

atlāntida

ASEGURAMOS TU BIENESTAR · 1927

PÓLIZA DE SALUD



atl̄antida

ASEGURAMOS TU BIENESTAR · 1927

ATLÀNTIDA MÉDICA DE ESPECIALIDADES
SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS
FUNDADA EN 1927

PÓLIZA DE SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

Estado miembro del Espacio Económico Europeo de Origen y Prestación de Servicios: ESPAÑA

AUTORIDAD DE CONTROL: DIRECCIÓN GENERAL DE SEGUROS Y FONDOS DE PENSIONES
DEL MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA.
REGISTRADA CON EL Nº C.222

AUTORIDAD DE CONTROL EN MATERIA SANITARIA: DIRECCIÓ
GENERAL DE RECURSOS SANITARIS DEL DEPARTAMENT
DE SANITAT I SEURETAT SOCIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA
REGISTRADA CON EL Nº CAT - 17

PÓLIZA DE SEGURO COMBINADO DE ASISTENCIA SANITARIA E
INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDAD EN TOTAL LIBRE ELECCIÓN

CONDICIONES GENERALES

El contrato actual se rige por lo que dispone la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de seguro (BOE del 17 de octubre de 1980), modificada y ampliada por la Ley 21/1990, de 19 de diciembre, para adaptar el Derecho Español a la Directiva 88/357/CEE (BOE del 20 de diciembre de 1990); por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradores (BOE del 21 de julio de 2015) y así como por sus normas reglamentarias de desarrollo y por aquellas disposiciones que regulan las obligaciones y derechos de las partes que intervienen en el presente contrato; por la Ley 22/2007 de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores; por el Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales y por las normativas vigentes en protección de datos personales, el Reglamento (UE) 679 de 27 de abril de 2016 (GDPR) y la Ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD).

El Tomador del Seguro está capacitado y facultado para autorizar que los beneficiarios de la póliza formen parte de los Ficheros de Datos Protegidos del Grup Atlàntida y que pueden ser cedidos a terceros, siempre en lo que el ámbito de la póliza cubre, conforme prevé el Reglamento (UE) 679 de 27 de abril de 2016 (GDPR) i la Ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD) de Protección de Datos Personales.

El Tomador del Seguro podrá ejercitar su derecho de acceso, rectificación y/o cancelación de datos.

I PRELIMINAR

Artículo 1º DEFINICIONES

En este contrato, se entiende por:

1.1 ASEGURADOR:

Atlántida Médica de Especialidades, S.A. de Seguros, como persona jurídica que, mediante el cobro de la prima y dentro de los límites pactados, asume la cobertura de los riesgos previstos en la póliza.

1.2 TOMADOR DEL SEGURO:

La persona física o jurídica, que suscribe el contrato con el Asegurador, y a la que corresponden las obligaciones y deberes que se derivan de aquel, salvo los que por su naturaleza deben ser cumplidos por el Asegurado.

1.3 ASEGURADO:

Cada una de las personas designadas en las **Condiciones Particulares** sobre las que se establece el Seguro y, que en defecto del Tomador, asume las obligaciones derivadas del contrato.

1.4 PÓLIZA:

El documento que se entrega al Tomador del Seguro y que contiene las condiciones reguladoras del Seguro. Integran la póliza:

a) Las Condiciones Generales.

b) Las Condiciones Particulares que individualizan el objeto y determinan la cobertura del seguro, además de contener las restantes indicaciones del mismo y recoger las Cláusulas acordadas entre las partes.

c) Las Condiciones Especiales correspondientes a los módulos contratados.

d) Los Suplementos o Apéndices emitidos para complementar o modificar el contrato.

e) El recibo de prima librado por el Asegurador.

1.5 PLAZO DE CARENIA:

Es el período de tiempo que debe transcurrir entre la contratación del Seguro y toma de efecto de las garantías del mismo.

1.6 PRIMA:

El precio del Seguro. El recibo contendrá, además, las tasas e impuestos que sean de legal aplicación. La prima del Seguro es anual, aunque se conceda un aplazamiento o fraccionamiento en su pago.

1.7 SINIESTRO:

Será la enfermedad del Asegurado, considerándose como tal cualquier alteración de su salud que precise de especialidades y/o servicios asistenciales de diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico, para las coberturas de riesgo previstas en la póliza y cuya prestación asume el Asegurador.

1.8 SERVICIOS:

Cada una de las prestaciones en que se materializa la asistencia médica o quirúrgica cuyo riesgo asume el Asegurador y que figuran descritas en las **Condiciones Especiales de los Módulos contratados**.

1.9 ENFERMEDAD PREEXISTENTE:

Alteración del estado de salud que cause evidente sintomatología al Asegurado antes de la fecha de efecto de la póliza.

1.10 CENTRO ASISTENCIAL:

Todo establecimiento concertado por el Asegurador para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios materiales y personales adecuados para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

1.11 INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:

Toda operación mediante incisión, u otra vía de abordaje, interna del paciente, efectuada por un cirujano de una clínica y que requiere normalmente la utilización de un quirófano.

1.12 HOSPITALIZACIÓN:

Supuesto por el que una persona figure inscrita en un hospital como paciente y que permanezca ingresada más de veinticuatro horas o en régimen ambulatorio.

1.13 URGENCIA:

El proceso que no pueda esperar a la atención de los servicios ordinarios del Asegurador para una correcta asistencia.

ALCANCE DEL SEGURO

Artículo 2º OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la póliza y mediante aplicación de la prima correspondiente, el Asegurador se compromete a prestar al Asegurado la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en las especialidades, prestaciones y/o indemnizaciones que como descripción y utilización de los servicios de la póliza se detallan en los módulos que constituyen las Condiciones Especiales de la misma.

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro (en adelante, la Ley), el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en el condicionado de la póliza.

Solo podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de las prestaciones de servicios si se tiene contratado el módulo "C" o el "D" de total libre elección.

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

Los servicios a los que da derecho esta póliza son los que se incluyen en las **Condiciones Especiales** que se unen a la misma, y que podrán contratarse en las **Condiciones Particulares**, según los siguientes módulos:

- **Módulo “A” (BAS):**

ASISTENCIA MÉDICA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

- **Módulo “B” (GEN):**

ASISTENCIA HOSPITALARIA

- **Módulo “C” (MIX):**

ASISTENCIA HOSPITALARIA PLUS

- **Módulo “D” (TOT):**

TOTAL LIBRE ELECCIÓN

- **Módulo “E”**

ASISTENCIA INTERNACIONAL EN VIAJE

- **Módulo “F”**

INDEMNIZACIONES POR HOSPITALIZACIÓN

Los módulos a efectos de cobertura de la póliza podrán contratarse de acuerdo con las siguientes combinaciones:

- **1. A**

- **2. A + B + E**

- **3. A + B + C + E**

- **4. A + B + C + D + E**

- **5. F (PUEDE COMPLETARSE CON CUALQUIER COMBINACIÓN ANTERIOR).**

Artículo 3º EXCLUSIONES DEL SEGURO

1. Los riesgos que se describen a continuación:

1. Las enfermedades, patologías, lesiones o defectos físicos ya existentes en el momento de asegurarse, conocidos por el Asegurado, salvo que se declaren en el cuestionario de salud y sean expresamente aceptadas por el Asegurador.

2. Los producidos por acontecimientos extraordinarios de carácter violento, tales como conflictos armados, haya precedido o no declaración oficial de guerra o actuaciones de las fuerzas armadas.

3. Las epidemias declaradas oficialmente.

4. Los causados por fenómenos de la naturaleza tales como terremotos, maremotos, erupciones volcánicas, inundaciones extraordinarias, caídas de cuerpos siderales, etc.

5. Los que guarden relación directa o indirecta con explotaciones nucleares o radioactivas que se hallen cubiertos por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.

6. Los causados por desafíos, lucha o riña (excepto caso probado de legítima defensa), envenenamiento, mutilación voluntaria y tentativa de suicidio, y los que

ocurran en estado de embriaguez, toxicomanía y drogadicción.

7. Las estancias en asilos, residencias, balnearios y similares.

8. Las curas de reposo, tratamientos balneoterápicos, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros hospitalarios a consecuencia de tratamientos dietéticos para adelgazar o engordar.

9. Tratamiento y rehabilitación del alcoholismo, tabaquismo y drogadicción. Las enfermedades consecuentes al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y los internamientos por enfermedades infectocontagiosas.

10. La hospitalización fundada en problemas de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria, así como los tratamientos paliativos en enfermos terminales.

11. Quedan excluidos en todos los casos de hospitalización los siguientes gastos:

- Los gastos por uso de teléfono, televisión y otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.
- Los gastos a consecuencia de revisiones o tratamientos preventivos.

12. Consecuencias de la práctica profesional o federada de un deporte.

13. Análisis y otras exploraciones que se precisen para la expedición de certificados, emisión de informes y libramiento de cualquier tipo de documento médico que no tenga una clara función asistencial.

II. Prestaciones excluidas salvo que se incluyan expresamente en Condiciones Particulares o figuren en los Módulos contratados:

1. La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por accidentes laborales, profesionales y los amparados por el Seguro Obligatorio de Vehículos de Motor.

2. La medicina preventiva en general, los tratamientos de esterilidad, las hemodiálisis, las prescripciones y actos quirúrgicos anticonceptivos con sus consecuencias, la psicología terapéutica, y en general cualquier otro servicio que no esté comprendido expresamente en la descripción de la cláusula 1ª, salvo que sea motivo de contratación por el Asegurado por suplemento aparte.

3. La medicina preventiva, diagnóstico y tratamientos de esterilidad, planificación familiar y técnicas de reproducción asistida.

4. Todo tipo de prótesis, piezas anatómicas: funcionales y ortopédicas y material de osteosíntesis.

5. El trasplante de órganos, tejidos y precursores hematopoyéticos.

6. Las pruebas de detección precoz de enfermedades congénitas.

7. La medicación en tratamientos oncológicos en régimen ambulatorio u hospitalario.

8. Las nuevas técnicas complementarias de diagnóstico o terapéuticas que vayan apareciendo en el espectro asistencial de la medicina. Las que en el futuro vayan probando su eficacia se incorporarán a la cobertura de la póliza mediante Suplementos en las Condiciones Particulares con revisión de prima si procede.

9. La cirugía en tratamientos estéticos.

10. Los medios de contraste serán siempre a cargo del Asegurado.

Artículo 4º

PLAZO DE CARENIA

1. Como principio general, todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el Asegurador serán facilitadas a partir de la fecha de efecto del Contrato. No obstante, se establecen las excepciones que para los distintos módulos se relacionan en el siguiente cuadro general de plazos de carencia:

• **Módulo A:** Visitas: **Derechos inmediatos.** Pruebas de diagnóstico y actos terapéuticos: **6 meses.**

• **Módulos B, C y D:** Visitas: **Derechos inmediatos.** Hospitalizaciones: **6 meses.** Tratamientos y servicios especiales: **6 meses.** Otros servicios y prestaciones: **6 meses.** Pruebas de

diagnóstico, actos terapéuticos e intervenciones quirúrgicas: **6 meses.** Partos: **8 meses.**

• **Módulo E:** **Derechos inmediatos.**

• **Módulo F:** Partos: **8 meses.** Resto de coberturas: **6 meses.**

2. Los períodos de carencia previstos en el párrafo anterior podrán eliminarse o reducirse si el Asegurado se somete a reconocimiento médico previo. Para la realización de este el Asegurador pondrá a disposición del futuro Asegurado los servicios correspondientes, **si bien los gastos que se deriven del mismo serán a cargo exclusivo de quién los utilice.**

3. El período de carencia para asistencia a partos será de **8 meses completos, entendiéndose como no cubiertos el seguimiento del embarazo y la asistencia al parto que tenga lugar antes de transcurridos 8 meses desde la suscripción de la póliza, quedando solamente fuera de esta exclusión la atención a los prematuros (antes de treinta y siete semanas completas). Las urgencias de obstetricia tendrán la misma consideración que cualquier otra urgencia médico-quirúrgica.**

4. Los casos de ingresos médicos y/o quirúrgicos de **URGENCIA**, los partos prematuros y los partos distócicos de **URGENCIA** serán atendidos, en todo caso, sin tener en cuenta posibles Plazos de Carencia.



Artículo 5º

NORMAS PARA PRESTAR Y REQUERIR LOS SERVICIOS

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestarán en las localidades donde el Asegurador tenga establecido Cuadro Facultativo bien propio, o a través de Centros asociados para este fin y de acuerdo con las siguientes normas:

a) Se conviene la LIBRE ELECCIÓN por los Asegurados incluidos en esta póliza de cualquier médico que figure en el Cuadro Facultativo del Asegurador que se entrega al Asegurado.

b) Las visitas domiciliarias de **MEDICINA GENERAL y PEDIATRÍA** se efectuarán únicamente cuando por motivos que dependan solo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, este no pueda trasladarse al consultorio del facultativo.

c) Los Asegurados podrán acudir libremente a la consulta del especialista. **Para que este acuda al domicilio del enfermo será preciso que sea requerido por escrito por el médico de cabecera del Asegurador o por cualquier otro facultativo del cuadro del mismo.**

d) El Asegurador no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a la misma, ni de los gastos de internamiento, y de

servicios que los mismos pudieran ordenar (excepto para los servicios y prestaciones del módulo “C” o el “D” de **Total Libre Elección**).

e) La hospitalización o prestación de un servicio asistencial será ordenada por escrito de un médico de la Entidad y **el Asegurado deberá obtener su confirmación en las oficinas de la misma.** Una vez otorgada esta, vinculará económicamente a la Entidad. En los casos de urgencia, será suficiente, a estos efectos, la orden del médico de la Entidad, pero el Asegurado deberá obtener la confirmación de la Entidad dentro de las 72 horas siguientes al ingreso. **El Asegurador no quedará vinculado económicamente para las prestaciones a las que el Asegurado tiene derecho, cuando manifieste sus reparos a la orden del médico, en caso de entender que la póliza no cubre el acto o la hospitalización.**

f) La permanencia en clínica de un enfermo estará condicionada al criterio exclusivo de los médicos del Cuadro Facultativo del Asegurador quienes podrán indicar y/o continuar el tratamiento en el domicilio del Asegurado según su criterio profesional. En los casos de intervención quirúrgica sometidos a período de carencia, el requerimiento posterior de internamiento en U.C.I. no queda cubierto, salvo que quede garantizado como prestación complementaria.

g) Para requerir cualquier servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono al **SERVICIO DE URGENCIAS A DOMICILIO** o acudiendo directamente al

SERVICIO DE URGENCIAS PERMANENTES que el Asegurador tiene establecido y cuya dirección y teléfono figura en la documentación facilitada por el mismo.

h) El Asegurador se obliga a prestar los servicios únicamente en el domicilio que figura en la póliza y cualquier cambio del mismo habrá de ser notificado por carta certificada con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio. La Entidad se obliga a emitir el correspondiente suplemento.

i) Para la utilización de los servicios, el Asegurado deberá proveerse de la tarjeta magnética que le será entregada en las Oficinas del Asegurador, que deberá presentar igualmente contra la realización de cualquier servicio, consulta, o acto profesional.

j) Los hijos recién nacidos quedarán asegurados automáticamente, con todos sus derechos y obligaciones, a menos que durante el embarazo la Asegurada los haya excluido expresamente y no aplicándose períodos de carencia superiores a los que faltase por consumir la madre. De ser excluido, el recién nacido no tendrá derecho a ninguna prestación.

k) El Asegurado, al utilizar los servicios concertados por el Asegurador, participa en el coste de los mismos mediante cargo en recibo, por los actos médicos realizados. El valor de la participación del Asegurado es fijado en las Condiciones Particulares de la póliza. Para sus actualizaciones bastará la simple comunicación del Asegurador que se integrará en las Condiciones Particulares modificando las iniciales.

DISPOSICIONES LEGALES

Artículo 6º DISPOSICIONES GENERALES

Son de aplicación a esta póliza las disposiciones de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

6.1 BASES DEL CONTRATO

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de Seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente.

Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza (artículo 8 de la Ley).

6.2 DECLARACIONES

El Tomador del Seguro debe declarar, antes de contratar la póliza y sobre la base del cuestionario que el Asegurador le someta, todas las circunstancias que influyan en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometidoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidos en él. En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones, mediando dolo

o culpa grave del Tomador del Seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación por siniestro (art. 10 de la Ley).

Si se hubiere practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado o Asegurados y el Asegurador no podrá negar la prestación de los servicios 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 hubiere practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la póliza será indisputable transcurrido un año desde la conclusión del Contrato, salvo que el Tomador haya actuado con dolo (artículo 89 de la Ley).

Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado durante el curso del Contrato y tan pronto como le sea posible debe comunicar al Asegurador todas las circunstancias de cambio de profesión y/o de residencia habitual y de prácticas deportivas que agraven el riesgo, o las que lo disminuyan (artículos 11, 12, y 13 de la Ley).

6.3 PERDIDA DE DERECHOS

El Asegurado pierde el derecho a las coberturas garantizadas:

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley).

b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador, y han actuado con mala fe (art. 12 de la Ley).

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

6.4 PRIMAS

El Tomador del Seguro está obligado al pago de la primera prima en el momento de firmar la póliza, y al pago de las sucesivas a su respectivo vencimiento. Salvo pacto en contrario, el impago de la prima libera al Asegurador de sus obligaciones si se produjera el siniestro. La falta de pago de las primas siguientes produce la suspensión de la cobertura del Asegurador un mes después del día de su vencimiento y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento se entenderá que el Contrato queda extinguido (artículos 14 y 15 de la Ley).

Si se ha pactado el pago fraccionado de la prima, la primera fracción será exigible a la perfección del Contrato y las demás a sus respectivos vencimientos. En todo caso, el fraccionamiento de pago de la prima no libera al Tomador del Seguro de **la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.**

Se conviene el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en establecimientos de crédito. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:

a) El Tomador del Seguro entregará al Asegurador una carta dirigida al establecimiento de crédito, dando la orden oportuna al efecto.

b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro dentro del plazo de gracia no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del mismo, y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.

c) Si el Asegurador 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, aquel deberá notificar tal hecho a este último por carta certificada, o cualquier otro medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique al Asegurador la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la fecha de recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

6.5 SINIESTROS

A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación del servicio. El Asegurado deberá emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento del deber de aminoración da derecho al Asegurador a reducir sus prestaciones en la proporción oportuna, considerando la importancia de

los daños derivados de tal omisión y el grado de culpa del Asegurado. Si el incumplimiento se produjese con la manifiesta intención de dañar o engañar al Asegurador, este quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro (artículos 16 y 17 de la Ley).

6.6 COMUNICACIONES

Las comunicaciones y pagos de primas que efectúe el Tomador del Seguro o el Asegurado a un Agente de Seguros, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado al Asegurador. El pago del importe de la prima efectuado a un Corredor de Seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor de Seguros entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima del Asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador del Seguro, salvo indicación en contrario de este. (Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de medidas urgentes, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español diversas directivas de la Unión Europea en el ámbito de la contratación pública en determinados sectores; de seguros privados; de planes y fondos de pensiones; del ámbito tributario y de litigios fiscales).

6.7 PROTECCIÓN DEL ASEGURADO

En las oficinas del Asegurador existe

un libro oficial de reclamaciones para que el Tomador del Seguro y/o Asegurado puedan hacer constar en él las que consideren oportunas, junto con el derecho de reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones por cualquier actuación del Asegurador que lesione sus derechos derivados del presente Contrato de Seguro y ante la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya en materia Sanitaria.

El Asegurado tiene derecho a la confidencialidad de toda la información a que pueda tener acceso el Asegurador relacionada con su estado de salud o enfermedad, y con sus procesos y estancias en centros sanitarios concertados con el Asegurador.

El Asegurador garantiza al Asegurado el ejercicio de los derechos de información y acceso, rectificación y cancelación, en los términos establecidos en el Reglamento (UE) 679 de 27 de abril de 2016 (GDPR) y la Ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre (LOPDGDD), de Protección de Datos Personales.

6.8 RESOLUCIÓN Y DURACIÓN DEL CONTRATO

El Contrato quedará resuelto por decisión del Tomador del Seguro manifestada por escrito expedido al Asegurador dentro de los quince días siguientes a la fecha en que este le entregó la póliza o el documento de cobertura provisional.

La duración del Contrato se determina

en las Condiciones Particulares de la póliza con expresión de la fecha y hora en que comienza y termina. Al término del primer período inicial del Seguro, el Contrato se prorroga por un año y así sucesivamente, a menos que cualquiera de las partes se oponga a ello comunicándolo a la otra por escrito con una antelación mínima de dos meses si lo hace el Asegurador y de un mes si es el Tomador, a la conclusión del período de Seguro en curso (artículos 8 y 22 de la Ley).

La resolución del Contrato efectuada de acuerdo con lo previsto en esta cláusula o por la oposición del Asegurador a la prórroga del mismo, no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes exclusivamente en relación con los siniestros en curso.

6.9 NULIDAD

El Contrato es nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro (art. 4 de la Ley).

6.10 JURISDICCIÓN

A este Contrato de Seguro le será de aplicación la Ley Española, siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, sin que pueda establecerse pacto alguno en contrario.

6.11 ARBITRAJE

Para la decisión de todas las cuestio-

nes 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.

Artículo 7º

DISPOSICIONES ESPECÍFICAS A LOS RIESGOS SOBRE LAS PERSONAS.

7.1 PRESCRIPCIÓN

Las acciones que derivan de este Contrato prescriben a los cinco años (artículo 23 de la Ley).

7.2 SUBROGACIÓN

El Tomador del Seguro deberá facilitar la subrogación a favor del Asegurador contra terceros civilmente responsables, cuando la asistencia sanitaria se preste por lesiones sufridas como consecuencia de actos de terceros (artículos 43 y 82 de la Ley).

Artículo 8º

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRIMAS.

El Asegurador podrá modificar anualmente las primas, en consideración a lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (BOE del 21 de julio de 2015). Asimismo el Asegurador podrá actualizar el importe de las franquicias o participación del Asegurado en el coste de los

servicios y adecuará la prima según la edad alcanzada para cada uno de los Asegurados, fundamentándose en los cálculos técnicos actuariales y basados en las modificaciones de los costes asistenciales de los servicios y en las innovaciones tecnológicas de incorporación necesaria.

Artículo 9º

REVALORIZACIÓN DEL MÓDULO “D”

De así convenirse en las Condiciones Particulares de la póliza, las distintas cifras de capital máximo garantizado que figuran en el Módulo “D” se revalorizarán en el porcentaje promedio de aumento que se haya aplicado sobre la actualización anual de primas de los módulos “A”, “B”, y “C”. A tal efecto, la Entidad establecerá un Índice Base inicial y un Índice de Vencimiento que figurarán en los recibos de prima, que se corresponderán al total aumento de primas aplicado desde el inicio de la póliza. Los distintos capitales máximos garantizados se verán revalorizados por el cociente entre el Índice Base inicial y el Índice de Vencimiento que figurarán en el último recibo de prima.

MODULO “A” (LLIURE-BAS)

ASISTENCIA MÉDICA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

1. Medicina General. Asistencia en consulta y a domicilio.

2. Pediatría. Para niños menores de catorce años. Asistencia domiciliaria y en consulta.

3. Servicio de Enfermería. En consulta y a domicilio **(si el enfermo guarda cama, previa prescripción de un médico de la Entidad).**

4. Servicio Urgencias Domiciliarias.

La asistencia será domiciliaria cuando el estado del enfermo lo requiera.

5. Asistencia médica de los especialistas, que a continuación se relacionan, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, comprendiendo todo tipo de consultas, así como las inmovilizaciones, curas, pequeñas intervenciones y actos terapéuticos realizados en el consultorio del médico, que no precisen de anestesia y que no requieran internamiento ambulatorio en clínica.

- Alergología-Inmunología. **Las autovacunas serán por cuenta del asegurado.**

- Angiología.

- Aparato Digestivo.

- Cardiología.

- Cirugía Infantil.

- Cirugía Pediátrica.

- Cirugía General.

- Dermatología.

- Endocrinología y Nutrición. **Quedan excluidos los tratamientos en que no exista patología orgánica subyacente.**

- Geriatria.

- Ginecología. **Excluido el estudio, diagnóstico, tratamiento y cirugía de la esterilidad e infertilidad.**

- Hematología.

- Medicina Deportiva.

- Medicina Interna.

- Nefrología. **Excluido el tratamiento de hemodiálisis.**

- Neonatología.

- Neumología.

- Neurología.

- Odontología. **Cobertura: curas estomatológicas y extracciones.**

- Oftalmología.

- Oncología médica. **Excluidos todos los tratamientos.**

- Otorrinolaringología.

- Proctología.

- Psicología. Psicoterapia **(según franquicia).**

- Psiquiatría. **Se excluye todo tipo de test psicológico, terapias individuales y de grupo, hipnosis y psicoanálisis.**

- Reumatología.

- Tocología. **Solo visitas durante el embarazo. Se excluyen las pruebas especiales de diagnóstico prenatal, la asistencia al parto, excepto los partos prematuros.**

- Traumatología.

- Urología.

6. Revisión anual ginecológica.

7. Rehabilitación. (máximo 20 sesiones al año).

8. Podología (máximo 6 sesiones al año).

9. Medios de diagnóstico:

- Análisis clínicos bioquímicos, hematológicos, microbiológicos, parasitológicos, anatomopatológicos y citologías.

- Radiología. Todo tipo de radiografías, mamografías, tomografías, urografías, ortopantomografías, mielografías y colecistografías.

- Otros medios de diagnóstico: arteriografía digital, doppler cardíaco, ecografías (abdominal, cardíaca, ginecológica y otras), electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, ergometría, espirometría, fibroendoscopia, hemodinámica vascular, holter, isótopos radioactivos (para la exploración de las dolencias que lo precisen), TAC escáner (excepto en implantologías) y densitometría ósea.

- El diagnóstico mediante Fibroscan y Esteatoscan como alternativa a los actuales medios invasivos.

- Las Otoemisiones Acústicas en recién nacidos.

En todos los casos se entiende pruebas de diagnóstico prescritas por médicos de la Entidad.

En la Cirugía Pediátrica quedan cubiertos los internamientos en clínica

designados por la Entidad de los niños prematuros, **(limitada a un período máximo de 30 días)**, incluyendo la medicación, transfusiones, incubadora y material que se utilice.

En la Cirugía Infantil se incluye la cama para acompañante, siendo toda la medicación a cargo del Asegurado, excepto la de quirófano.

10. Servicio de Farmacia a Domicilio. Tel. 93 434 28 30

En los supuestos que cumplan los requisitos de prescripción (pacientes con medicación crónica).

11. Servicio de valoración de riesgos y barreras arquitectónicas en el domicilio.

12. Incorporación de la recuperación de la incontinencia (suelo pélvico) en nuestro Centro Médico.

13. Unidad de control de la alimentación infantil en nuestro Centro Médico.

14. Visita de revisión dental a los niños y niñas entre 12 y 15 años.

15. Instalación y depósito en el servicio de Teleasistencia Domiciliaria.

16. Cobertura 2ª Opinión Médica

1. En caso de grave enfermedad de un asegurado de ATLÀNTIDA, y previa autorización de la Dirección Médica, se podrá solicitar una segunda opinión médica de entre los más prestigiosos centros hospitalarios de Estados Uni-

dos de América con los que esta ha firmado convenio.

2. El Asegurado deberá entregar a ATLÁNTIDA toda la documentación que crea relevante sobre su caso, para que procedamos a remitirla al Centro, bien sea por considerarse el más idóneo en función de su especialización o bien sea a elección del Asegurado, del cual se vaya a obtener la segunda opinión.

3. Una vez haya sido estudiado por el Centro todo el historial médico enviado y nos sea devuelto con la nueva opinión, esta será remitida de inmediato al Asegurado como único propietario de la misma y para que adopte con ella las determinaciones que considere más oportunas.

4. En el supuesto de que la segunda opinión médica requiera de una exploración o diagnóstico presencial del Asegurado, ATLÁNTIDA no se hará cargo en ningún caso de los gastos del transporte, estancia hospitalaria, gastos de farmacia, pruebas médicas ni reconocimientos suplementarios, cubriendo solo hasta un máximo de 601 Euros en conceptos de honorarios médicos para emitir esta segunda opinión.

MÓDULO “B” (LLIURE-GEN)

ASISTENCIA AMBULATORIA Y HOSPITALARIA

1. Asistencia médica de los especialistas, que a continuación se relacionan para los actos quirúrgicos y terapéuticos a realizar en

clínica o centros sanitarios.

- Cirugía General y Digestiva.
- Cirugía Ano-Rectal-Proctología.
- Cirugía Cardio-Vascular.
- Cirugía Maxilo-Facial.
- Cirugía Plástica Reparadora. **(Excluyendo los procedimientos con finalidad estética).**
- Cirugía Torácica.
- Angiología y Cirugía Vascular.
- Neurocirugía.
- Cirugía Pediátrica e Infantil.
- Ginecología.
- Tocología. **(Incluyendo: visitas, control del embarazo, asistencia a los partos por tocólogo y comadrona. Queda excluido el procedimiento de interrupción legal de embarazo).**
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Traumatología.
- Urología.
- Anestesiología.

HOSPITALIZACIONES EN ÁREAS ORDINARIAS

2. Hospitalizaciones: En clínicas designadas por la Entidad y previa prescripción escrita de un médico de la misma.

- **Hospitalización Quirúrgica.** Ocu-

pando el enfermo habitación individual con cama para acompañante. Serán por cuenta de la Entidad todos los gastos de hospitalización, estancias, manutención del enfermo, anestесias, medicación y tratamientos necesarios incluidos en la póliza.

• **Hospitalización Obstétrica (partos).**

En habitación individual con cama para acompañante. Los gastos de hospitalización, estancias, manutención, medicación, anestесias, nurserie e incubadora serán a cargo de la Entidad. **La permanencia de ingresos de prematuros quedará limitada a un período máximo de 60 días por año. (De no haber manifestado previamente los padres su deseo de inclusión en la póliza, los recién nacidos no tendrán derecho a ninguna prestación).**

ÁREAS DE CUIDADOS ESPECIALES

• **Hospitalización en U.C.I.** Los gastos de hospitalización incluidos en la póliza serán por cuenta de la Entidad, quedando limitada la permanencia por un período máximo de 20 días.

• **Hospitalización por indicación y tratamiento médico.** Ocupando el enfermo habitación individual con cama para acompañante. Los gastos de hospitalización incluidos en la póliza serán a cargo de la Entidad. La permanencia quedará limitada a un período máximo de **20 días**.

• Medicación en clínica en caso de hospitalización médica y U.C.I., máximo **6 días**.

En las Hospitalizaciones Quirúrgicas, Obstétricas y Médicas, la manutención

del acompañante estará incluida, los tres primeros días.

3. Tratamientos y servicios especiales:

Por Centros o Médicos designados por la Entidad y previa prescripción de un médico de la misma:

- Litotriamiento Renal Extracorpóreo por ondas de choque.

- Litotriamiento Biliar Extracorpóreo por ondas de choque.

- Termoterapia Transuretral Prostática sistema prostatrón.

- Hipertermia Prostática, incluye tratamiento de patología prostática, con técnicas de hipertermia, con el límite de un tratamiento por anualidad.

- Hemoterapia para casos de hospitalización quirúrgica y médica, incluyendo el coste de la sangre y/o plasma.

- Tratamiento de radioterapia o cobaltoterapia.

- Oncología, que comprende:

- a) Tratamiento de quimioterapia en Hospital de día.

- b) Tratamiento de inmunoterapia.

- c) Estudio de la inmunidad celular.

- d) Hospitalización, si procede, para tratamiento de quimioterapia. **El coste de la medicación necesaria, será siempre por cuenta del Asegurado.**

e) Láser Thulium para la hiperplasia de próstata.

f) Biopsia de mama asistida por vacío (BAV).

- La radiofrecuencia en patologías de O.R.L. como alternativa a la cirugía radical.

- Sistema CARTO en la ablación de arritmias cardíacas.

- Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.

- Ambulancia para el traslado del Asegurado enfermo de su domicilio a la clínica o centro de diagnóstico y viceversa si así procediese, previa petición de un médico de la Entidad. **Quedan excluidos los traslados para tratamiento de rehabilitación.**

- Traslado en vehículo incubadora al recién nacido desde clínica a centro especializado.

- Procedimientos convencionales de fisioterapia. Se prestarán con carácter ambulatorio en centro especializado en las siguientes Áreas de Rehabilitación: Secuelas neurológicas periféricas, secuelas osteoarticulares, secuelas neurológicas centrales, de columna, de amputados de extremidad superior e inferior **(los procesos clínicos crónicos quedan limitados a 30 sesiones por año).**

Quedan excluidas las áreas de rehabilitación: Las patologías por minusvalías funcionales infantiles, quemados, deportiva, de sección medular, lenguaje y cardíaca.

4. Otros servicios y prestaciones: por Centros o Médicos designados por la Entidad.

- Servicio de Urgencias Permanente que se prestará en los Centros que consta en la documentación facilitada por la Entidad.

- Análisis Clínicos y radiografías prescritos por facultativos no pertenecientes al Cuadro Médico de la Entidad.

- Ambulancia para traslado a clínica en casos de necesidad urgente dentro y fuera del término municipal. **(distancia máxima 300 Km., lugar de situación del enfermo a centro de traslado).**

- Podología.

- La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por accidentes laborales, profesionales y los amparados por el Seguro Obligatorio de Vehículos a Motor.

- Ligadura de trompas y vasectomía (hospitalización, **excluido el acto médico).**

- Diagnóstico prenatal por Amniocentesis (según criterio del Servei Català de la Salut)

- Preparación al parto.

- Recuperación Pélvica Postparto.

- Resonancia Magnética Nuclear.

- Pruebas de alergia.

- Microaudiocirugía, cirugía funcional del oído y timpanoplastia.

- Cirugía ortopédica reparadora.
- Cirugía oftalmológica. **(Excluida la cirugía refractológica, de miopía y las prótesis).**
- Foniátría-Logopeda. Cobertura: Postoperatorio.
- Acupuntura **(Excluido material fungible)**
- Dietética.
- Homeopatía.
- Unidad de deshabitación al tabaquismo.
- Colocación de DIU y su vigilancia **(siendo por cuenta de la Asegurada el coste del dispositivo).**
- Convalecencia: 20 horas de ayuda domiciliaria para aquellos casos post ingreso en clínica y que tengan un grado moderado o superior a la Escala de Barthel.
- Radioterapia Oncológica, tratamiento con Acelerador Lineal.
- **Servicio de urgencia a desplazados.** Los Asegurados que eventualmente se encuentren en localidad distinta a la de su residencia habitual (incluyendo como mínimo a todas las capitales de provincia), recibirán asistencia en caso de urgencia tanto médica como quirúrgica, con arreglo a las condiciones de la póliza suscrita.

1. PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

El Asegurador facilitará la Entidad concertada y los centros hospitalarios donde serán prestados los servicios.

Cuando el enfermo tenga necesidad de guardar cama, el servicio de medicina general podrá solicitarse en el domicilio accidental del Asegurado siempre que se halle dentro del casco urbano donde este se preste.

Para que el Asegurado pueda hacer uso de este derecho, la Entidad le entregará la oportuna Tarjeta de Asegurado, indicándole la Entidad o Entidades y sus centros de urgencia permanentes a quien puedan dirigirse dentro del ámbito de cada localidad.

Dentro de las horas de oficina los Asegurados se dirigirán al domicilio social o Delegación de la Entidad concertada, o en horas distintas a estas, al Centro permanente de urgencia que tenga establecida la misma.

Al solicitar cualquier servicio deberá presentarse la Tarjeta de Asegurado.

La Entidad declina toda responsabilidad por la utilización de servicios ajenos a los que específicamente se determinan. Los Asegurados no tendrán derecho a reclamación alguna por la no utilización de los servicios garantizados por la Entidad, ni por los ajenos a la misma que le hayan sido prestados sin expresa autorización de esta por escrito.

Para ingreso en clínica será suficiente la orden del médico de la Entidad concertada, pero el Asegurado deberá obtener la confirmación en las oficinas de la misma dentro de las 72 horas siguientes al ingreso. La Entidad quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, caso

de entender que la póliza no cubre la hospitalización.

2. ÁMBITO TERRITORIAL.

Los centros donde se prestará la asistencia, comprenderá como mínimo, a todas las capitales de provincia del ámbito nacional.

MÓDULO “C” (LLIURE-MIX)

ASISTENCIA HOSPITALARIA PLUS

1. Hospitalizaciones: En Clínicas designadas por la Entidad y previa prescripción escrita de un médico de la misma.

- **Hospitalización en U.C.I.** Los gastos de hospitalización, medicación y tratamientos necesarios incluidos en la póliza serán por cuenta de la Entidad, durante tiempo ilimitado en caso de situaciones clínicas o enfermedades agudas y hasta poder ser trasladado el enfermo a otras unidades de hospitalización ordinaria. Se excluye la cobertura de la estancia en U.C.I. a partir de que el proceso o situación clínica del paciente sea diagnosticado de irreversible (p.e. coma cerebral vegetativo persistente o permanente y otras) y/o la asistencia en U.C.I. tenga la exclusiva finalidad de facilitar medidas de soporte o de mantenimiento al paciente.

- **Hospitalización Médica.** Ocupando el enfermo habitación individual con cama de acompañante. Los gastos de hospitalización, medicación y

tratamientos necesarios incluidos en la póliza serán a cargo de la Entidad, en caso de enfermedades agudas y durante el tiempo que clínicamente se considere necesario para el diagnóstico y tratamiento del proceso patológico agudo, **excluyendo la hospitalización de enfermedades de curso crónico.**

- **Hospitalización Psiquiátrica.** Internamiento en Clínica o Centros designados por la Entidad. Comprenderá los gastos de estancia, la medicación y los tratamientos médicos necesarios incluidos en la póliza. Solo se facilitará para el tratamiento de los brotes agudos que no sean de enfermos crónicos, quedando la permanencia limitada a un período máximo de **30 días por año.**

2. Tratamientos y servicios especiales: Por Centros o Médicos designados por la Entidad y previa prescripción de un médico de la misma.

- Láser para aplicaciones de fisioterapia.

- Láser para aplicaciones oftalmológicas. **Excluida la Corrección Refractiva: Miopía, Astigmatismo e Hipermetropía.**

- Hemodiálisis y riñón artificial: **Exclusivamente para el tratamiento durante los días necesarios de insuficiencias renales agudas de carácter reversible (con un máximo de 20 sesiones al año), quedando excluidas las insuficiencias renales crónicas.**

- Clínica del Dolor: Tratamiento integral del dolor. (Farmacoterapia, méto-

dos ablativos, métodos estimulativos, laserterapia antiálgica y mesoterapia) en régimen ambulatorio para casos oncológicos con dolor que no pueda ser controlado por la unidad oncológica y con dolor crónico derivado de actuaciones quirúrgicas. Incluyendo el internamiento producido por una complicación aguda del tratamiento y para la implantación de aparatos médicos, durante un período máximo de 7 días. (Dicha hospitalización computará los días en la hospitalización médica). **Quedan excluidos los gastos de medicación, material, aparatos médicos específicos y prótesis.**

- Fisioterapia respiratoria para los procesos broncopulmonares, **los medicamentos serán siempre por cuenta del Asegurado.**

- Estudio y diagnóstico de la infertilidad y esterilidad. **Excluidos todos los tratamientos, inclusive la cirugía.**

- Ligadura de trompas, incluyendo la asistencia médica y el ingreso en clínica.

- Vasectomía, incluyendo la asistencia médica.

- Revisión anual cardiológica, urológica y de prevención del cáncer colorrectal.

- Endocrinología y Nutrición. Tratamiento del adelgazamiento.

- Epiluminiscencia digitalizada.

3. Otros servicios y prestaciones.

- Prótesis: válvulas cardíacas, marcapasos, bypass vascular, cadera, lentilla intraocular en las intervenciones de cata-

ratas (hasta un máximo de 1.000 € por lentilla intraocular) y las prótesis internas en la cirugía traumatológica hasta un máximo de 2.000 € al año.

• En caso de utilización de facultativos y centros distintos a los concertados, la Entidad se hará cargo del reembolso de los honorarios médicos y gastos hospitalarios en que incurra el Asegurado, que deberán justificarse mediante la presentación de las facturas oficiales correspondientes y el informe del facultativo o centro que le haya atendido.

La Entidad reembolsará el 80% del importe de los citados gastos devengados dentro de cada año natural, solamente en los siguientes casos y de acuerdo con estos límites:

1. Honorarios médicos de Pediatría. Máximo 45 € por visita.

2. Honorarios médicos de Ginecología. Máximo 60 € por visita.

3. Medicina preventiva ginecológica. Máximo 214,27 € por año (incluye visitas, pruebas y exploraciones).

4. Garantía hospitalaria: por embarazo y parto por proceso y en su conjunto. Máximo 1.964,26 €.

5. Embarazo y parto con cesárea por proceso y en su conjunto. Máximo 2.321,41 €.

En ambos casos incluye las visitas, pruebas, exploraciones, estancia en la clínica, nursería, honorarios médicos, ayudantes, anestesistas, comadronas y demás profesionales que intervengan.

El capital máximo garantizado en cada año natural para estas prestaciones es de 3.401,32 € por Asegurado.

MÓDULO “D” (LLIURE-TOT)

TOTAL LIBRE ELECCIÓN

El Asegurado tiene derecho a elegir libremente facultativo o centro hospitalario distinto de los concertados por la Entidad.

ÁMBITO: España y Países de la Comunidad Económica Europea. Para el resto de países del mundo se requerirá ser sellada por el Consulado Español, la documentación que se adjunte.

En caso de utilización de servicios de facultativos o Centros distintos a los concertados, la Entidad se hará cargo del reembolso de los honorarios médicos y gastos hospitalarios en que incurra el Asegurado, que deberán justificarse mediante la presentación de las facturas oficiales correspondientes y el informe del facultativo o Centro que le haya atendido.

La Entidad reembolsará el 80% del importe de los citados gastos devengados dentro de cada año natural, de acuerdo con los siguientes límites:

1. Honorarios médicos:

- Medicina General y Pediatría. 1ª Visita: 57,14 €, sucesivas: 39,64 €.
- Especialistas. 1ª Visita: 71,42 €, sucesivas: 49,99 €.

- En clínica por día de hospitalización en los casos no quirúrgicos: 107,13 €.
- Honorarios médicos visita pediátrica a domicilio. Máximo 57,14 € por visita.
- Medicina preventiva ginecológica. Máximo 357,15 € por año (incluye visitas, pruebas y exploraciones).

2. Medios de diagnóstico:

- Radiología, Analítica, T.A.C., Resonancia Magnética Nuclear y Endoscopias hasta 285,72 € por acto.
- Ecografías, Mamografías bilaterales y Densitometrías Óseas hasta 214,27 € por acto.
- Los restantes medios de diagnóstico hasta 178,56 € por acto.

El límite anual de todas las pruebas diagnósticas es de 1.360,53 € por Asegurado.

3. Intervenciones quirúrgicas:

- Según la terminología y Grupos de riesgo del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona, incluyendo los honorarios del cirujano, ayudantes, instrumentistas, anestesistas y demás profesionales que intervengan.

Grupos riesgo	Límite máximo
01-02	249,99 €
03-04	714,27 €
05	1.428,56 €
06	1.785,70 €
07	2.142,83 €

08	2.499,97 €
09	3.214,25 €
10	3.928,53 €
11	4.642,82 €

El capital máximo garantizado en cada año natural por estas prestaciones es de **20.407,93 €**, por Asegurado.

Si algún acto quirúrgico, terapéutico o prueba diagnóstica no figurara en la Tabla Anexa de límites económicos, será indemnizada por analogía o semejanza con alguna de las clasificadas en la misma.

4. Hospitalizaciones:

a) Hospitalización Quirúrgica en Clínica u Hospital, hasta la cantidad máxima de **357,15 €** diarios, incluyendo todos los conceptos posibles de dicho Centro (estancia, gastos quirófano, manutención, medicación, gastos enfermería, anestесias, materiales desechables y pruebas diagnósticas, etc.).

El capital máximo garantizado al año por estas prestaciones es de **17.856,93 €**, por Asegurado.

b) Asistencia Ambulatoria en Clínica u Hospital, hasta la cantidad máxima de **535,70 €**, incluyendo: gastos de quirófano, medicación, gastos enfermería, anestесias, materiales desechables y pruebas diagnósticas, etc.

El capital máximo garantizado al año por estas prestaciones es de **2.857,11 €** por Asegurado.

c) Hospitalización Médica en Clínica u Hospital, hasta la cantidad máxima de **285,72 €** diarios, incluyendo todos los conceptos posibles de dicho Centro (estancia, manutención, medicación, gastos enfermería, materiales desechables, pruebas diagnósticas, etc.).

El capital máximo garantizado al año por esta prestación es de **12.857 €** por Asegurado.

d) Hospitalización Obstétrica (partos) en Clínica u Hospital, hasta la cantidad máxima de **428,57 €** diarios, incluyendo todos los conceptos posibles de dicho Centro (estancias, sala de parto, quirófano, nursería, incluida la visita pediátrica al recién nacido, manutención, incubadora, medicación, gastos enfermería, anestесias, materiales desechables, pruebas diagnósticas, etc.).

El capital máximo garantizado al año por esta prestación es de **2.499,97 €** por Asegurado. (La intervención de cesárea en los partos distócicos, se contemplará como hospitalización quirúrgica).

e) Hospitalización Prematuros en Clínica u Hospital, hasta la cantidad máxima de **357,15 €** diarios, incluyendo todos los conceptos posibles de dicho Centro (incubadora, estancias, manutención, medicación, materiales desechables, gastos enfermería, pruebas diagnósticas, honorarios médicos, etc.).

El capital máximo garantizado al año por esta prestación es de **21.428,33 €** por Asegurado.

f) Hospitalización en U.C.I. en Clínica u Hospital, hasta la cantidad máxi-

ma de **571,42 €** diarios, incluyendo todos los conceptos posibles de dicho Centro (estancias, manutención, medicación, materiales desechables, gastos enfermería, pruebas diagnósticas, honorarios médicos, etc.), **excluyendo los gastos no computables al paciente ingresado (extras, teléfono, etc.), una vez el paciente pase a habitación normal se considerará hospitalización médica, con su correspondiente límite diario.**

El capital máximo garantizado al año por esta prestación es de **25.714 €** por Asegurado.

g) Hospitalización Psiquiátrica en Clínica u Hospital, hasta la cantidad máxima de **214,27 €** diarios, incluyendo todos los conceptos posibles de dicho Centro (estancias, medicación, gastos enfermería, pruebas diagnósticas, honorarios médicos, etc.), **excluyendo los gastos no computables al paciente ingresado (extras, teléfono, etc.). Sólo incluye el tratamiento de los brotes agudos.**

El capital máximo garantizado al año por esta prestación es de **6.428,50 €** por Asegurado.

h) Ambulancia para el traslado a Clínica u Hospital, **en caso de necesidad urgente, y con un límite de 285,72 € por servicio.**

El capital máximo garantizado al año para esta prestación es de **1.428,56 €** por Asegurado.

i) **Prótesis.** (Sustitución de un órgano o parte de un órgano mediante la

implantación en el organismo de una pieza o aparato especial que reproduce lo más exactamente posible la forma o función de la parte que falta).

Material de Osteosíntesis: Elemento utilizado para la síntesis o unión de dos extremos de un hueso fracturado por medios mecánicos o quirúrgicos.

Marcapasos y Lente Intraocular.

Excluido la prótesis ortopédica. (Aparato externo que sustituye la forma o función de un órgano o parte de un órgano que falta o sufre disfunción).

El capital máximo garantizado al año por esta prestación es de **3.571,39 €** por Asegurado.

Dichas indemnizaciones deberán justificarse mediante facturas del proveedor oficial correspondiente, nunca mediante factura del médico.

MÁXIMO TOTAL DENTRO DEL AÑO NATURAL POR TODOS LOS CONCEPTOS **68.026,44 €** POR ASEGURADO.

Las indemnizaciones por prestaciones y el máximo total se reducirán proporcionalmente, en el primer año de contratación de la póliza, entre el tiempo que medie de la fecha de efecto de la póliza y el próximo 31 de diciembre en relación con el año natural.

Los servicios y prestaciones que se garantizan son los que en su conjunto se especifican en los módulos "A", "B" y "C", excepto: **Servicio de en-**

fermería, Diálisis Riñón Artificial, Podología y cualquier tipo de visita médica domiciliaria.

Las intervenciones de ligadura de trompas y vasectomía, con su hospitalización y demás actuaciones relacionadas, la asistencia de urgencia a desplazados por Territorio Nacional y las revisiones, excepto la ginecológica, están cubiertos únicamente a través del Cuadro Facultativo de la Compañía.

MÓDULO “E”

ASISTENCIA INTERNACIONAL EN VIAJE

DISPOSICIONES PREVIAS:

ÁMBITO DEL SEGURO Y DURACIÓN.

El seguro tiene validez en el mundo entero (excepto en España) y su duración va ligada a la del Seguro de Asistencia Sanitaria del que es complemento.

VALIDEZ.

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

1. Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos.

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o un accidente, el Ase-

gurador se hará cargo:

a) De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.

b) Del control por parte de su Equipo Médico, en contacto con el médico que atienda al Asegurado herido o enfermo, para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.

c) De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el Asegurador se hará cargo, en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requiera, será el avión sanitario especial.

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

2. Transporte o repatriación de los Asegurados.

Cuando a uno de los Asegurados se le haya trasladado o repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la garantía 1. anterior y esta circunstancia impida al resto de los familiares asegurados el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente

previstos, el Asegurador se hará cargo de los gastos correspondientes a:

a) El transporte de los restantes Asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado o repatriado.

b) La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes Asegurados de los que se trata en el punto a) anterior, cuando estos fueran hijos menores de 15 años del Asegurado trasladado o repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

3. Regreso anticipado del Asegurado a causa de fallecimiento de un familiar.

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

4. Billeto de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel.

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado fuera de España y su internación se prevea de duración superior a los cinco días, el

Asegurador pondrá a disposición de un familiar del mismo un billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado haciéndose cargo de los gastos de estancia en el hotel, contra los justificantes oportunos, hasta **50 €** por día y con un máximo de **485 €**.

5. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización.

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

a) Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.

b) Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.

c) Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por Asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero es de **12.000 €**.

6. Gastos de prolongación de estancia en un hotel.

Cuando sea de aplicación la garantía anterior de pago de gastos médicos, el Asegurador se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del Asegurado en un hotel, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, hasta un importe de **50 €** por día y con un máximo de **485 €**.

7. Transporte o repatriación de fallecidos y de los Asegurados acompañantes.

El Asegurador se hará cargo de to-

das las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del Asegurado, así como de su transporte o repatriación hasta el lugar de inhumación en España.

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

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

8. Transmisión de mensajes.

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

DELIMITACIONES DEL CONTRATO

EXCLUSIONES

Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al Asegurador y que no hayan sido efectuadas por o con su acuerdo, salvo en los casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.

Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.

La muerte por suicidio o las enfermedades y lesiones resultantes del intento o causadas intencionalmente por el titular, a sí mismo, como las derivadas de acciones criminales del titular directa o indirectamente.

El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencional ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.

Los gastos de prótesis, gafas y lentillas, embarazos y partos y cualquier tipo de enfermedad mental.

Los eventos ocasionados en la práctica de deportes en competición y el rescate de personas en el mar, montaña o desierto.

Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 10 €.

En el traslado o repatriación de fallecidos: los gastos de inhumación y de ceremonia.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Las Condiciones Generales de la Póliza de Asistencia Sanitaria son de aplicación, en tanto no se opongan a lo que las presentes disponen.

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

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

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

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

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

El Asegurador queda subrogado en

los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquel y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.

Para la prestación, por el Asegurador, de los servicios inherentes a las anteriores garantías es indispensable que el Asegurado solicite su intervención, desde el momento del suceso, al teléfono que le facilitará el Asegurador (puede hacerlo a cobro revertido), según el país donde se encuentre. Servicio permanente las 24 horas.

MÓDULO “F”

INDEMNIZACIONES POR HOSPITALIZACIÓN

Indemnización diaria por cualquier tipo de ingreso **370 €, hasta un máximo anual de 10.820 €, o proporcionalmente entre la fecha de efecto de la póliza y el 31 de diciembre próximo en el primer año de contratación.**

Para ello se deberá comunicar a la Entidad Aseguradora, el establecimiento sanitario en el cual será ingresado el paciente, con el correspondiente informe médico indicando la fecha de ingreso y diagnóstico médico.

Cuando el paciente sea dado de alta deberá justificar los días que ha estado hospitalizado mediante documento expedido por el establecimiento hospitalario y refrendado por el médico responsable del paciente.

atLāNTida

ASEGURAMOS TU BIENESTAR · 1927

Enric Granados, 90-92 - 08008 BARCELONA

Tel. 93 217 22 99

E-mail: atl@atlantida.cat
atlantida.cat