Asistencia **Sanitaria**

Condiciones Generales

vital seguro

Índice

Definiciones Pág. 5

1. Objeto del Seguro Pág. 10

2. Exclusiones Pág. 12

3. Plazo de carencia Pág. 16

4. Normas para prestar y requerir los servicios Pág. 17

5. Disposiciones generales Pág. 19

6. Disposiciones específicas a los riesgos sobre las personas Pág. 21

7. Actualización anual de primas y prestaciones Pág. 22

Cláusula Adicional Pág. 22

I. Preliminar.

El presente contrato se rige por lo dispuesto en:

- Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. 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 (B.O.E. del 20 de Diciembre de 1990).
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reasegura- doras. (B.O.E. de 15 de Julio de 2015) y su Reglamento de 20 de Noviembre de 2015 (B.O.E. del 2 de Diciembre de 2015).
- Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, Libro II, que transpone la Directiva (UE) 2016/97 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de enero de 2016, sobre la distribución de seguros.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (B.O.E. del 7 de Diciembre de 2018) y el Reglamento General de Protección de Datos (2016/679 del Parlamento Europeo).

Definiciones.

A los efectos de este Contrato se entiende por:

Accidente: Toda lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que se haya documentado derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del asegurado, que produzca invalidez temporal o permanente o muerte.

Accidente de circulación: El sufrido por el asegurado como peatón, usuario de transportes públicos, líneas aéreas regulares o chárter, conductor de un automóvil o pasajero del mismo, conductor de bicicleta o ciclomotor, cuando se encuentre circulando por cualquier clase de vía pública o camino particular abierto al público.

Antiangiogénico: Medicamento biológico que actúa sobre el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) esencial para la formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis) inhibiendo su crecimiento.

Antígeno prostático: El antígeno prostático específico (PSA) es una proteína producida por la próstata. Su síntesis se eleva con la enfermedad prostática.

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

Asegurador: La Entidad VITAL SEGURO, S. A. que asume el riesgo contractualmente pactado.

Biomaterial: Aquellos materiales, naturales (biológicos de origen animal o humano) o artificiales (hechos por el hombre), utilizados en la fabricación de dispositivos o productos sanitarios que interactúan con los sistemas biológicos y que se aplican en diversas especialidades de la medicina.

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.

Cirugía mayor ambulatoria: Toda aquella intervención quirúrgica realizada de forma presencial por un cirujano en un quirófano con anestesia general, local, regional o sedación, que requiere cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración, por lo que el asegurado no precisa ingreso hospitalario y puede ser dado de alta pocas horas después de la intervención.

Cirugía menor ambulatoria: Atención sanitaria presencial de procesos que requieren procedimientos quirúrgicos u otras intervenciones sencillas, que se realiza en consulta, en tejidos superficiales y precisa, generalmente, anestesia local. Las técnicas más utiliadas son la exéresis quirúrgica y la crioterapia.

Cirugía radical u oncológica: Procedimiento quirúrgico tras un diagnóstico oncológico, en la mama u otro tipo de órganos.

Cirugía robótica o asistida por ordenador: Se denomina cirugía robótica, guiada por imágenes o asistida por un ordenador, a las maniobras quirúrgicas que realiza un sistema laparoscópico telerrobotizado siguiendo las instrucciones de un cirujano presente en el quirófano, y guiado por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador, con un software específico que permite la reconstrucción tridimensional de las imágenes obtenidas mediante un ordenador.

Citostático: Medicamento citotóxico que se emplea en quimioterapia oncológica que es capaz de detener el desarrollo del cáncer actuando directamente sobre la integridad de las cadenas de ácido desoxirribonucleico (ADN) y la mitosis celular, inhibiendo la multiplicación celular normal, tanto de las células sanas como de las tumorales. Se incluyen en este subgrupo terapéutico, por su mecanismo de acción: los agentes alquilantes, los antimetabolitos, los alcaloides de plantas y otros productos naturales, los antibióticos citotóxicos, los compuestos de platino y las metilhidrazidas.

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

Condición de salud preexistente: Aquel estado o condición de la salud, no necesariamente patológica (por ejemplo, embarazo o gestación) que se inicia con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.

Consulta presencial (CP) o consulta: Es aquella que aparece en las condiciones generales descrita como "consulta", es la consulta convencional, que se define como un proceso asistencial basado en la relación presencial o personal del médico con el paciente, que tiene como fin obtener un diagnóstico, realizar un tratamiento y/o establecer un pronóstico de la condición de enfermedad o de salud de un asegurado.

Consulta no presencial (CNP) o teleconsulta: Es aquella que aparece en las condiciones generales descrita como "teleconsulta", también denominada e-consulta, consulta virtual o telemática. Es un acto realizado de forma no presencial a través de medios de comunicación digital en que el médico actúa como profesional de la medicina para orientar, diagnosticar y/o prescribir tratamientos a un paciente de forma remota.

Contratación a distancia: Se considera que existe contratación del seguro a distancia cuando para la negociación y celebración del contrato se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia, sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de una página web, venta telefónica u otros medios similares.

Copago: Importe prefijado por cada acto médico que el tomador y/o asegurado asume por la utilización de Servicios Sanitarios que le corresponda según la modalidad de seguro contratada y que se detalla en la "Tabla de copagos" de las condiciones particulares y/o especiales de la póliza.

Cuadro Médico o Guía Médica: Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por VITAL SEGURO en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario. En el Cuadro Médico se relacionan, además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. El Tomador y los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia.

Cuestionario o declaración de salud: Formulario de preguntas, que forma parte del contrato de seguro, facilitado por VITAL al tomador y/o asegurado, que tiene por objeto determinar su estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro.

Edad actuarial: Es la edad de cada asegurado en su cumpleaños más próximo, aunque no se haya alcanzado, tomando como referencia la fecha de efecto o de prórroga de la póliza.

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

Enfermedad, lesión, defecto o deformación 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 período de la vida del individuo.

Honorarios médico-quirúrgicos: Honorarios profesionales derivados de intervención quirúrgica y/o ingreso médico hospitalario. Se incluyen los del médico cirujano, los de sus ayudantes, anestesistas, comadrona y los estrictamente inevitables del personal médico que se necesite en la intervención o asistencia médica realizada.

Hospital o clínica: Todo establecimiento privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades, lesiones o accidentes, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. A efectos de cobertura no se encuentran considerados como tales los establecimientos públicos.

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.

Hospitalización médica o quirúrgica: Ingreso hospitalario necesario para recibir tratamiento médico o quirúrgico. Comprende los gastos generados durante el internamiento hospitalario, los honorarios médicos derivados del tratamiento médico-quirúrgico realizado y las prótesis en su caso.

Hospitalización de carácter social y/o familiar: Es el ingreso o la prolongación de la estancia en un hospital por causas no relacionadas con patologías médicas objetivas, a juicio de un médico de VITAL SEGURO, sino por cuestiones de carácter social y/o familiar. Tales casos no quedan cubiertos por la póliza.

Implante: Producto sanitario diseñado para ser insertado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica o técnica especial, con finalidad diagnóstica, terapéutica y/o estética, y destinado a permanecer allí después de dicha intervención.

Inhibidor enzimático y/o molecular: Medicamentos biológicos dirigidos que actúan sobre una diana terapéutica, intra o extracelular, inhibiendo la generación y transmisión de señales en la vía de crecimiento celular. En este subgrupo terapéutico se incluyen inhibidores de la transcripción enzimática a distintos niveles (ej. inhibidores de la proteína quinasa, de la tirosin quinasa, de los proteosomas, etc.).

Inmunoterapia: La inmunoterapia se basa en modificar, estimular o restaurar la capacidad del sistema inmunitario para luchar contra el cáncer, las infecciones y otras enfermedades. Asimismo, se usa para disminuir ciertos efectos secundarios que pueden causar algunos tratamientos oncológicos. Las sustancias o medicamentos utilizados en la inmunoterapia antitumoral son: los agentes inmunomoduladores no específicos, los interferones, las interleuquinas, los factores de crecimiento o estimulantes de colonias, los anticuerpos monoclonales o los agentes antitumorales antígeno- específicos, las terapias con citoquinas y las vacunas. Es, por tanto, un tratamiento oncológico basado en el tratamiento de las moléculas sintetizadas en líneas celulares (in vivo). Su tamaño es grande. Su mecanismo de acción no depende del ciclo celular. Estas moléculas alteran, incentivan, al sistema inmunitario para que actúen sobre las células cancerígenas al detectarlas como extrañas. Actúa de forma lenta al actuar sobre la cascada proteica para generar actividad. Estos tratamientos están expresamente excluidos de la cobertura de la póliza.

Intervención quirúrgica: Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico que, normalmente, requiere la utilización de un quirófano en un centro sanitario autorizado.

Material biológico o sintético: También llamada prótesis biológica que, implantada mediante técnica especial, sustituye, regenera o complementa un órgano o su función. Se incluyen en este concepto los trasplantes de células con fines regenerativos.

Material de osteosíntesis: Pieza o elemento de cualquier naturaleza, empleado para la unión de los extremos de un hueso fracturado o para soldar extremos articulares.

Material ortopédico u ortesis: Productos sanitarios de uso externo, permanente o temporal, que adaptados individualmente al paciente, se destinan a modificar las condiciones estructurales o funcionales del sistema neuromuscular o esquelético, sin que su implantación requiera nunca una intervención quirúrgica.

Medicina regenerativa: Incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos.

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

Medios ajenos: Facultativos y centros no incluidos en la Guía Médica y Servicios concertados de VITAL SEGURO que le corresponda según la modalidad de seguro contratada.

Medios propios: Facultativos y centros incluidos en la Guía Médica y Servicios concertados de VITAL SEGURO que le corresponda según la modalidad de seguro contratada.

Nutricionista: Diplomado o graduado en nutrición humana y dietética.

Parto prematuro o pretérmino: Se considera parto prematuro o pretérmino aquel que sucede después de la semana veinte y antes de la semana treinta y siete de la gestación. VITAL SEGURO solo asumirá los gastos médicos derivados de un parto prematuro si, antes de la inclusión en la póliza, la asegurada no estuviese embarazada o, estándolo, no tuviera modo de saberlo por ausencia de los signos y/o síntomas de embarazo.

Periodo de carencia: Es el intervalo de tiempo prefijado en el contrato, contado a partir de la fecha de efecto del seguro, en el que no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza. Dicho periodo se computa por meses, contados desde la fecha de entrada en vigor de la póliza, para cada uno de los asegurados incluidos en ella.

Periodo de exclusión: Es el intervalo de tiempo prefijado en el contrato, contado a partir de la fecha de alta de cada uno de los asegurados, en el que no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza y durante el cual, además, si se diagnostica o se ponen de manifiesto los primeros síntomas de una enfermedad con periodo de exclusión, no se tendrá derecho a ningún tipo de prestación relacionada con la misma, quedando excluida de la cobertura del seguro. Dicho periodo se computa por meses, contados desde la fecha de entrada en vigor de la póliza, para cada uno de los asegurados incluidos en ella.

Póliza: 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) los Suplementos o Apéndices emitidos para complementar o modificar el contrato, y d) el recibo de prima librado por el Asegurador.

Preexistencia: Es aquella condición de la salud (por ejemplo, embarazo o gestación), alteración o trastorno orgánico que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro, independientemente de que exista un diagnóstico médico.

Prima: Es el precio del seguro. El recibo contendrá además los recargos e impuestos que sean de aplicación por Ley. La prima del seguro es anual aunque se conceda un aplazamiento o fraccionamiento en su pago.

Prótesis quirúrgica: Productos sanitarios permanentes o temporales que en caso de ausencia, defecto o anomalía de un órgano o una estructura corporal sustituyen o restituyen, total o parcialmente, su función fisiológica.

Protonterapia: La protonterapia o terapia con protones es una nueva modalidad de radioterapia muy precisa, que minimiza el daño en los órganos y estructuras vecinas sanas que rodean el tumor. Es el tratamiento de elección en determinados tumores pediátricos, ya que respeta los tejidos sanos (que aún se están formando) y minimiza las secuelas, algo fundamental para el desarrollo durante la infancia.

Psicología clínica: Rama o especialidad de la Psicología, que se ocupa del tratamiento y rehabilitación de las anomalías y trastornos del comportamiento humano.

Psicólogo clínico: Licenciado en Psicología especializado en Psicología Clínica.

Psicoterapia: Método terapéutico que se aplica a una persona que padece un conflicto psíquico, por indicación o prescripción de un psiquiatra o pediatra (en el caso de niños), basado en la relación directa presencial entre el terapeuta y su paciente.

Quimioterapia: Tratamiento oncológico basado en el tratamiento de las moléculas sintetizadas mediante reacción química en un equipo artificial (in vitro). Son de pequeño tamaño. Su mecanismo de acción es a nivel del ciclo celular, bloqueando la síntesis y la división celular haciendo así inviable el crecimiento celular. Es de acción rápida.

Radioterapia de intensidad modulada (IMRT): Es un tipo de radioterapia conformada tridimensional que usa imágenes creadas por un ordenador, mediante programas informáticos de planificación inversa, para mostrar el tamaño y la forma de un tumor, y dirigir los haces de radiación de un acelerador lineal multiláminа en diferentes ángulos y con distinta intensidad hacia el tumor, concentrando la máxima intensidad en el mismo, y limitando la dosis que reciben los tejidos sanos adyacentes. También se llama RIM.

Radioterapia helicoidal o tomoterapia: La radioterapia helicoidal guiada por imagen en tiempo real, también llamada tomoterapia, integra el TAC y un acelerador lineal multiláminas binario (64 láminas) en un mismo equipo. Es una modalidad avanzada de radioterapia que permite antes de administrar la radiación obtener una imagen tridimensional del tumor (3-D) y enfocar la radiación en el tumor desde muchas direcciones distintas, al girar la fuente de radiación de la máquina alrededor del paciente en forma de espiral. También se llama tomoterapia helicoidal.

Rehabilitación: Conjunto de terapias físicas prescritas por un médico traumatólogo, neurólogo, reumatólogo o rehabilitador, y realizadas por un fisioterapeuta en un centro específico de rehabilitación, destinadas a restituir la funcionalidad de aquellas partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de una enfermedad o accidente originado durante la vigencia de la póliza.

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

Rehabilitación neurológica: Conjunto de terapias físicas específicas (también denominada fisioterapia neurológica), prescritas por un médico neurólogo o rehabilitador, y realizados por un fisioterapeuta en un centro idóneo de rehabilitación, destinadas a devolver, en la medida de lo posible, la movilidad normal a aquellos pacientes que hayan sufrido un trastorno sensitivo- motor derivado de un daño cerebral adquirido severo.

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 el Suplemento Coberturas Específicas contratadas

Siniestro: Toda alteración de salud del Asegurado 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.

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

Solicitud de seguro o documento de información preliminar: Contiene además de información preliminar y la política de protección de datos, un cuestionario de estado de salud, facilitado por VITAL SEGURO, en el que el tomador del seguro describe el riesgo que desea asegurar, con todas las circunstancias que conoce y que pueden incluir en la valoración de dicho riesgo. Se exige veracidad en las respuestas a las preguntas establecidas por VITAL SEGURO.

Telemedicina: Se basa en la transmisión segura de datos e información médica a través de texto, sonido, imágenes u otras formas necesarias para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la vigilancia del paciente. Abarca una amplia variedad de modalidades asistenciales.

Terapias dirigidas (También llamadas terapias biológicas): Tratamiento oncológico basado en el tratamiento de las moléculas sintetizadas en líneas celulares (in vivo). Su tamaño es grande. Su mecanismo de acción no depende del ciclo celular. Actúan sobre las células a nivel de receptores de membrana desencadenan una cascada proteica que las hace inviables. Estos tratamientos están expresamente excluidos de la cobertura de la póliza.

Terapia génica o genética: Es el proceso que permite el tratamiento de las enfermedades hereditarias, del cáncer, las infecciones y otras enfermedades, mediante la modificación del genoma celular. La terapia génica consiste en insertar, mediante distintos vectores, material genético en una célula diana para obtener un efecto terapéutico (síntesis de una proteína de interés, compensar un déficit genético, estimular

la respuesta inmune contra un tumor o la resistencia a la infección producida por un virus).

Tomador del seguro: La persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe el contrato de seguro y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Unidad de cuidados especiales: Servicio o área especialmente equipada de un hospital, donde se concentra personal médico y de enfermería especializado en realizar unos determinados tratamientos.

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

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

Urgencia Vital: El proceso de urgencia en el que, a criterio de un facultativo, esté en peligro la vida del Asegurado.

II. Objeto y extensión del seguro.

1. Objeto del seguro.

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la póliza y mediante aplicación de la prima correspondiente, el Asegurador proporcionará al Asegurado la asistencia médica, quirúrgica, y hospitalaria que proceda en las enferme dades que precisen exclusivamente de las especialidades y/o servicios asistenciales que se detallan en el Suplemento Coberturas Específicas contratadas y, en su caso, el Suplemento de Prestaciones complementarias que hayan sido objeto de contratación.

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.

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

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

- Los estudios de validación de su seguridad y coste-efectividad sean ratificados, mediante un informe positivo, por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CC.AA. o del Ministerio de Sanidad.
- Queden incluidos expresamente en las presentes las condiciones generales o en anexos a las mismas.

En cada renovación de esta póliza, VITAL SEGURO detallará las técnicas o tratamientos que pasan a formar parte de las coberturas de la póliza para el siguiente periodo.

El seguro proporciona asistencia médica y quirúrgica de ámbito provincial a través de Guía Médica de VITAL SEGURO que le corresponda, en toda clase de enfermedades o lesiones, en las especialidades especificadas en la descripción de las coberturas de la póliza, siempre que el domicilio de residencia habitual del asegurado se halle en España.

El seguro se basa en la libre elección de los médicos y centros hospitalarios, entre los detallados en la Guía Médica de VITAL SEGURO concertada.

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

El derecho de libertad de elección de médico y de centro supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria por parte de VITAL SEGURO por los actos de aquellos, sobre los que el Asegurador no tiene capacidad de control a causa de la protección del secreto profesional, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. La medicina es una actividad de medios y no de resultados. Por este motivo, VITAL SEGURO no puede garantizar que los actos médicos cubiertos por la póliza tengan siempre un resultado positivo.

La modalidad de prestación es la recogida en el artículo 105 párrafo 1º Ley de Contrato de Seguro –abono de gastos sanitarios–, sin asumir directamente la prestación de los servicios que se practica por profesionales y centros cualificados. En caso de defectuosa praxis médica u hospitalaria el asegurado se obliga a plantear acciones exclusivamente contra los profesionales o centros intervinientes directamente en la prestación y sus respectivas aseguradoras de responsabilidad civil, con renuncia de acciones frente a VITAL SEGURO.

Forma parte de la normativa de uso de este seguro el pago por parte del asegurado de unos determinados copagos, que le permitirán acceder a determinadas prestaciones.

2. Exclusiones.

Quedan excluidos de la cobertura de este Seguro:

I. Para cada asegurado, las patologías (enfermedades o lesiones, sobrevenidas o congénitas) y condiciones de salud, como dolores o síntomas, de origen anterior a la fecha de entrada en vigor de la póliza o de su inclusión en ella, de las que, siendo conocidas, no se hubiese informado a la compañía en el cuestionario de salud. El tomador del seguro, en su nombre y en nombre de los asegurados/beneficiarios o de cada uno de estos, está obligado a manifestar en el momento de suscribir la propuesta/solicitud de seguro si padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquellas de carácter recurrente, congénitas o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o bien si, en el momento de la suscripción, padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología. En este caso, la afección se considerará como preexistente o congénita y, en consecuencia, quedará excluida de las coberturas pactadas en el contrato de seguro. Si hubiera enfermedades preexistentes o congénitas, la entidad se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes y, en caso de aceptarla, el derecho a incluir la correspondiente cláusula de exclusión de la cobertura de las mismas, así como de las secuelas derivadas de ellas. No se excluirá de cobertura aquellas patologías que ni hayan presentado sintomatología ni sean conocidas por el tomador o asegurado en el momento de la conclusión del contrato. Quedan igualmente excluidos los accidentes y sus consecuencias producidos antes de la entrada en vigor de la póliza. En caso de aceptar alguna de las patologías declaradas en el Cuestionario de Salud de VITAL SEGURO, éstas figuraran como expresamente aceptadas en las Condiciones Particulares de la póliza.

II. Queda excluida la asistencia sanitaria o cualquier gasto médico que precise el Asegurado y que sea consecuencia, guarde relación o se derive de una situación que haya sido declarada por organismos nacionales o internacionales como epidemia y/o pandemia, o con una declaración de emergencia de salud pública de interés internacional (ESPII), o declaración equivalente que sean declaradas oficialmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Igualmente se encuentran excluidas las asistencias sanitarias o cualquier gasto médico que precise el Asegurado que sea consecuencia, guarde relación o se derive de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), catástrofes naturales o nucleares (con o sin declaración de las mismas), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, o cualquier fenómeno catastrófico extraordinario. Así como los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear, y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas, caídas de cuerpos siderales y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos), o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional".

III. La asistencia sanitaria y todos los gastos médico-quirúrgicos para el tratamiento del alcoholismo crónico, de la adicción a todo tipo de drogas, psicofármacos o sustancias, así como sus complicaciones y secuelas.

IV. La Asistencia sanitaria y todos los gastos médico-quirúrgicos que se derive de lesiones producidas por estado de embriaguez, de riñas o desafíos, intento de suicidio o autolesiones. Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.

V. La Asistencia Sanitaria y todos los gastos médico-quirúrgicos que sea consecuencia de enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia de la persona asegurada. Los ingresos en centros para el tratamiento y/o reeducación de conductas adictivas o adicciones no materiales de cualquier clase. Además, quedan excluidos los tratamientos y la ayuda médica para morir (eutanasia).

VI. La asistencia sanitaria por fiebres hemorrágicas virales, así como sus complicaciones y secuelas.

VII. Los gastos asistenciales derivados de la infección por VIH/SIDA y de las enfermedades causadas por el virus, cuando excedan la cantidad máxima garantizada en las Condiciones Especiales del producto.

VIII. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos consecuencia de enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional o federada de cualquier deporte; de la participación en apuestas, competiciones, y de la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo o cualquier práctica de los denominados deportes de aventura (tales como el toreo, el encierro de reses bravas, el puenting, el barranquismo, la espeleología, el parapente, el uso de quads; de cualquier deporte extremo o peligroso como el buceo, el bobsleigh, el boxeo, las artes marciales, la hípica, la escalada, el hockey, el snowboard, el rugby; de las carreras de vehículos a motor, de actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros; de actividades de navegación en aguas bravas y en cualquier otra circunstancia de riesgo, no consistiendo la enumeración anterior en una lista cerrada). Asimismo, quedan excluidos los entrenamientos de todos ellos, y, cualquier otro deporte, actividad recreativa o de ocio de carácter notoriamente peligroso no detallada en la relación anterior.

IX. El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos, así como la necesidad de pruebas diagnósticas o tratamientos por complicaciones que pudieran estar directa y/o principalmente causadas por haberse sometido a una intervención, infiltración o tratamiento de carácter puramente estético o cosmético. Quedan excluidas las técnicas de lipoinfiltración grasa. Queda excluida la micropigmentación del complejo areola pezón. La cirugía reductora y reconstructora de la mama, salvo después de mastectomía por cáncer de la mama afectada, así como la cirugía de la obesidad y/o bariátrica. La cirugía de cambio de sexo, y del lipoedema o lipedema, así como los tratamientos médicos asociados a ambas; los tratamientos de varices de finalidad estética, y de las asintomáticas (grado C2 o inferior, según clasificación clínica de la CEAP); las curas de adelgazamiento ambulatorias o en régimen de internamiento, y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los capilares. Además de las consecuencias y complicaciones derivadas de todas las exclusiones recogidas en este apartado.

X. La cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía), cirugía de la presbicia, así como los costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos. Terapia fotodinámica en Oftalmología.

XI. Los tratamientos experimentales y las terapias alternativas y complementarias, como acupuntura, naturopatía, homeopatía, fitoterapia, quiromasaje, drenaje linfático, masaje circulatorio, mesoterapia, magnetoterapia, gimnasia, osteopatía, hidroterapia, piscinoterapia, partos alternativos (en el domicilio, acuáticos, etc.), la organometría, oxigenoterapia trifásica, presoterapia, ozonoterapia, ortóptica, modalidades de fototerapia y sus indicaciones y otras prestaciones similares, así como las especialidades médicas o del ámbito sanitario no incluidas expresamente en las Condiciones Especiales de la póliza o no reconocidas oficialmente. Además,

queda excluida la cirugía profiláctica o de reducción del riesgo de cualquier tipo de cáncer, y los tratamientos médicoquirúrgicos mediante técnicas de radiofrecuencia. La medicina regenerativa y genómica (Incluye técnicas de regeneración tisular, celular o molecular, los implantes o trasplantes de células madre y la ingeniería de tejidos) y los tratamientos con plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento. En todo caso VITAL SEGURO se reserva la facultad de reclamar al asegurado el recobro de los gastos de asistencia que haya tenido que abonar al sistema sanitario público, por la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria prestada.

XII. Quedan excluidos de forma expresa los procedimientos cardiacos transcatéter (con abordaje transfemoral, transaxilar y transapical) para implantación de la válvula aórtica (TAVI), mitral (TMVI), pulmonar (TPVI), tricúspide (TTVI), y el cierre de la orejuela auricular izquierda vía trans-septal, epicárdica e híbrida, así como el material quirúrgico y/o protésico asociado a estas intervenciones.

XIII. Quedan excluidos los servicios de telemedicina en cualquier modalidad asistencial no indicada expresamente en las Condiciones Especiales del producto.

XIV. La alta tecnología médica diagnóstica y/o terapéutica, el tratamiento de la roncopatía o apnea obstructiva del sueño, así como CPAP, BIPAP, los monitores de apnea, tratamientos farmacológicos y concentradores de oxígeno portátiles, así como los tratamientos o modalidades tanto de radiofrecuencia como de radioterapia salvo los supuestos expresamente incluidos en las Condiciones Especiales del producto.

XV. Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, centros spa, asilos, residencias asistidas, geriátricos, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso, el tratamiento de las adicciones, la neurorrehabilitación y los tratamientos dietéticos. Los tratamientos y/o internamientos para curas de reposo o de adelgazamiento así como en centros de cuidados medios, paliativos o de larga estancia. Las estancias y los tratamientos o permanencias en balnearios, así como cualquier hospitalización en la que concurran circunstancias de tipo social o familiar y la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.

XVI. La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario en procesos psiquiátricos crónicos. La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario para la realización de test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, sofrología, tratamiento para la narcolepsia y rehabilitación psicosocial o neuropsicológica en procesos psiquiátricos agudos. salvo en los supuestos descritos en las Condiciones Especiales del producto.

XVII. Queda excluida además la asistencia sanitaria en centros privados no concertados, y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España y/o dependientes de las comunidades.

XVIII. Las nuevas técnicas complementarias de diagnóstico, quirúrgicas o terapéuticas que aparezcan en el espectro asistencial de la medicina y todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y coste-efectividad no estén científicamente contrastadas y/o no hayan sido ratificadas por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, o se hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. En todo caso aquellas pruebas o técnicas que prueben su eficacia podrán ser incorporadas a la cobertura de la póliza mediante Suplementos en las Condiciones Especiales con la correspondiente revisión de la prima.

XIX. Todo tipo de prótesis internas, material implantable y piezas anatómicas funcionales y ortopédicas, material de osteosíntesis y lentes intraoculares. Así como prótesis externas, órtesis, material ortopédico y fijadores internos y externos salvo los casos incluidos expresamente en las Condiciones Especiales del producto y con el coste límite por intervención especificado en la póliza, siendo imprescindible que la compra de las mismas sea gestionada a través de la Organización Asistencial determinada por VITAL SEGURO. Se excluyen además el corazón artificial, los implantes de columna, los implantes valvulares transcatéter, y el dispositivo sanitario de cierre de la orejuela auricular izquierda, así como los implantes de biomateriales

y/o materiales biológicos, sintéticos, y el uso de los descritos en las Condiciones Especiales en otras indicaciones que no sean las señaladas.

XX. Las órtesis, miembros u órganos artificiales y, en general, cualquier material ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, el coste de las gafas, lentillas y/o prótesis auditivas, monitorizaciones, así como los gastos de mantenimiento y reparación de los mismos y en general cualquier producto o asistencia utilizados con fines sociales. La digitalización del estudio biomecánico de la marcha y la fabricación de las plantillas personalizadas. Los productos farmacéuticos, autovacunas y jeringuillas, así como el D.I.U.

XXI. La odontología endodóncica, periodóncica y ortodóncica, los selladores de fisuras y las obturaciones o empastes, las reconstrucciones, las prótesis dentales, las apicectomías, la implantología, la cirugía ortognática, ortoqueratología y la estética dental, así como los medios de diagnóstico necesarios para realizar estos tratamientos.

XXII. La radiocirugía, y los radiofármacos con isótopos radiactivos no autorizados por la EMA (Agencia Europea del Medicamento) y/o no recomendados por la guía clínica NICE. Queda excluída igualmente la braquiterapia, la radioterapia de intensidad modulada y la radioterapia o radiocirugía estereotáctica extracraneal o adaptada a la respiración. Queda excluida expresamente la radioterapia mediante protones (protonterapia) o neutrones (neutronterapia).

XXIII. La medicina regenerativa, la biológica, la inmunoterapia, las terapias celulares y/o genéticas, las terapias biológicas, y con antivirales de acción directa, así como las aplicaciones de todas ellas. Además quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso compasivo, con medicamentos huérfanos, y los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados. Así como la medicación en tratamientos oncológicos en régimen ambulatorio u hospitalario salvo los casos incluidos expresamente en las condiciones especiales del producto.

XXIV. Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como para tratamientos de fisioterapia y rehabilitación, así como los gastos de desplazamiento originados para asistir a centros médicos y hospitales fuera de la localidad de residencia del Asegurado.

XXV. La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos de carácter general, el coste de las vacunas y de los extractos en procesos alérgicos. Así mismo quedan excluidos los Análisis y otras exploraciones que se precisen para la expedición de certificados, emisión de informes y de cualquier tipo de documento médico que no tenga una clara función asistencial, así como la medicina deportiva. La planificación familiar, las prescripciones y actos quirúrgicos anticonceptivos con sus consecuencias salvo los casos incluidos expresamente en las condiciones especiales del producto.

XXVI. La interrupción voluntaria del embarazo, las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción y la reducción embrionaria instrumental selectiva en cualquier supuesto, la cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas, así como el tratamiento de la esterilidad, las técnicas de lavado seminal y las de reproducción asistida de cualquier clase. El estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia y de la disfunción erectil. Queda excluida la cirugía fetal.

XXVII. La cirugía robótica directa o asistida (maniobras quirúrgicas que realiza un robot siguiendo las instrucciones de un cirujano y guiado por un sistema laparoscópico telerrobotizado, y/o la que realiza el robot asistido por un sistema informatizado de realidad virtual o navegador con imágenes en 3D obtenidas por ordenador) en todas las especialidades. Cualquier técnica quirúrgica guiada por imágenes o asistida por un ordenador o navegador virtual (neuronavegador, neuroestimulador,...) y el sistema Carto salvo los casos incluidos expresamente en las Condiciones Especiales del producto.

XXVIII. En psiquiatría y psicología clínica, las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, el psicoanálisis, la hipnosis o narcolepsia, la sofrología, la estimulación precoz, la estimulación magnética transcraneal repetitiva, las curas de reposo o sueño, y todas las derivadas de similares prestaciones. Asi-

mismo, la terapia educativa, la psicoterapia de grupo o pareja, los test psicológicos y psicométricos, la evaluación y/o rehabilitación psicosocial o neuropsicológica, la terapia ocupacional, cognitivo-conductual, y de los trastornos de la comunicación oral y escrita, o del desarrollo de diverso origen. En los casos de Psicología clínica se excluyen los supuestos no descritos en las Condiciones Especiales del producto y con las limitaciones marcadas en las mismas.

XXIX. La logopedia y la foniatría para la recuperación de los trastornos del habla, la fonación y el lenguaje, causados por alteraciones anatómicas o neurológicas congénitas y psicomotrices de diverso origen, salvo los casos incluidos expresamente en las Condiciones Especiales del producto.

XXX. Los tratamientos con Cámara Hiperbárica.

XXXI. La diálisis, la hemodiálisis y el riñón artificial salvo los casos incluidos expresamente en las condiciones especiales del producto

XXXII. Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia de la persona acompañante en clínica, servicio privado de enfermería, habitaciones tipo suites y similares, la cama del acompañante en los ingresos del paciente en unidades especiales, los gastos por viaje y desplazamientos, así como otros servicios no imprescindibles para la asistencia hospitalaria salvo los casos incluidos expresamente en las Condiciones Especiales del producto. Quedan igualmente excluidos los gastos consecuencia de revisiones o tratamientos preventivos.

XXXIII. El trasplante de órganos, tejidos, células, componentes celulares y precursores hematopoyéticos. El coste del órgano. Injerto o célula. Los Autotrasplantes, los injertos y los autoinjertos. Los huesos, tendones y ligamentos provenientes de banco de huesos o tejidos y los implantes constituidos por hueso natural. Además, en los trasplantes, se excluirán los gastos de extracción, transporte y conservación del órgano.

XXXIV. Los productos farmacéuticos, medicamentos, productos sanitarios y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo los que se consuman por el asegurado durante su internamiento (un mínimo de 24 horas) en un centro hospitalario o que deriven de una intervención quirúrgica que no precise de internamiento hospitalario. En cualquier caso, quedan también expresamente excluidos los medicamentos biológicos o biomateriales medicamentosos, aunque se administren durante el internamiento hospitalario. La quimioterapia oncológica sólo cubrirá los gastos de los medicamentos específicamente citostáticos definidos y detallados en las condiciones Especiales del Producto. Se excluye expresamente de este concepto la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal e intraabdominal, la terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos y/o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación. Se excluye igualmente los medicamentos de terapia avanzada que comprenden los medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular de cualquier tipo) y tejidos (ingeniería tisular). Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales incluyendo los que están en ensayo clínico en todas sus fases o grados. Así mismo quedan excluidos de la cobertura la medicación complementaria a tratamientos quimioterápicos.

XXXV. 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. La rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de diverso origen, en enfermedades o lesiones crónicas del aparato locomotor, y por disfunción del suelo pélvico. Queda excluida la estimulación precoz.

XXXVI. Cualquier estudio genético. Las pruebas de detección precoz de enfermedades congénitas. Las determinaciones del mapa genético. El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos de riesgo con finalidad predictiva o preventiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica comparada, y las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de los resultados, así como cualquier otra técnica genética o de biología molecular. Las pruebas de laboratorio de determinaciones inmunológicas y/o genéticas con finalidad predictiva, preventiva, pronós-

tica o que no tengan repercusión terapéutica y las pruebas diagnósticas con fines cosméticos.

XXXV. Cualquier asistencia sanitaria no incluida o expresamente excluida en la descripción de cobertura de las Condiciones Especiales del Producto o la póliza así como cualquier complicación y/o secuelas derivadas de actos médicos no cubiertos por estas Condiciones Generales, así como todos los gastos relacionados con procedimientos sin cobertura. La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el seguro del automóvil de suscripción obligatoria.

XXXVI. En tratamientos de próstata, láser verde, láser de holmio y de tulio, cualquier otro tipo de láser que se pueda utilizar para este tratamiento salvo los casos incluidos expresamente en las condiciones especiales del producto.

XXXVII. La póliza no cubre la asistencia sanitaria y/o los gastos correspondientes a la atención a recién nacidos, salvo que se incluyan en la póliza.

3. Plazo de carencia.

I. 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 las distintas coberturas específicas que pueden ser objeto de contratación se relacionan en el siguiente cuadro general de plazos de carencia:

- Urgencias y urgencia vital: Derechos inmediatos.
- Visitas asistencia médica primaria y especializada: Derechos inmediatos.
- Pruebas de diagnóstico y Actos terapéuticos: 6 meses.
- Hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas (En el concepto de intervención quirúrgica se incluyen los tratamientos de ablación y cirugía endoscópica avanzada mínimamente invasiva incluidos): 8 meses.
- Tratamientos y servicios especiales: 6 meses.
- Otros servicios y prestaciones: 6 meses.

Podrán establecerse períodos de carencia distintos para determinadas prestaciones, en cuyo caso quedarán especificadas en la descripción de las mismas, así como para las prestaciones complementarias de nueva cobertura que se vayan incluyendo en Condiciones Particulares.

II. 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 éste la Entidad pondrá a disposición del futuro Asegurado los servicios correspondientes, si bien los gastos que se deriven del mismo serán a cargo exclusivo de quien los utilice.

III. El período de carencia para asistencia a partos será de 8 meses completos entendiéndose como no cubiertos tanto el seguimiento del embarazo como la asistencia al parto, 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.

IV. No serán de aplicación los plazos de carencia establecidos en el supuesto que el Asegurado deba acudir como consecuencia de una urgencia o un accidente. Entendiendo por urgencia en este caso aquella asistencia (de carácter médico o sanitario), que de no prestarse de forma inmediata e inaplazable podría poner en peligro la vida del paciente o su integridad física o causar un menoscabo grave permanente en su salud

III. Siniestros.

4. Normas para prestar y requerir los servicios.

VITAL SEGURO entregará la tarjeta sanitaria, de uso personal e intransferible, a la persona tomadora del seguro como elemento identificativo de cada beneficiario.

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en las localidades donde el Asegurador tenga establecido Cuadro Facultativo bien propio, o a través de Centros asociados.

Además facilitará a través de su web la información para acceder a la Guía Médica con el detalle de los servicios concertados –profesionales sanitarios, centros diagnósticos, centros hospitalarios, servicios de urgencia y servicios complementarios– así como sus direcciones y horarios de consulta. La persona asegurada podrá consultar el listado de las clínicas y profesionales de la red concertada así como solicitar un ejemplar impreso del mismo en las oficinas.

VITAL SEGURO podrá modificar la relación de profesionales de la Guía Médica en función de las necesidades y cambios en el mercado, añadiendo nuevos centros y profesionales, y dando de baja algunos de los existentes. La información actualizada del cuadro médico concertado en cada momento puede consultarla a través de todos los medios que VITAL SEGURO pone a disposición de los Tomadores y Asegurados de sus pólizas.

VITAL SEGURO podrá establecer una participación del Asegurado en el coste de los servicios que se determinará, en su caso, en las Condiciones Particulares de la póliza en función de la modalidad que el Tomador haya contratado. La cantidad a abonar por cada servicio se establece en la "Tabla de copagos y franquicias" de las condiciones particulares y/o especiales de la póliza.

Para las modalidades que tengan contratados servicios domiciliarios, las visitas a domicilio 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 visita.

Las prestaciones sanitarias a las que da derecho esta póliza pueden ser de libre acceso o precisar autorización previa de VITAL SEGURO:

- Con carácter general, son de libre acceso las consultas de asistencia primaria y de las especialidades médicas o quirúrgicas, las pruebas diagnósticas básicas y las consultas de urgencia.
- Requieren autorización los ingresos hospitalarios, intervenciones quirúrgicas, prótesis e implantes quirúrgicos, sesiones de psicoterapia, la cirugía podológica, programas o chequeos preventivos, traslados en ambulancia, los tratamientos médicos y las pruebas diagnósticas complejas que le corresponda según la modalidad de seguro contratada. La autorización se emitirá según la modalidad de seguro contratada y tras las oportunas comprobaciones administrativas, salvo que entendiese que se trata de una prestación no cubierta por la póliza.

Para emitir las autorizaciones, tramitar los siniestros, informar sobre servicios adicionales y/o gestionar planes de prevención y promoción de la salud, VITAL SEGURO está autorizada a recabar información médica relacionada con las prescripciones, directamente del facultativo y/o centro sanitario, o podrá solicitar al asegurado un informe médico adicional en el que consten los antecedentes, los factores de riesgo, el diagnóstico y la necesidad de tratamiento.

VITAL SEGURO no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos al mismo. En todos los casos se entiende que los Medios de diagnóstico, y Tratamientos especiales han sido prescritos por facultativos del Asegurador. VITAL SEGURO tampoco se responsabiliza de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros públicos o privados no concertados por VITAL SEGURO y que no están incluidos en la Guía Medica, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos.

Las prótesis de cualquier clase, así como las piezas anatómicas y ortopédicas, serán de cuenta del Asegurado salvo que se especifique su inclusión explícita en las Condiciones Especiales de la Póliza contratada.

La hospitalización o prestación de un servicio asistencial deberá ser prescrita por escrito por un facultativo del Asegurador y el Asegurado deberá obtener su autorización en las oficinas de la entidad. Una vez otorgada, ésta vinculará económicamente al Asegurador, en tanto el Asegurado permanezca internado, recibiendo tratamiento médico, en un centro hospitalario.

En los casos de urgencia, será suficiente, a estos efectos la orden del facultativo de VITAL SEGURO pero el Asegurado deberá obtener la confirmación de VITAL SEGURO dentro de las 72 horas siguientes al ingreso. VITAL SEGURO quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del facultativo, en caso de entender que la póliza no cubre el acto o la hospitalización. Se entenderá por urgencia en este caso aquella asistencia (de carácter médico o sanitario), que de no prestarse de forma inmediata e inaplazable podría poner en peligro la vida del paciente o su integridad física o causar un menoscabo grave permanente en su salud

En los casos de intervención quirúrgica sometidos a período de carencia, el requerimiento posterior de internamiento en U.V.I. no queda cubierto, salvo que quede garantizado como prestación complementaria.

La permanencia en clínica de un enfermo estará condicionada al criterio exclusivo del médico de la Lista de facultativos de VITAL SEGURO quien podrá indicar y/o continuar el tratamiento en el domicilio del Asegurado según su criterio profesional.

Para acreditar ante cualquier facultativo o centro de la Guía Médica de VITAL SEGURO que le corresponda su condición de asegurado deberá presentar la tarjeta de VITAL SEGURO. Igualmente, el Asegurado estará obligado deberá exhibir su acreditación como tal y el D.N.I., así como el último recibo de prima satisfecho, cuyo período debe estar vigente, si fuese requerido por el personal sanitario o auxiliar.

Los hijos recién nacidos de Asegurada quedarán incluidos, con todos sus derechos y obligaciones en la póliza, 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 a la madre. De ser excluido, el recién nacido no tendrá derecho a ninguna prestación.

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. El Asegurador se obliga a emitir el correspondiente suplemento, **siempre y cuando tenga organizados los servicios en el lugar del nuevo domicilio del Asegurado.**

Una vez prestado el servicio, VITAL SEGURO podrá ejercer los derechos y acciones que, debido al siniestro causado, correspondan al asegurado frente a los terceros que civil o penalmente, puedan ser responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización pagada.

El asegurado está obligado a suscribir a favor de VITAL SEGURO los documentos necesarios para facilitar la subrogación.

IV. Normas legales.

5. Disposiciones generales.

Son de aplicación a esta póliza las disposiciones de la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, expuestas seguidamente con la cita, cuando corresponda, del articulado de dicho texto legal.

5.1. 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).

5.2. Declaraciones.

El Tomador del Seguro debe declarar, antes de contratar la póliza y en base al 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 sometiéndoselo, 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 de la prestación por siniestro (artículo 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 hubiera 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 del Seguro 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).

5.3. Pérdida 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 (artículo 12 de la Ley).
c) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato).
d) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley del Contrato).

5.4. 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 como plazo de gracia 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 del Seguro 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, aquél 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.

El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

5.5. 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, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro (artículos 16 y 17 de la Ley).

5.6. 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 éste (Ley 26/2006, de 17 de Julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados).

5.7. Atención al Asegurado: Instancias de Quejas o Reclamaciones.

En caso de cualquier queja o reclamación los Tomadores del Seguro, Asegurados, Beneficiarios, Terceros Perjudicados o Causahabientes de cualquiera de los anteriores deberán dirigirse para su resolución al:

a) Servicio de Atención al Cliente mediante «Hoja de Quejas y Reclamaciones» disponibles en las oficinas de la Entidad o a la dirección de correo electrónico atencioncliente@vitalseguro.com, quien acusará recibo por escrito y resolverá en el plazo establecido legalmente.
b) Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid, o por vía telemática en la página web www.dgsfp.mineco.es, siempre y cuando hubieran transcurrido dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación sin que haya sido resuelta por el Servicio de Atención al Cliente, o haya sido denegada la admisión de la reclamación, o siendo admitida, se hubiera producido la desestimación de la petición.
c) Dirección General de Recursos Sanitarios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña en materia Sanitaria.

5.8. Protección del asegurado.

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 la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (B.O.E. del 7 de Diciembre de 2018).

5.9. 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 éste 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 un mes a la conclusión del período de seguro en curso, y de dos meses cuando quien se opone a la prórroga es el asegurador (artículos 8 y 22 de la Ley).

El Asegurador no podrá oponerse a la prórroga del contrato después del tercer vencimiento anual.

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

5.10. 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 (artículo 4 de la Ley).

5.11. 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.

5.12. Arbitraje.

Para la decisión de todas las cuestiones litigiosas derivadas del presente Contrato las partes podrán someterse al arbitraje institucional alternativo, bien sea de la Junta Arbitral de Consumo, o bien del Tribunal Arbitral de Barcelona encomendando al mismo la designación de árbitros y administración del arbitraje, y obligarse a cumplir la decisión arbitral.

6. Disposiciones específicas a los riesgos sobre las personas.

6.1. Prescripción.

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

6.2. 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).

7. Actualización anual de primas y prestaciones.

El Asegurador podrá modificar anualmente las primas, bien sea por actualización de las mismas, o por modificación de las prestaciones garantizadas, en consideración a lo dispuesto en la Ley 20/2015, del 14 de Julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y siempre en base a los cálculos técnico-actuariales realizados que tomarán en consideración las variaciones de los costes asistenciales de los servicios y las innovaciones tecnológicas de los mismos.

Cada vez que se modifiquen las prestaciones garantizadas por la póliza, el Asegurador emitirá el correspondiente Suplemento en el que se especificarán las variaciones de cobertura, suponiendo el pago de la nueva prima la aceptación de las mismas.

V. Cláusula adicional.

El Tomador del Seguro declara conocer todas las Condiciones Generales y Particulares que forman parte de esta Póliza y expresamente acepta todas aquellas normas y apartados limitativos de sus derechos contenidos en los artículos de las Condiciones Generales: Primero, Segundo, Tercero, Cuarto y Séptimo cuyo contenido figura debidamente destacado en letra negrilla.

El Tomador del Seguro reconoce asimismo haber recibido por escrito del Asegurador toda la información que para un contrato de seguro de asistencia sanitaria se establece en los artículos 122 y 126 del vigente Reglamento y que constan en la presente póliza.