



Inscrita en el Registro Especial de Economía y Hacienda

CONSTITUIDO EL DEPOSITO QUE MARCA LA LEY

RESERVAS INTEGRAS EN ESPAÑA

Registro mercantil de Madrid, Tomo 2969, Folio 45, Hoja M-50906, Sección 8ª, Inscripción 22, N.I.F. A-28000677

Gama Salud

Condiciones Generales

Póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria



I. CLAUSULA PRELIMINAR

El presente contrato 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), por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean aplicables y por lo convenido en las condiciones particulares y especiales del 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 a preceptos legales o, reglamentarios imperativos.

A. DEFINICIONES

- 1. Accidente:** Lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.
- 2. Asegurado:** La persona o personas naturales sobre las cuales se establece el seguro en las Condiciones Particulares.
- 3. Asegurador o Entidad Aseguradora:** "Atocha, Sociedad Anónima de Seguros", entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.
- 4. A.T.S / DUE:** Profesional legalmente capacitado y autorizado para prestar la atención de enfermería.
- 5. Condiciones Particulares:** Documento integrante de la Póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.
- 6. Enfermedad:** Toda alteración del estado de salud de un individuo que sufre la acción de una patología que no sea consecuencia de accidente, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico u odontólogo legalmente reconocido, y que haga precisa la asistencia facultativa.
- 7. Enfermedad congénita:** Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del individuo.
- 8. Enfermedad preexistente:** Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del seguro o de alta en la Póliza.
- 9. Franquicia:** Importe que el Tomador debe abonar al Asegurador por cada servicio sanitario utilizado por los Asegurados incluidos en su Póliza.
- 10. Hospital:** Todo establecimiento legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento contará con la asistencia permanente de médico, y sólo se admitirá el ingreso de personas enfermas o lesionadas.

A los efectos de la póliza no se consideran hospitales los hoteles, casas de reposo, asilos, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares, ni al tratamiento y/o internamiento de drogadictos o alcohólicos.
- 11. Hospitalización:** Supone el registro de entrada del Asegurado como paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas.
- 12. Intervención Quirúrgica:** Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.
- 13. Lesión:** Todo cambio patológico que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.
- 14. Médico:** Profesional legalmente habilitado para ejercer la Medicina.
- 15. Médico Especialista o Especialista:** Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.
- 16. Médico consultor:** Facultativo perteneciente al cuadro médico de la Entidad específicamente designado por la misma para atender casos especiales y a petición razonada de un médico especialista del Asegurador.
- 17. Parto:** Se entiende por parto normal a término aquél que se produce entre la 37 y la 42 semana desde la fecha de la última menstruación. Parto prematuro es aquél que se produce entre la 28 y la 36 semana de gestación.
- 18. Periodo de carencia:** Periodo de tiempo (computado por meses transcurridos a partir de la fecha de efecto del seguro) durante el cual no entran en vigor algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la Póliza.



19. Periodo o plazo de disputabilidad: Periodo de tiempo durante el que el Asegurador puede negar sus prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores del Asegurado y no declaradas por él. Transcurrido este plazo, el Asegurador sólo tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente.

20. Póliza: Documento escrito que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza: la solicitud de seguro, el cuestionario de salud, las condiciones generales, las particulares que identifican el riesgo, las especiales si las hubiere, y los suplementos o apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

21. Prestación: Consiste en la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro.

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

23. Prótesis: Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos. A título de ejemplo, tienen esa consideración los elementos mecánicos o biológicos tales como recambios valvulares cardíacos, sustituciones articulares, piel sintética, lentes intraoculares, los materiales biológicos (córnea), los fluidos, geles y líquidos sintéticos o semisintéticos sustitutivos de humores o líquidos orgánicos, etc.

24. Siniestro: Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios que se encuentran total o parcialmente cubiertos por la Póliza.

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

26. Tomador del seguro: Persona física o jurídica que, junto 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.

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

B. OBJETO DEL SEGURO

a) Dentro de los límites y condiciones estipulados por la Póliza y mediante el pago de la prima y franquicias que en cada caso correspondan, ATOCHA S.A. DE SEGUROS proporcionará al asegurado la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en la descripción de los servicios de la Póliza. Según los módulos contratados y que figuran en las Condiciones particulares de la Póliza

b) En todo caso, ATOCHA S.A. DE SEGUROS asume la necesaria asistencia de carácter urgente en función de las prestaciones según los módulos contratados, y que figuran en las Condiciones Particulares de la Póliza, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la Póliza, y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 103 de la Ley de Contrato.

c) No podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de Asistencia Sanitaria.

C. AMBITO TERRITORIAL

La asistencia se prestará, de acuerdo con las disposiciones reglamentarias aplicables, en todas las ciudades donde la Entidad disponga de Cuadros Médicos Concertados. Cuando en cualquiera de estas poblaciones no exista alguno de los servicios comprendidos en el Contrato, ellos serán facilitados en aquella población en que sí están concertados dichos servicios, a elección del Asegurado, y siempre dentro del Cuadro Médico de la Entidad.

D. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

El Asegurado tendrá derecho a las siguientes prestaciones de servicios dependiendo de los Módulos contratados, los Módulos contratados figurarán en las Condiciones Particulares de la presente Póliza, y la Entidad solo se obligará a cubrir los servicios que figuren en dichos módulos, **quedando excluidos todas aquellas prestaciones que no estén incluidos en los Módulos contratados.**

1. MODULO A: MEDICINA PRIMARIA

a) **ASISTENCIA PRIMARIA:** Exclusivamente en consulta.



1.- MEDICINA GENERAL: Elegido libremente por el asegurado de entre los facultativos que con tal carácter figuran en el Cuadro Médico de ATOCHA S.A. DE SEGUROS. Asistencia en Consulta, según el horario establecido por el facultativo en el Cuadro Médico de la Entidad; prescripción en caso necesario, de pruebas y medios diagnósticos básicos (radiología convencional y análisis clínicos).

2.- PEDIATRIA Y PUERICULTURA: Para niños menores de catorce años. Elegido libremente por el asegurado de entre los facultativos que con tal carácter figuran en el Cuadro Médico de ATOCHA S.A. DE SEGUROS. Asistencia en Consulta, según el horario establecido por el facultativo en el Cuadro Médico de la Entidad; prescripción en caso necesario, de pruebas y medios diagnósticos básicos (radiología convencional y análisis clínicos).

3.- A.T.S.: En consulta, será previa prescripción de un medico de la entidad.

b)RADIOLOGÍA: Radiografías simple de tórax, huesos y de abdomen simple.

c)ANÁLISIS CLÍNICOS SIMPLES: sistemático de sangre, urea, glucosa, transaminasas, colesterol y proteínas basales, sistemático de orina, heces y sedimento. **(Excluidos los análisis hormonales y marcadores inmunológicos)**

2.MODULO B: ASISTENCIA DOMICILIARIA

a)SERVICIO DE ASISTENCIA DOMICILIARIA

1.- MEDICINA GENERAL: Elegido libremente por el asegurado de entre los facultativos que con tal carácter figuran en el Cuadro Médico de ATOCHA S.A. DE SEGUROS. Consulta a domicilio únicamente cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, este no pueda trasladarse al consultorio del facultativo.

2.- PEDIATRIA Y PUERICULTURA: Para niños menores de catorce años .Elegido libremente por el asegurado de entre los facultativos que con tal carácter figuran en el Cuadro Médico de ATOCHA S.A. DE SEGUROS. Consulta a domicilio únicamente cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, este no pueda trasladarse al consultorio del facultativo.

3.- A.T.S.: Asistencia a domicilio, será previa prescripción de un medico de la entidad, y solicitando los servicios según la forma descrita en el Apartado G:“Forma de Prestar los Servicios”.

4.- SERVICIO MÉDICO DE URGENCIA A DOMICILIO: Sólo en caso justificado, la Urgencia podrá prestarse en el domicilio del Asegurado, por los Servicios Médicos de Urgencia a domicilio que figuren en el Cuadro Médico de ATOCHA S.A. DE SEGUROS, y solo únicamente en aquellas poblaciones en que ATOCHA, S.A. DE SEGUROS tenga concertada la prestación de dicho servicio.

3.MODULO C: ESPECIALIDADES MÉDICAS

a)ESPECIALIDADES MÉDICAS: Incluye consultas y diagnóstico médico, siempre que no haya hospitalización, en las siguientes especialidades:

1.- Alergología: Las vacunas serán por cuenta del asegurado.

2.- Aparato Digestivo: exclusivamente las atenciones médicas del aparato digestivo.

3.- Cardiología.

4.- Dermatología.

5.- Endocrinología: enfermedades del metabolismo y de las glándulas endocrinas.

6.- Geriatria: Medicina de la vejez.

7.- Ginecología

8.- Hematología: Estudio y tratamiento de las enfermedades de la sangre

9.- Medicina Interna

10.- Nefrología

11.- Neonatología.

12.- Neumología

13.- Neurología

14.- Obstetricia: Incluye exclusivamente la vigilancia del embarazo por el Tocólogos. Excluida la asistencia al parto.

15.- Odontología: Curas, extracciones y una limpieza de boca al año.

16.- Oftalmología

17.- Oncología Médica

18.- Otorrinolaringología



- 19.- Psiquiatría
- 20.- Reumatología
- 21.- Traumatología
- 22.- Urología

4. MODULO D: ESPECIALIDADES QUIRURGICAS Y URGENCIAS.

a) **ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS:** El Asegurado tendrá derecho a consultas, tratamiento médico y quirúrgico de las siguientes especialidades:

- 1.- **Anestesiología y reanimación:** Toda clase de anestésicos prescritos por un médico de la Entidad, incluida la epidural en la asistencia a partos.
- 2.- **Cirugía Cardiovascular**
- 3.- **Cirugía General y del Aparato Digestivo. Proctología**
- 4.- **Cirugía Máxilo-Facial**
- 5.- **Cirugía Oftalmológica.**
- 6.- **Cirugía Pediátrica.**
- 7.- **Cirugía Plástica y reparadora:** Excluida de esta cobertura la cirugía puramente estética.
- 8.- **Cirugía Torácica.**
- 9.- **Cirugía Traumatológica:** Incluye además de la cirugía propia, la cirugía de la mano y la Cirugía artroscópica.
- 10.- **Cirugía Urológica.**
- 11.- **Cirugía Vascolar periférica.**
- 12.- **Ginecología.**
- 13.- **Neonatología.**
- 14.- **Obstetricia:** incluye la vigilancia al embarazo y asistencia al parto por el Tocólogo y asistido por Matrona.
- 15.- **Radiología intervencionista vascular y visceral**

b). **URGENCIAS:**

- 1) **URGENCIAS:** La asistencia sanitaria en caso de Urgencia se prestará en los Centros de Urgencia permanente que figuren en el Cuadro Medico de ATOCHA S.A. DE SEGUROS.
- 2) **SERVICIO DE URGENCIA A DESPLAZADOS:** Asistencia de todas las Urgencias sufridas por el Asegurado durante sus desplazamientos dentro del territorio nacional, y según los módulos de asistencia contratados. Para ello se proveerá al Asegurado, en el momento de la suscripción de la Póliza del teléfono de atención de Asistencia a Desplazados.

5. MODULO E: HOSPITALIZACIONES

El Asegurado tendrá derecho en régimen hospitalario al tratamiento médico y quirúrgico de las especialidades que figuran en el “Modulo C, apartado a: ESPECIALIDADES MÉDICAS” y en el “Modulo D, apartado a: ESPECIALIDADES QUIRURGICAS” en las siguientes condiciones:

- 1.- **Hospitalización médica:** En habitación individual con cama para acompañante, incluyendo los medios de diagnóstico necesarios, medicación, el material sanitario, gastos de estancias, la manutención del enfermo, y tratamientos necesarios. Quedando limitada la estancia a un máximo de 30 días al año por asegurado.
- 2.- **Hospitalización por intervención quirúrgica:** Las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requiera serán practicadas en clínica designada por ATOCHA S.A. DE SEGUROS, ocupando el enfermo habitación individual, con cama para acompañante, y siendo de cuenta de ATOCHA S.A. DE SEGUROS las estancias, medicación, manutención del enfermo, curas y su material, así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos empleados dentro del quirófano.
- 3.- **Hospitalización Obstétrica:** Será atendida por el Tocólogo, auxiliado por Matrona, con habitación individual con cama para acompañante. Siendo de cuenta de ATOCHA S.A. DE SEGUROS las estancias, medicación, curas y su material, y manutención de la parturienta.
- 4.- **Hospitalización en unidades especiales:** como Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.), o Unidades Coronarias. Los gastos de hospitalización, medicación, manutención del enfermo, curas y su material, y tratamiento serán de cuenta de ATOCHA S.A. DE SEGUROS. En los casos de internamiento por motivo médico serán para aquellas enfermedades consideradas como muy graves. Queda limitada la estancia para esta



cobertura a un máximo de 30 días al año por asegurado, a excepción de UCI neonatal que tendrá un máximo de 15 días al año por asegurado.

5.- Hospitalización Pediátrica e Incubadora: En habitación individual con cama para acompañante, incluyendo los medios de diagnóstico necesarios, medicación, el material sanitario, gastos de estancias, la manutención del enfermo, y tratamientos necesarios. Quedando limitada la estancia a un máximo de 30 días al año por asegurado.

6.- Hospitalización Psiquiátrica: Sólo para tratamientos de brotes agudos reversibles, en habitación individual sí así lo requiere el médico especialista, sin cama para acompañante. Serán de cuenta de ATOCHA S.A. DE SEGUROS, las estancias, medicación, manutención del enfermo, curas y su material y tratamientos médicos. Quedando la estancia limitada a un máximo de 30 días al año por asegurado.

6. MODULO F: MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Se realizará, **previa prescripción de un médico de la Entidad**, y en los **centros que figuren en el Cuadro Médico**

1.- ANALISIS CLINICOS

- 1) Bioquímica
- 2) Hematología
- 3) Microbiología
- 4) Parasitología
- 5) Anatomía patológica quirúrgica
- 6) Citopatología

2.- RADIODIAGNOSTICO CONVENCIONAL: Radiografías, Tomografías, Ortodiagramas, Urografías, Cistografías y toda clase de exploraciones radiográficas con fines de diagnóstico, incluyendo las exploraciones especiales para las técnicas quirúrgicas señaladas en la O.M. de 11 de Junio de 1963, tales como Venticulografías, Arteriografías, Encefalografías, etc.

3.- OTROS MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

- 1) Doppler Cardiaco
- 2) Ecografías
- 3) Electrocardiografía
- 4) Electroencefalograma
- 5) Electromiografía
- 6) Eco Doppler Obstétrico
- 7) Fibroendoscopia
- 8) Densitometría Ósea
- 9) Pruebas del vértigo
- 10) Mamografías
- 11) Arteriografía Digital
- 12) Gammagrafías
- 13) Ortopantomografías
- 14) Potenciales evocados

4.- MEDIOS DE DIAGNÓSTICO DE ALTA TECNOLOGÍA

- 1) Polisomnografía.
- 2) Ergometrías
- 3) Hemodinámica vascular
- 4) Holter
- 5) Estudios electrofisiológicos y terapéuticos
- 6) Medicina nuclear
- 7) Amniocentesis y cariotipos
- 8) TAC Scanner



9) Resonancia Magnética Nuclear

7. MODULO G: TRATAMIENTOS ESPECIALES

Se realizará, **previa prescripción de un médico de la Entidad**, y en los **centros que figuren en el Cuadro Médico**

- 1.- **Aerosolterapia-ventiloterapia:** la medicación será en cualquier caso por cuenta del Asegurado
- 2.- **Fisioterapia y rehabilitación**, así como, Electrorradioterapia (Radioterapia superficial y profunda, rayos infrarrojos, corrientes eléctricas, onda corta, ultrasonido y magnetoterapia) y Laserterapia, en rehabilitación músculo-esquelética. Todas de carácter ambulatorio. Esta cobertura está limitada en su duración a 60 (sesenta) sesiones al año.
- 3.- **Hemodiálisis:** Se prestará tanto en régimen ambulatorio como de internado en los casos de insuficiencia renal aguda de carácter reversible. Esta cobertura está limitada en su duración a 15 (quince) sesiones al año.
- 4.- **Isótopos radiactivos**
- 5.- **Laserterapia:** Exclusivamente para tratamientos de fotocoagulación en Oftalmología
- 6.- **Litotricia Renal**
- 7.- **Oncología Radioterápica.** Incluido Acelerador lineal
- 8.- **Quimioterapia:** en régimen ambulatorio como hospitalario, con medicación a cargo del Asegurado.
- 9.- **Nucleotomía percutánea.**
- 10.- **Logofoniatría:** Exclusivamente como rehabilitación en intervenciones mayores de laringe. Esta cobertura está limitada en su duración a 3 meses al año.
- 11.- **Oxigenoterapia:** Tanto en supuestos de ingreso en Hospital , y en domicilio exclusivamente para procesos agudos reversibles.
- 12.- **Quimionucleosis**
- 13.- **Transfusiones:** tanto de sangre como de plasma y siempre como consecuencia de una hospitalización y el asegurado se encuentre hospitalizado
- 14.- **Tratamiento del dolor:** Exclusivamente para procesos oncológicos, incluidos los reservorios implantables utilizados en el tratamiento del dolor.

8. MODULO H: OTROS SERVICIOS

- 1.- **Ambulancias:** para el traslado del enfermo desde su domicilio a la Clínica y de esta a su domicilio, solo para casos de ingreso hospitalario, previa prescripción de un médico de ATOCHA S.A. DE SEGUROS, o de asistencia de urgencia y concurran circunstancias de imposibilidad física que le impidan la utilización de servicios ordinarios de transportes (servicios públicos de transporte o vehículo propio). En los casos urgentes no será necesaria dicha prescripción. En ningún caso se utilizará para la realización de pruebas diagnósticas, asistencia a consultas médicas o para tratamientos de rehabilitación
- 2.- **Podología:** Limitado a cinco sesiones anuales
- 3.- **Atención especial a domicilio.** Enfermería a domicilio: Si tras el alta de una hospitalización, cubierta por la Entidad, el médico de la Entidad considera que el enfermo necesita cuidados de índole hospitalario, el Asegurador proporcionará atención de enfermería en el domicilio del Asegurado durante el tiempo que el médico prescriba y hasta un máximo de treinta días al año. Estos servicios consistirán en curas, goteos y vigilancia de constantes con la periodicidad que el médico responsable considere. La medicación en todos los casos será por cuenta del asegurado.
- 4.- **Cirugía de la miopía:** Incluida la cirugía de la miopía en los centros concertados por la compañía con una franquicia, participación del asegurado en el coste del servicio, la cual figura en Condición Particulares.

9. MODULO I: MEDICINA PREVENTIVA

Se realizará, **previa prescripción de un médico de la Entidad**, y en los centros que figuren en el Cuadro Médico

- 1.- **Planificación familiar:** El programa incluye técnica de implantación del DIU, siendo el coste del dispositivo por cuenta del Asegurado, Ligadura de trompas y Vasectomía.
Estudio y Diagnostico de la infertilidad o esterilidad: Incluyendo analítica, citología, biopsia de endometrio, ecografía transvaginal, test postcoital, e histerosalpingografía para la mujer, y para el hombre Seminograma y analítica. **No quedarán cubiertos la laparoscopia diagnostica con cromo-perturbación, Histeroscopia diagnóstica ni la biopsia testicular**
- 2.- **Preparación al parto:** gimnasia preparatoria al parto
- 3.- **Diagnóstico precoz de enfermedades de la mama:** Para mujeres mayores de 35 años. Incluye consulta y exploración, mamografía e informe clínico con valoración y recomendaciones. Limitado a un chequeo anual.



4.- Revisiones ginecológicas: comprende examen clínico, citología cérvico vaginal y ecografía ginecológica en mujeres con edad a partir de los 20 años. Limitado a un chequeo anual.

5.- Revisiones coronarias: Para personas mayores de 40 años. Incluye consulta médica, análisis específico, electrocardiograma y pruebas complementarias pertinentes. Limitado a un chequeo anual

6.- Diagnóstico precoz de enfermedades de la próstata: Para personas mayores de 40 años. Incluye consulta, análisis específico, ecografía prostática e informe clínico con valoración y recomendaciones. Limitado a un chequeo anual.

E. PERIODOS DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma ATOCHA S.A. DE SEGUROS, y que serán aquellos Módulos contratados que figuran en Condiciones particulares, serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato. Como excepción a este principio se aplicarán los siguientes periodos de carencia:

a) Seis meses para intervenciones quirúrgicas de cualquier tipo, que exijan o no hospitalización, y la hospitalización de cualquier tipo. En los casos de intervenciones quirúrgicas, de urgencia vital, no registrá período de carencia alguno.

b) Seis meses para todos las prestaciones comprendidas en los siguientes módulos : “MODULO E: HOSPITALIZACIONES” **a excepción de la Hospitalización Obstétrica que tendrá un periodo de carencia de 10 meses;** “MODULO F, apartado 3. OTROS MEDIOS DE DIAGNOSTICO” y “apartado 4. MEDIOS DE DIAGNOSTICO DE ALTA TECNOLOGÍA”; “MODULO G: TRATAMIENTOS ESPECIALES” **excepto la Litotricia Renal que tendrá un periodo de carencia de doce meses;** “MODULO H, apartados 3 y 4. Atención especial a domicilio y Cirugía de la Miopía”; y “MODULO I: MEDICINA PREVENTIVA” **a excepción de la Ligadura de trompas y Vasectomía que tendrá un periodo de carencia de 12 meses.**

c) Diez meses completos para la asistencia a partos, a excepción de los partos distócicos o prematuros, de urgencia vital, que no tendrán período de carencia alguno.

Los períodos de carencia anteriores podrán eliminarse o reducirse si el asegurado se somete a reconocimiento médico previo. Para la realización de este, ATOCHA S.A. DE SEGUROS pondrá a disposición del futuro Asegurado todos sus servicios asistenciales, si bien los gastos que se deriven de dicho reconocimiento serán a cargo exclusivo del solicitante del Seguro.

F. RIESGOS EXCLUIDOS

1. La Asistencia Sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras, insurrecciones, represiones etc., maniobras militares, aun en tiempos de paz, epidemias declaradas oficialmente, los ocasionados por radiación nuclear, contaminación radiactiva, por cataclismos, fenómenos sísmicos u otros fenómenos meteorológicos.

2. La asistencia sanitaria consecuencia de accidentes laborales y profesionales, los cubiertos por el Seguro Obligatorio de vehículos a motor, así como, la derivada de alcoholismo crónico o adicción a drogas, lesiones o enfermedades producidas por embriaguez, riña (salvo caso de legítima defensa), intento de suicidio y autolesiones.

3. Toda clase de enfermedades, lesiones y defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, como consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de alta del asegurado en la póliza, siempre que fueran conocidos por el Tomador del seguro y/o Asegurado y no declarados

El Tomador del seguro está obligado a declarar, en el momento de la firma de la solicitud / cuestionario de salud, en su nombre y en el de los asegurados, si padecen o han padecido cualquier enfermedad o lesiones, o que requieran o hayan requerido estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos terapéuticos. Manifestándose en alguno de los casos, la afección se considerará preexistente o congénita, y por tanto excluyéndose cualquier tipo de cobertura derivada de este contrato de seguro.

No obstante, la Entidad se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante, y en el caso de aceptarlo, se incluirá la correspondiente cláusula de exclusión en las Condiciones Particulares de la Póliza.

4. Los servicios derivados de lesiones producidas como consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general, así como aquellas producidas por la practica de las siguientes actividades: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, barranquismo, descenso de aguas bravas, escalada, espeleología, rugby, submarinismo, “puenting” o similares, carreras de vehículos a motor (también entrenamientos), hípica, toreo y encierro de reses bravas.

5. Las prótesis de cualquier tipo, las piezas anatómicas y ortopédicas, los productos farmacéuticos fuera de los Centros hospitalarios ni los tratamientos alérgicos con autovacunas. Los gastos por uso de teléfono,



televisión, pensión alimenticia del acompañante en clínica, así como de otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria

6. La interrupción voluntaria del embarazo
7. Los tratamientos de esterilidad o infertilidad. No quedarán cubiertos la laparoscopia diagnóstica con cromo-perturbación, Histeroscopia diagnóstica ni la biopsia testicular.
8. Cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, estudios para la determinación del mapa genético y cualesquiera otra técnica genética, con la exclusiva excepción de aquellas que figuran expresamente incluidas en la cobertura, tales como la amniocentesis y los cariotipos.
9. Técnicas quirúrgicas o tratamientos terapéuticos que usan el láser, salvo las técnicas de fotocoagulación en Oftalmología, técnicas que usan el láser quirúrgico en cirugía vascular periférica y los dispositivos empleados en rehabilitación músculo-esquelética, y aquellas técnicas que figuran en Póliza expresamente incluidas en la cobertura.
10. La medicina natural, Homeopática y la Acupuntura, así como cualquier otro tratamiento de la medicina o especialidad no reconocida oficialmente y no sea practica habitual en la Sanidad Pública.
11. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional
12. Tratamientos puramente estéticos (Cirugía Plástica, tratamientos cosméticos, Cirugía máxilo-facial estética, implantología, curas de adelgazamiento, tratamientos de Endocrino para obesidad exógena, tratamiento de la alopecia androgénica, rinoplastias, etc.), tratamiento de las esclerosis venosa, tratamiento odonto-estomatológico diferente de: Curas, extracciones y limpieza de boca; los baños térmales, ni en afecciones renales crónicas el tratamiento de riñón artificial (Hemodiálisis).
13. Cualquier tratamiento o diagnóstico Psicológico, Psicoanalítico, hipnótico, psicoterapéutico, de test psicológico, curas de sueño, tratamiento de psicoterapia, terapia de grupo, acupuntura, ni logofoniatría de Terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psíquica.
14. Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios
15. La hospitalización médica por enfermedades que no sean consideradas de gravedad, o aquella consecuencia de cualquier enfermedad transmisible, cualquier internamiento o asistencia Geriátrica, derivado de problemas de tipo social.
16. La asistencia sanitaria del S.I.D.A. y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).
17. Cirugía de cambio de sexo
18. Hipertermia prostática, Exploraciones mediante tomografía por emisión de positrones (PET), tratamientos con cámara hiperbárica, los trasplantes de órganos.
19. Cualquier técnica de diagnóstico o tratamiento, sea o no de nueva aparición, no incluido en la presente póliza, para estos casos la Entidad estudiará su posible inclusión en póliza con la emisión de un nuevo suplemento con el correspondiente incremento en la prima. Cualquier tipo de medios de contraste.
20. Las hospitalizaciones psiquiátricas en procesos psiquiátricos crónicos

G. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

1. Ámbito territorial: La asistencia sanitaria cubierta por el Seguro se prestará en todas las ciudades españolas donde ATOCHA, S.A. DE SEGUROS tenga dispuesta o contrate esa prestación con facultativos, clínicas y otros establecimientos e instituciones, incluso Entidades de Seguro, siempre de acuerdo con las disposiciones aplicables.

2. La prestación de un servicio, que dependerá siempre del Módulo que tenga contratado y que figura en Condiciones Particulares, tendrá lugar de la siguiente forma:

a) El Asegurado puede acudir libremente para su asistencia a cualquiera de los médicos que formen parte del Cuadro Médico que en cada momento tenga vigente la Entidad, y que figura en la documentación de la Póliza.

Con independencia de lo anterior, ATOCHA, S.A. DE SEGUROS podrá proponer al Asegurado que escoja dentro del Cuadro Médico de su provincia, al médico General o de familia y, en su caso, al pediatra que desee, a fin de adscribirles a sus servicios como responsables de la atención familiar. De llevarse a cabo esta



adscripción, el Asegurado podrá modificarla cuando desee con una simple notificación a ATOCHA, S.A. DE SEGUROS.

b) Las visitas domiciliarias de Medicina General y ATS/DUE (estas últimas deberán estar prescritas por un médico de la Entidad) se efectuarán únicamente cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, éste no pueda trasladarse al consultorio del facultativo a la hora señalada de la visita. Aquellas deberán solicitarse entre las nueve de la mañana y las cuatro de la tarde.

Los Servicios de Urgencia a domicilio podrán solicitarse cuando, por motivos de imposibilidad manifiesta, el médico de cabecera no pueda trasladarse al domicilio del asegurado. Estos servicios de urgencia domiciliaria deberán solicitarse al teléfono indicado en la documentación que se entrega al Asegurado, y se prestarán únicamente en aquellas poblaciones en las que la Entidad tenga contratado el Servicio, el cual figurará en el Cuadro Médico

Para la prestación de asistencia domiciliaria ATOCHA, S.A. DE SEGUROS sólo queda obligada a realizarla en la dirección que figura en la Póliza.

c) Urgencias: El Asegurado podrá acudir directamente al Centro Permanente de Urgencias que tenga establecido la Entidad Aseguradora, cuya dirección figura en el Cuadro Médico que se entrega al Asegurado, y siempre que el asegurado tenga derecho según los MODULOS contratados.

d) Utilización de los Servicios y Comunicación del Siniestro:

ATOCHA S.A. DE SEGUROS, entregará un documento identificador de Asegurado, este deberá ser presentado para la utilización de cualquier servicio cubierto en la presente póliza.

Para la utilización de los servicios, el Asegurado deberá proveerse de talones de asistencia, considerados estos como participación del asegurado en el coste de los servicios, que serán expedidos en las oficinas de la Entidad, y cuyo precio figura en Condiciones Particulares. Dicho coste variará según el Artículo J: "Actualización anual de las primas". El asegurado deberá entregar un solo cheque, debidamente firmado y cumplimentado, al solicitar cualquier servicio.

ATOCHA S.A. DE SEGUROS, podrá sustituir la utilización de los talones de asistencia, por otro medio informático o telemático de comunicación en línea

A todos los efectos se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación del servicio, siempre y cuando el asegurado está al corriente de pago de los recibos de Prima.

e) Prescripción de un servicio y autorizaciones previas de la Entidad: La hospitalización o aquellos servicios o pruebas diagnósticas que así se determinen en el Cuadro Médico de la Entidad, serán ordenados por escrito por un Médico de la Entidad, y el Asegurado deberá obtener la previa conformidad documentada de ATOCHA, S.A. DE SEGUROS en sus oficinas.

Será requisito imprescindible para obtener la conformidad escrita de la Entidad que el acto médico a efectuar en régimen de hospitalización, vaya a ser realizado por un médico del Cuadro Médico de ATOCHA, S.A. DE SEGUROS y esté prescrito por un médico que figure dentro del Cuadro Médico de la Entidad.

Una vez otorgada la conformidad, ésta vinculará económicamente a ATOCHA S.A. DE SEGUROS, salvo que en dicha confirmación se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta en la Póliza.

En los casos de urgencia será suficiente a estos efectos la orden del médico de la Entidad, debiendo el Asegurado **obtener la confirmación de ATOCHA S.A. DE SEGUROS dentro de las 72 horas siguientes al ingreso hospitalario.**

f) Servicios médicos o clínicos ajenos al Asegurador:

ATOCHA S.A. DE SEGUROS, no se hace responsable de los honorarios de facultativos ni servicios ajenos a la misma, que no estén incluidos dentro del Cuadro Médico de la Entidad.

H. DURACION DEL SEGURO

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley de Contrato, se prorrogará tácitamente por periodos anuales naturales.

No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte afectada, con antelación no inferior a dos meses a la conclusión del periodo de seguro en curso. La notificación del Tomador deberá realizarse a ATOCHA, S.A. DE SEGUROS. Por lo tanto, el seguro es anual con vencimiento anual a natural a 31 de diciembre y, cualquier oposición a la prórroga debe hacerse como mínimo con una antelación de dos meses, es decir antes del 1 de noviembre del año en curso.



Si el Asegurado se encontrase hospitalizado, la comunicación efectuada por ATOCHA S.A. DE SEGUROS oponiéndose a la prórroga de la póliza no surtirá efectos respecto de dicho Asegurado, hasta la fecha en que obtuviera el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

I. PAGO DE LAS PRIMAS

- a) El Tomador del seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la Prima.
- b) La primera Prima será exigible conforme el artículo 15 de la Ley una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, ATOCHA S.A. DE SEGUROS tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro ATOCHA S.A. DE SEGUROS quedará liberado de su obligación.
- c) En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas Primas, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento de recibo, y si ATOCHA S.A. DE SEGUROS 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, cuando el contrato esté en suspenso, ATOCHA S.A. DE SEGUROS sólo podrá exigir el pago de la Prima del período en curso.
- d) ATOCHA S.A. DE SEGUROS sólo queda obligada en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados.
- e) El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del seguro al Corredor no se entenderá realizado a ATOCHA S.A. DE SEGUROS, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del Seguro el Recibo de Prima del Asegurado
- f) Podrá convenirse en Condiciones Particulares el cobro de los recibos de Prima por medio de cuentas abiertas en bancos o cajas de ahorro. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:
 - 1.- El Tomador del Seguro entregará a ATOCHA S.A. DE SEGUROS una carta dirigida al banco o caja, dando la orden oportuna al efecto.
 - 2.- La Prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro dentro del plazo de gracia (treinta días naturales), no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro. En este caso ATOCHA S.A. DE SEGUROS notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la misma, y el Tomador vendrá obligado a satisfacer la Prima en dicho domicilio
 - 3.- Si ATOCHA S.A. DE SEGUROS dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro, aquélla deberá notificar tal hecho a este último por carta o cualquier otro medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de treinta días naturales para que le comunique la forma en que se satisfará su importe. Este plazo se computará desde la fecha de recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurado.

J. ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS PRIMAS

ATOCHA S.A. DE SEGUROS podrá actualizar anualmente las primas y el precio de los cheques de asistencia, considerando estos últimos, como participación del asegurado en el coste de los servicios. Las actualizaciones se basarán en cálculos técnico actuariales resultado de estadísticas comunes o particulares, necesarias para cuantificar la incidencia de las modificaciones experimentadas en el coste de los servicios o en la frecuencia de utilización de los mismos, o bien, la incorporación de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato, u otros hechos que tengan similares consecuencias.

K. OTRAS OBLIGACIONES, FACULTADES Y DEBERES DEL TOMADOR DEL SEGURO O ASEGURADO

1. El Tomador del seguro y, en su caso el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:
 - a) Declarar a ATOCHA S.A. DE SEGUROS, de acuerdo con el cuestionario a que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.
 - b) Comunicar a ATOCHA S.A. DE SEGUROS, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por ATOCHA S.A. DE SEGUROS en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.
 - c) Comunicar a ATOCHA S.A. DE SEGUROS, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.



d) Comunicar a ATOCHA S.A. DE SEGUROS, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente contrato, tomando efectos las mismas el día primero del mes siguiente al de la fecha de la notificación efectuada por el Tomador; la Prima se adaptará a la nueva situación.

e) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber liberará a ATOCHA S.A. DE SEGUROS de toda prestación derivada del siniestro.

f) Facilitar la subrogación que a favor de ATOCHA S.A. DE SEGUROS establece el artículo 82 de la Ley.

2. Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al Seguro de ATOCHA, S.A. DE SEGUROS de la que ella fuese asegurada, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos desde el momento de su nacimiento en la Póliza de la madre. Para ello el Tomador deberá comunicar a ATOCHA S.A. DE SEGUROS tal circunstancia dentro de los 15 días siguientes a la fecha del alumbramiento, mediante cumplimentación de una solicitud de seguro. Las altas comunicadas en plazo retrotraerán sus efectos a la fecha del nacimiento, no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre.

Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar Cuestionario de salud y la Aseguradora podrá denegar la admisión. De aceptarse el nuevo Asegurado, serán aplicables a este los periodos de carencia establecidos en la Condición general E: "Periodos de Carencia".

En todo caso la Aseguradora cubrirá la asistencia del recién nacido durante los primeros tres días naturales de vida, finalizando la cobertura si no se hubiere solicitado el alta conforme lo establecido en el párrafo primero de este apartado

3. El Tomador del Seguro podrá reclamar a ATOCHA S.A. DE SEGUROS, en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, que se subsanen las diferencias entre ésta y la proposición del seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley.

4. Las comunicaciones que efectúe el tomador del seguro, al agente de seguros que medie o que halla mediado en el contrato, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente a ATOCHA S.A. DE SEGUROS. Asimismo, el pago de los recibos de prima por el tomador del seguro al agente, se entenderá realizado a ATOCHA S.A. DE SEGUROS, siempre que este entregue el recibo correspondiente.

5. Para la utilización de las prestaciones y servicios sanitarios cubiertos por esta póliza, el asegurado deberá presentar su tarjeta identificativa y el último recibo pagado. En caso de rescisión, resolución y, en general, finalización de la relación contractual cualquiera que sea la causa de la misma, el tomador del seguro y los asegurados se obligan a devolver la/s tarjeta/s a ATOCHA S.A. DE SEGUROS o a la agencia

L. OTRAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

Además de prestar la ASISTENCIA SANITARIA asegurada, ATOCHA S.A. DE SEGUROS entregará al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley.

En caso de extravío de la póliza, y a petición del tomador o el asegurado, ATOCHA S.A. DE SEGUROS viene obligada a expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original.

M. PERDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

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

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de estado de salud, si medio dolo o culpa grave, o si omitió dolosamente cualquier circunstancia por él conocida, que pueda influir en la valoración del riesgo (artículo 10 de la Ley).

b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunica a ATOCHA S.A. DE SEGUROS y ha actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley).

c) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza sobreviene antes de que se haya pagado la Prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley).

d) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del asegurado (artículo 19 de la Ley)

2. Si se hubiese practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado o Asegurados y ATOCHA S.A. DE SEGUROS 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. Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la Póliza será indisputable transcurridos DOS AÑOS desde la perfección del contrato, salvo que el Tomador haya actuado fraudulentamente, con dolo, o con mala fe



Con independencia de todo ello, quedan excluidos de la cobertura de este seguro, entre otros que pudiera haber como pacto adicional a las Condiciones Particulares, los riesgos a los que se refiere la Condición general F: “RIESGOS EXCLUIDOS”

3. Si el Tomador del Seguro, hubiera declarado de forma inexacta la fecha de nacimiento de cualquiera de los asegurados, la entidad podrá rescindir el contrato de aquellos en los que su verdadera edad, en el momento de la perfección del contrato de Seguro, fuera mayor a la edad máxima permitida en las condiciones de contratación establecidos por la Entidad Aseguradora.

Para el caso en el que la edad indicada fuera inexacta y ello determinara el pago de una prima superior a la satisfecha, el Tomador vendrá obligado a abonar a la Entidad la diferencia de prima entre las cantidades efectivamente satisfechas y las que le hubiera correspondido, según las tarifas vigentes en el momento de la fecha de alta de la póliza, pagar por su verdadera edad.

Del mismo modo, si la prima pagada hubiese sido superior a la que verdaderamente le correspondiera pagar por su edad, la Entidad estará obligada a reintegrar la diferencia sobre el exceso del importe percibido.

N. COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

Las comunicaciones a ATOCHA S.A. DE SEGUROS, por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la Póliza, pero si se realizan a un agente afecto representante de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta

Las comunicaciones de ATOCHA S.A. DE SEGUROS al Tomador del seguro o al Asegurado, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de domicilio a aquélla.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor o agente a ATOCHA S.A. DE SEGUROS en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizará el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado.

O. TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

1º.- Los datos que se solicitan para la firma de la presente póliza, tienen el carácter de obligatorio .

Con los límites previstos en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre, sobre protección de datos de carácter personal, el asegurador ha integrado los datos de carácter personal del Tomador del Seguro y de los Asegurados en ficheros automatizados de su responsabilidad.

El asegurado firmante del presente, concede autorización de forma expresa para que sus datos puedan incluirse en un fichero automatizado, con el tratamiento que ello conlleve, y tanto si la póliza se emite, como para el supuesto de que no llegue a realizarse o fuere anulada, teniendo el Tomador del Seguro y los Asegurados en todo momento, derecho de acceso y, en su caso de rectificación, oposición o cancelación que deberá comunicar fehacientemente en las oficinas de la Compañía.

2º.- Su uso por la aseguradora estará dirigido no sólo a la evaluación y selección de riesgos, sino también a la prevención del fraude y a la información al asegurado de aquellos productos, servicios o recomendaciones, que se estimen necesarios o convenientes.

El Tomador del Seguro y los Asegurados autorizan expresamente el uso y conservación de dichos datos por el asegurador y sus filiales para la oferta y contratación de productos y servicios, así como la cesión a aquellas entidades con las que la Sociedad o sus filiales establezcan vínculos de colaboración, aunque la póliza fuera anulada. Igualmente acepta que dichos datos puedan ser cedidos a Sociedades del grupo ATOCHA, S.A. DE SEGUROS.

Con la finalidad de cumplir, desarrollar, 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 informáticamente por ATOCHA, S.A. DE SEGUROS, así como que estos datos puedan ser comunicados entre ATOCHA, S.A. DE SEGUROS y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas. 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 este recibiendo.



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 del seguro.

Asimismo el Asegurador podrá ceder los datos a otras Entidades de Seguros, Coaseguro, Reaseguro o Servicios relacionados con la actividad aseguradora; y a aquellos ficheros del sector asegurador, en este supuesto, con fines estadístico actuariales y de prevención del fraude.

Forman parte integrante del Contrato de Seguro estas Condiciones Generales, la Solicitud de Seguro, el Cuestionario de Salud, las Condiciones Particulares que identifican el riesgo, las Especiales si las hubiere, y los Suplementos, Anexos o Apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

MODULOS DE COBERTURA CONTRATADOS SEGÚN PRODUCTO: ("Clausula D: DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS")

SALUD **BASICO**: MODULO: A de la CLAUSULA. "D" de estas Condiciones Generales

SALUD **DIAGNOSTICO**: MODULOS: A, B, C, F, G, e I de la CLAUSULA. "D" de estas Condiciones Generales

SALUD **PLUS**: MODULOS: A,B, C, D, F, G, H e I de la CLAUSULA. "D" de estas Condiciones Generales

