curso. En este último caso, el Tomador debe comunicar por escrito a AME su voluntad de finalizar la relación contractual, al término de la misma.

CLÁUSULA NOVENA.- OTRAS OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

- El Tomador del seguro o, en su caso, el Asegurado, tiene las siguientes obligaciones:
 - Declarar al Asegurador, de acuerdo con el Cuestionario de Salud que éste le presente, con veracidad, diligencia y sin reserva todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. En este caso el Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada y el Asegurador se reserva el derecho a rescindir el contrato en el plazo de un mes desde el conocimiento del incumplimiento de la obligación del Asegurado/Tomador.
 - Comunicar al Asegurador, 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 que completó antes de la perfección del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador éste en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el Asegurado. En tales circunstancias el Asegurado podrá proponer una modificación de las condiciones del contrato o rescindir el mismo si se rechaza la propuesta por el Tomador del seguro.
 - Comunicar al Asegurador, el cambio de profesión habitual o de domicilio del Asegurado.
 - Si el cambio de domicilio o de profesión habitual supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en el apartado 2 anterior; si por el contrario supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el apartado 2 de la Cláusula siguiente.
 - Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente contrato. Tomando efecto las altas, el día primero del mes siguiente a la fecha de la notificación efectuada por el Tomador del seguro, y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.
 - Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando todos 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 al Asegurador de toda prestación derivada del siniestro.
 - Facilitar la subrogación que a favor del Asegurador establecen 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.

- Acreditar ante cualquier facultativo o centro sanitario de la Guía de Servicios su condición de Asegurado, mediante la presentación de la Tarjeta Sanitaria. Igualmente será necesario mostrar su Documento Nacional de Identidad o, en su caso, documento oficial identificativo (pasaporte, NIE etc.).
- El Asegurador quedará liberado del pago de la prestación en el supuesto de que el siniestro haya sido causado por mala fe del Asegurado.

CLÁUSULA DÉCIMA.- FACULTADES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

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.

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 serán de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Asegurado.

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 del seguro, 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 la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

CLÁUSULA UNDÉCIMA.- OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

Además de prestar la asistencia asegurada, el Asegurador deberá entregar al Tomador del seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda, así como un ejemplar del Cuestionario de Salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador del seguro.

El Asegurador también entregará a cada Asegurado la Tarjeta Sanitaria, que es de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador y/o el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de 72 horas.

En tales casos, el Asegurador procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado se obligan a devolver al Asegurador la tarjeta correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.

El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

Igualmente el Asegurador entregará o facilitará al Tomador del seguro información de la Guía de Servicios con especificación del Centro de Urgencia Permanente, con las direcciones y horarios de consulta de los profesionales, centros y servicios sanitarios concertados.

CLÁUSULA DECIMOSEGUNDA.- FACULTADES DEL ASEGURADOR

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

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, salvo que el Tomador del seguro y el Asegurado hubiesen actuado con dolo o culpa grave a la hora de declarar el riesgo, en cuyo caso, pierden el derecho a la prestación garantizada.

En el caso de agravación del riesgo sobre un contrato ya celebrado:

- a. El Asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar el día en que la agravación del riesgo le ha sido declarada por el Tomador del seguro y/o Asegurado, proponer una modificación del contrato. En tal caso el Tomador del seguro

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 del seguro, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador del seguro, otorgándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador del seguro la rescisión definitiva.

b. El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador del seguro o en su caso al Asegurado en el plazo de un mes contado 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 hayan efectuado su declaración de agravación del riesgo, y sobreviniera un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador del seguro y/o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

CLÁUSULA DECIMOTERCERA.- NULIDAD DEL CONTRATO

El contrato del seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la ley de Contrato de Seguro, si en el momento de su formalización ya hubiere ocurrido un siniestro del que el Asegurado/Tomador solicita su cobertura.

CLÁUSULA DECIMOCUARTA.- INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

La Póliza será indisputable transcurrido un año desde la formalización del contrato, salvo que el Tomador y/o Asegurado hayan actuado con dolo o tuviera conocimiento de afección anterior a la firma del contrato no reseñada en la solicitud o cuestionario de salud.

CLÁUSULA DECIMOQUINTA.- COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la Póliza. Si las comunicaciones se realizan al Agente que medie en el contrato, éstas surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de seguros al Asegurador en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realiza el propio Tomador del seguro, salvo indicación en contrario de éste.

CLÁUSULA DECIMOSEXTA.- LEGISLACIÓN, PRESCRIPCIÓN Y MEDIOS DE RECLAMACIÓN

A este contrato le será de aplicación la Ley Española.

Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse. Conforme a la Ley 44/2002 y en la Orden que la desarrolla 734/2004, esta compañía dispone del **“Departamento de Atención al Asegurado”**, donde el Tomador del Seguro o en su defecto una persona legitimada, podrá presentar sus quejas y reclamaciones relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, con domicilio social en Barcelona, calle Valencia nº 106-108, bajos.

Los medios de reclamación son:

a. Departamento de Atención al Asegurado: Dicho departamento está ubicado en las oficinas de la Entidad Aseguradora, y tiene a disposición de los Asegurados, el modelo de presentación de quejas y reclamaciones adaptado a los requisitos legales y el reglamento de funcionamiento del Departamento de Atención al Asegurado.

b. Comisionado para la Defensa del Cliente en la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones: conforme al procedimiento que establece el Reglamento de Ordenación de los Seguros Privados y la Orden ECO/734/2004, el reclamante podrá trasladar su queja o reclamación ante el Comisionado para la defensa del Asegurado de la Dirección General de Seguros para lo cual deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la presentación de la reclamación ante el Departamento de Atención al Asegurado, sin que ésta haya sido resuelta o que haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente su petición. No podrá utilizarse esta vía si se ha acudido a la vía administrativa, judicial o arbitral.

- c. Tribunal Arbitral de Barcelona: Para la decisión de todas las cuestiones litigiosas derivadas del presente Contrato las partes podrán someterse al arbitraje institucional del **Tribunal Arbitral de Barcelona**, encomendando al mismo la designación de árbitros y administración del arbitraje, y obligarse a cumplir la decisión arbitral.
- d. Jurisdicción Ordinaria: El Asegurado igualmente puede acudir a los Tribunales de Justicia sometiendo a los mismos la reclamación producida, siendo el juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, sin que pueda establecerse pacto alguno en contrario.

CLÁUSULA DECIMOSÉPTIMA.- BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN DE PRIMAS Y FRANQUICIAS

La Entidad podrá modificar anualmente las primas y las franquicias teniendo en consideración 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 función de los cálculos técnico-actuariales realizados y en base a las modificaciones de los costes asistenciales, de los servicios, de los capitales garantizados y en las innovaciones tecnológicas de incorporación necesaria. De no aceptarse la modificación anual de la prima, la póliza quedará extinguida en la fecha de efecto de la nueva prima. La prima se establecerá de acuerdo con el domicilio que figura en la póliza y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados de la Póliza en cada momento y de acuerdo con las tarifas que el Asegurador tenga en vigor para ese ejercicio. Asimismo, la entidad actualizará las cuotas el mes de enero de cada año según la edad que ese año alcancen los Asegurados, de acuerdo con los tramos de edad y con lo que determinen las condiciones.

CLÁUSULA DECIMOCTAVA.- ACTUALIZACIÓN ANUAL DE GARANTÍAS Y DE PRESTACIONES

La Entidad podrá modificar o reducir anualmente las garantías y prestaciones teniendo en consideración 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 función de los cálculos técnico-actuariales realizados y en base a las modificaciones de los costes asistenciales, de los servicios, de los capitales garantizados y de las innovaciones tecnológicas de incorporación necesaria. Cada vez que se modifiquen las garantías del presente contrato por la inclusión o exclusión de prestaciones, se emitirá a tal efecto un suplemento en el cual se hará constar dichas modificaciones, con una antelación de dos meses a la fecha de su efectividad, suponiendo el pago de la nueva prima la aceptación de las mismas.

CLÁUSULA DECIMONOVENA.- TRATAMIENTO, CESIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

AME ASISTENCIA MÉDICA COMPANÍA DE SEGUROS, es el Responsable del tratamiento de los datos personales del Interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 de 27 de abril de 2016 (GDPR) y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 diciembre de 2018 (LOPDGDD), por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

Fin del tratamiento: La finalidad del tratamiento es la de llevar a cabo la gestión propia de la actividad Aseguradora por usted contratada. Sus datos, inclusive los de salud, serán utilizados exclusivamente con esta finalidad.

Legitimación del tratamiento: La base legal para el tratamiento de sus datos es la ejecución del contrato para prestarle el servicio solicitado.

Criterios de conservación de los datos: se conservarán mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos

Comunicación de los datos: Sus datos (incluidos datos de salud) podrán ser tratados por otras entidades Aseguradoras, reaseguradora o centros médicos y profesionales de la medicina que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa en la gestión de siniestros, intervengan en la gestión de la póliza y de sus siniestros. **AME ASISTENCIA MÉDICA COMPANÍA DE SEGUROS** podrá solicitar de profesionales sanitarios y centros médicos (públicos y privados), información referente a la salud de los Asegurados y de su proceso asistencial, con la finalidad de la correcta valoración del riesgo de la solicitud, verificación de las coberturas de la póliza, justificación de los siniestros, estudio de autorizaciones para los servicios que así lo requieran, etc. A excepción de lo anterior, no se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal o consentimiento expreso del interesado

Transferencias internacionales de datos: AME ASISTENCIA MÉDICA COMPANÍA DE SEGUROS no realiza transferencias internacionales.

Medidas de seguridad: De acuerdo a lo dispuesto a la normativa vigente en protección de datos personales, AME ASISTENCIA MÉDICA COMPANÍA DE SEGUROS cumple con todas las disposiciones de la normativa vigente en el tratamiento de los datos personales de su responsabilidad, por las cuales son tratadas de manera lícita, leal y transparente en relación con el interesado, y adecuadas, pertinentes, limitadas y necesarias en relación a las finalidades para las cuales son tratadas.

AME ASISTENCIA MÉDICA COMPANÍA DE SEGUROS garantiza que ha implementado políticas técnicas y organizativas apropiadas para aplicar las medidas de seguridad que establecen la normativa vigente, con el fin de proteger los derechos y libertades de los interesados y les ha comunicado la información adecuada para que puedan ejercerlos.

Derechos que asisten al Interesado:

- Derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento.
- Derecho de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de sus datos y a la limitación u oposición a su tratamiento.
- Derecho a presentar una reclamación ante la Autoridad de control (agpd.es) si considera que el tratamiento no se ajusta a la normativa vigente.

Datos de contacto para ejercer sus derechos:
AME ASISTENCIA MÉDICA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.
C/ València, 106 Baixos - 08015 Barcelona
ame@ameasistencia.com

Para realizar el tratamiento de datos descrito, el Responsable del tratamiento necesita su consentimiento expreso o el de su representante legal

AME informa al Tomador / Asegurado:

- Que se grabarán las llamadas telefónicas que se realizan a los números de teléfono de contacto de AME, con la finalidad de control de calidad de las llamadas y gestión de reclamaciones. Que los datos registrados serán tratados de conformidad con lo dispuesto en las normativas vigentes en protección de datos personales. La legitimación es el interés legítimo del Responsable. Serán conservados mientras exista un interés mutuo para mantener el fin del tratamiento y cuando ya no sea necesario para tal fin, se suprimirán con medidas de seguridad adecuadas para garantizar la seudonimización de los datos o la destrucción total de los mismos. No se comunicarán los datos a terceros, salvo obligación legal. Para el ejercicio de sus derechos, dispone de la información en el apartado Derechos que asisten al Interesado.

CLÁUSULA VIGÉSIMA.- ÁMBITO DEL SEGURO

Las garantías del presente seguro se extienden, según lo establecido en las presentes Condiciones Generales, a todo el territorio nacional.

CLÁUSULA VIGÉSIMOPRIMERA.- EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

En consecuencia, AME, en ningún caso, responderá de los actos y/u omisiones de los profesionales, centros y servicios sanitarios antes mencionados, siendo la relación entre éstos y los Asegurados totalmente ajena a AME.

El Tomador, a los efectos descritos en el artículo 3° de la Ley de Contrato de Seguro, reconoce haber recibido un ejemplar de las presentes Condiciones Generales y Anexos del contrato, que acepta mediante su firma y otorga expresamente su conformidad a las cláusulas limitativas y delimitadoras incluidas en el mismo y, en especial, a las exclusiones de coberturas, que han sido resaltadas de manera especial y separadamente y cuyo contenido conoce y comprende por haberlo leído.

El Asegurador

El Tomador del seguro

AME ASISTENCIA MÉDICA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.
Gerencia



Tel. 93 226 59 66

C/Valencia, 106 - 108 Bajos
08015 Barcelona

ame@ameasistencia.com

www.ameasistencia.com