

Asistencia Sanitaria Bucodental

*Reglamento de
Prestaciones*

Reglamento de Prestaciones

1. CLÁUSULA PRELIMINAR

Este contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre de 1980) y demás normas que lo complementan, por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean de aplicación y por lo convenido en las condiciones generales, particulares y especiales del contrato. Igualmente al presente contrato le son aplicables el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el reglamento que la desarrolla y demás normas complementarias y por el Real Decreto 1430/2002, de 27 de Diciembre, por el que se aprueba el reglamento de Mutualidades de Previsión Social.

Integran el presente contrato: la solicitud, las condiciones generales, particulares y especiales aparte y los suplementos o apéndices que se emitan al mismo.

El control de la actividad aseguradora de la Asociación Ferroviaria Médico-Farmacéutica (AFEMEFA), mutualidad de previsión social a prima fija corresponde al Reino de España y, en concreto, al Ministerio de Economía y Competitividad a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

2. DEFINICIONES

A los efectos del presente contrato se entiende por:

- **ACCIDENTE:** Toda lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.
- **ASEGURADO/BENEFICIARIO:** Persona física, titular del interés asegurado, con derecho a las prestaciones y coberturas aseguradas.
- **ASEGURADOR:** Entidad aseguradora que asume el riesgo contractualmente pactado. Asociación Ferroviaria Médico-Farmacéutica (AFEMEFA), Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija (en adelante, “entidad aseguradora”, “AFEMEFA”).
- **ASISTENCIA SANITARIA:** Asistencia o prestación médica realizada en consulta o en domicilio por un profesional de la sanidad legalmente habilitado para ello.
- **BAREMO DE FRANQUICIAS BUCODENTALES:** Documento complementario en el que se describen las prestaciones odontológicas incluidas en la cobertura de la póliza y el baremo de franquicias bucodentales establecidas.
- **CIRUGÍA MAXILOFACIAL:** Cirugía propia de los huesos maxilares, mandíbula y huesos de la cara.
- **CUADRO MÉDICO DENTAL:** Guía médica que recoge los centros y médicos concertados para la cobertura de asistencia sanitaria bucodental de la póliza y de entre los que el asegurado puede escoger libremente el que desee.

A título informativo se hace constar que se pueden producir altas y bajas puntualmente entre los médicos y centros contenidos en el mismo. En la página web de la entidad www.afemeфа.com encontrará en todo momento el cuadro médico actualizado.

- **ENFERMEDAD:** Toda alteración de la salud del asegurado contraída durante la vigencia de la póliza, que no sea consecuencia de accidente y cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por médico legalmente habilitado para el ejercicio de su concreta especialidad. Se considera una misma enfermedad todas las lesiones y secuelas derivadas de la misma, así como todas las afecciones

Reglamento de Prestaciones

debidas a las mismas causas o a causas relacionadas. Si una afección se debe a una misma causa que produjo una enfermedad anterior, o a causas relacionadas con ella (incluyendo secuelas y complicaciones derivadas de la anterior enfermedad), la enfermedad será considerada como una continuación de la anterior y no como una enfermedad distinta.

- **ENFERMEDAD, LESIÓN, DEFECTO, ALTERACIÓN, CONDICIÓN 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, bien se manifieste al nacer o sea descubierta más tarde en cualquier periodo de la vida del asegurado.
- **ESTOMATÓLOGO:** Licenciado o doctor en medicina y cirugía especialista en estomatología. Profesional médico especializado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades relacionadas con la cavidad bucal.
- **FRANQUICIA BUCODENTAL:** Importe que el tomador del seguro debe abonar al profesional sanitario o al centro médico por aquellas prestaciones de asistencia sanitaria bucodental no gratuitas que entran dentro de la cobertura. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y especialidades médicas, y su cuantía viene establecida en el baremo de franquicias bucodentales. Asimismo, dicha franquicia es inferior al precio de mercado de las prestaciones y puede ser actualizada anualmente.
- **HOSPITAL, CLÍNICA O CENTRO SANITARIO:** Todo establecimiento, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento, atendido permanentemente por servicios médicos y de enfermería, y provisto de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

No se consideran hospitales, a efectos de esta póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de adicciones e instituciones similares.

- **INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:** Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico y que normalmente requiere la utilización de una sala de operaciones.
- **ODONTÓLOGO:** Licenciado en odontología. Profesional especializado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades relacionadas con la cavidad bucal.
- **PÓLIZA:** Contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, las condiciones generales, las condiciones particulares y las condiciones especiales, si las hubiese, así como los suplementos, anexos o apéndices que se añadan a la misma para completarla o modificarla.
- **PRIMA/CUOTA:** Precio del seguro. El recibo de prima contendrá, además, los impuestos, tributos y recargos legalmente repercutibles.
- **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.
- **SINIESTRO:** Hecho cuyas consecuencias estén cubiertas total o parcialmente cubiertos por alguna de las garantías de la póliza. Se considera un único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.
- **SOLICITUD DE SEGURO:** Formulario en el que el tomador del seguro solicita la inclusión de la/s

Reglamento de Prestaciones

persona/s a asegurar por el contrato y describe el riesgo con todas las circunstancias que conoce y pueden influir en la valoración de dicho riesgo.

- **TARJETA SANITARIA:** Documento, propiedad de la aseguradora, que se entrega a cada asegurado incluido en la póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la póliza.
- **TOMADOR DEL SEGURO:** Persona física o jurídica que juntamente con la aseguradora suscribe este contrato.

3. MODALIDAD Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Por medio del presente contrato, y dentro de los límites y condiciones estipulados en la póliza y mediante el pago de la prima que en cada caso corresponda, AFEMEFA, asume la asistencia médica de enfermedades o lesiones comprendidas en la especialidad de odontología y de la especialidad de estomatología que se encuentren descritos en los servicios de la póliza, siempre que puedan ser prestados por los dentistas que figuran en el cuadro médico dental de la aseguradora de la provincia de contratación de la póliza, cuyas especialidades o exclusividades se especifican en cada caso.

Forma parte de la normativa de uso de este seguro el pago por parte del asegurado de determinadas franquicias que le permitirán acceder a ciertos tratamientos descritos en la presente póliza y de conformidad con el baremo de franquicias bucodentales vigente en el momento de la prestación.

En el presente seguro no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de asistencia sanitaria.

4. DESCRIPCIÓN DE LA COBERTURA

Los servicios y actuaciones sanitarias objeto de cobertura de este seguro son las relacionadas en las presentes condiciones generales, así como en el baremo de franquicias bucodentales establecido en el cuadro médico dental, en el que se especifica el importe correspondiente a la franquicia o servicio cubierto a cargo del asegurado.

Servicios que incluye:

- **Diagnóstico oral:** Examen inicial oral, diagnóstico, presupuesto, exámenes de urgencia, la consulta del profesional y posterior revisión.
- **Radiografías:** Incluida la periapical, oclusal, de aleta, ortopantomografía, telerradiografía, radiografía de ATM, y serie radiográfica periodontal.

Las radiografías han de estar prescritas por un especialista del cuadro médico dental concertado por la entidad aseguradora, en caso contrario, las clínicas radiológicas concertadas en el cuadro médico dental, no tienen obligación de ajustarse al baremo de franquicias bucodentales vigente.

- **Odontología preventiva:** Consistentes en la educación de higiene dental, enseñanza en las técnicas del cepillado, planificación de dieta para el control y prevención de caries, así como la aplicación tópica de flúor con el límite de dos veces al año. Queda incluida una limpieza bucal al año.
- **Cirugía oral ambulatoria:** Se incluye la extracción dental simple, la extracción dental con sutura, extracción de diente retenido en tejido óseo, frenectomía, quistectomía con o sin extracción dental, cirugía menor o de tejidos blandos y cirugía pre-protésica.

Aquellos actos quirúrgicos propios de la medicina maxilofacial solo podrán ser realizados por especialistas incluidos en el cuadro médico dental concertado por la entidad aseguradora y cuando la

Reglamento de Prestaciones

indicación diagnóstica así lo aconseje. Si no fuera así, dichos tratamientos solo los podrá realizar un cirujano maxilofacial y, por tanto, quedan excluidos de cobertura en esta póliza. En cualquier caso, quedan excluidos los gastos hospitalarios y de anestesia.

- **Plan dental infantil:** destinado para cuidar la salud de todos los menores de edad comprendida desde los 0 hasta los 14 años de edad (incluidos). Incluye el diagnóstico oral, las radiografías, la odontología preventiva y la cirugía oral ambulatoria. Con objeto de garantizar una correcta formación y crecimiento de la salud bucodental de los niños se incluye: sellados de puntos y fisuras, obturaciones, reconstrucciones, corona prefabricada de acero inoxidable, recubrimiento pulpar indirecto, pulpotomía, apicoformación (por visita), apertura y drenaje pulpar (curas) y extracción de diente temporal.
- **Servicio de urgencias odontológicas,** para atención de urgencias de etiología dental, este servicio dispone de odontólogo de guardia que puede atender cualquier consulta relacionada con la salud dental. En caso de necesidad de visita presencial, se deriva al asegurado al centro de urgencias más cercano.

Dentro de los servicios cubiertos en asistencia sanitaria hay dos tipos de servicios:

- a) **SIN FRANQUICIA A CARGO DEL ASEGURADOR:** En este tipo de servicios, el asegurado no debe abonar cantidad alguna al odontólogo o estomatólogo.

La asistencia sanitaria se prestará única y exclusivamente por los facultativos y centros médicos que aparecen en el cuadro médico dental correspondiente a la presente póliza, **quedando excluida de la garantía de esta póliza la asistencia prestada fuera de las consultas y centros establecidos.**

Para una mejor identificación, son objeto de cobertura sin franquicia los servicios y actos médicos que se indican como “Servicios incluidos en la cobertura del Seguro” en el baremo de franquicias bucodentales establecido como anexo en el cuadro médico dental.

- b) **CON FRANQUICIA A CARGO DEL ASEGURADO:** Son objeto de cobertura con franquicia los servicios y actos que indican un importe económico en el baremo de franquicias bucodentales establecidos en el cuadro médico dental, cuyo coste será asumido directamente por el asegurado beneficiario.

El precio fijado en dicho baremo por la actuación o tratamiento bucodental deberá abonarse directamente por el asegurado beneficiario en la consulta del odontólogo o estomatólogo.

En el caso de que se produjera alguna modificación en el importe de las franquicias a cargo del asegurado, la aseguradora comunicará a los asegurados, con anterioridad a su entrada en vigor, las nuevas franquicias establecidas para los servicios, siendo el pago de la prima la aceptación de dichos cambios.

Las franquicias de estos servicios vienen indicadas en el baremo de franquicias bucodentales.

La presente cobertura no incluye las prótesis dentales, por lo que el asegurado abonará directamente al facultativo o centro médico dental el importe correspondiente a la prótesis implantada.

5. FORMA DE PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CONCERTADOS

- a) Todos los servicios de la póliza se realizarán de forma ambulatoria (extra-hospitalaria), siendo prestada la asistencia por los facultativos y centros médicos establecidos en el cuadro médico dental de la aseguradora de la provincia de Madrid.

- b) El seguro se basa en la libre elección de los médicos y centros hospitalarios o ambulatorios entre los detallados en el cuadro médico dental de la aseguradora.

Reglamento de Prestaciones

- c) La entidad aseguradora no asume responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria por los actos de dichos profesionales sobre los que la aseguradora no tiene capacidad de control sobre los profesionales, y ello por razón del secreto profesional, de la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad sanitaria.
- d) La entidad aseguradora no se hace responsable:
 - 1. De los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico dental concertado, ni del importe de las actuaciones sanitarias que los mismos puedan prescribir.
 - 2. De los servicios concertados prestados o realizados sin su autorización cuando esta sea necesaria o preceptiva.
- e) Forma parte de la normativa de uso de este seguro el pago por parte del asegurado de unas determinadas franquicias que le permitirán acceder a determinadas prestaciones descritas en la póliza.
- f) El importe de las franquicias podrá ser actualizado por la aseguradora, de conformidad con la descripción de los servicios con franquicia y en la cláusula 4.b de este condicionado general.

6. PLAZO DE CARENCIA

Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asume la entidad aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del contrato de seguro para cada uno de los asegurados.

7. EXCLUSIONES

En cualquier caso, y además de las exclusiones específicas contenidas a lo largo del contrato, quedan excluidos de las coberturas de la póliza:

- a) Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- b) La asistencia sanitaria en lesiones por embriaguez, agresión, riña, intento de suicidio o auto lesiones, así como por enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del asegurado.
- c) La asistencia sanitaria que esté cubierta por un seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales o un seguro obligatorio de vehículos de motor, según sus legislaciones específicas.
- d) La presente póliza no incluye las prótesis dentales, por lo que el asegurado abonará directamente al facultativo o centro médico dental el importe correspondiente a la prótesis implantada.
- e) En aquellos actos quirúrgicos propios de la medicina maxilofacial, solo podrán ser realizados por especialistas incluidos en el cuadro médico general concertado por la aseguradora y cuando la indicación diagnóstica así lo aconseje.
- f) En general, cualesquiera otros servicios odontológicos no incluidos ni contemplados expresamente en las condiciones generales, condiciones particulares y/o especiales de la póliza, si las hubiese, así como apéndices o suplementos que se emitan.

Reglamento de Prestaciones

8. FORMALIZACIÓN Y DURACIÓN DEL SEGURO

8.1. El contrato de seguro y sus modificaciones entran en vigor una vez haya sido perfeccionado el contrato y satisfecho el primer recibo de prima, en el día y hora establecido en las condiciones particulares de la póliza.

8.2. El seguro se estipula por el periodo previsto en las condiciones particulares de la póliza y, salvo pacto en contrario, su duración se ajusta al año natural.

La póliza se prorrogará tácitamente por periodos anuales. Cualquiera de las partes podrá oponerse a esta prórroga mediante notificación escrita dirigida a la otra parte, siempre que se haya efectuado con una antelación mínima de un mes a la fecha de finalización del contrato, de conformidad con lo establecido en el artículo 22 de la Ley de Contrato de Seguro.

8.3. La aseguradora podrá ejercer su derecho de rescisión del contrato en los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del asegurado o de existencia de inexactitud, dolo o culpa en las declaraciones contenidas en la solicitud de seguro, así como en las declaraciones que, durante la vigencia del contrato, puedan ser efectuadas por el tomador y/o asegurado.

8.4. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar de la entidad aseguradora 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.

8.5. Respecto de los asegurados incluidos en la cobertura de la póliza, el contrato de seguro se extingue:

- a) Por fallecimiento.
- b) En el caso de que los asegurados incluidos en la cobertura de la póliza sean los familiares del tomador del seguro, se extingue cuando dejen de convivir con el citado de manera habitual, hecho que deberán comunicar a AFEMEFA. Si dichos familiares contratan esta misma póliza de asistencia sanitaria bucodental dentro del plazo de un mes desde el cese de la convivencia comunicada, AFEMEFA mantendrá los derechos de antigüedad por ellos adquiridos.

9. PAGO DE PRIMAS

9.1. El tomador del seguro, de conformidad con lo establecido en el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, que se realizará mediante domiciliación bancaria, salvo pacto en contrario establecido en las condiciones particulares. El tomador del seguro deberá entregar a AFEMEFA los datos de la cuenta corriente o de ahorros en la que se domiciliarán los recibos del presente seguro y autorizará a la entidad financiera a hacerlos efectivos.

9.2. Asimismo, de conformidad con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, la primera prima o fracción será exigible una vez firmado el contrato. Las sucesivas primas o fracciones se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.

9.3. El tomador del seguro puede solicitar el fraccionamiento de pago de las primas anuales en periodos semestrales, trimestrales, bimestrales o mensuales. En estos casos, se aplicará la bonificación que corresponda. El fraccionamiento de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la prima anual completa, con independencia del momento en que se suscriba la prima anual completa, no pudiendo entenderse, en ningún caso, que la prima ha sido abonada en

Reglamento de Prestaciones

su totalidad si el importe satisfecho no es el correspondiente al de la prima total, sin perjuicio de que la fecha de efectos de la póliza se adapte a la anualidad natural, de conformidad con lo establecido en el apartado 8 de la presente estipulación.

9.4. Si la primera prima o fracción de esta, en su caso, no hubiera sido satisfecha, AFEMEFA se reserva el derecho a resolver el contrato, o a exigir el pago de la misma en vía ejecutiva, con base en la póliza de seguro. En todo caso, si la prima o fracción no ha sido pagada en el momento de producirse el siniestro, el asegurador quedará liberado de su obligación.

9.5. En caso de falta de pago de una de las cuotas o fracciones de primas siguientes, la cobertura quedará suspendida desde el mes siguiente al día de su vencimiento hasta el transcurso de seis meses. De esta manera, el impago de una fracción de la cuota anual llevará aparejada la suspensión de los derechos derivados de la condición de asegurado, permaneciendo en esta situación hasta transcurridos seis meses desde el vencimiento de la fracción de cuota.

El tomador del seguro/asegurado, perderá el derecho al fraccionamiento de la prima que se hubiese pactado, cuando se produzca el impago de cualquiera de los recibos a su vencimiento, produciéndose el vencimiento anticipado y siendo exigible, desde ese mismo momento, la prima total acordada para ese periodo. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.

Si AFEMEFA no reclamase el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido conforme a lo expuesto.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido, conforme a los párrafos anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el tomador pagó su prima. En caso de haberse acordado el pago fraccionado de la prima y de conformidad con lo dispuesto en el párrafo anterior, el pago deberá ser de la totalidad de la prima, no produciendo efectos el abono de una o más fracciones de la misma.

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

9.7. La aseguradora solo queda obligada por los recibos librados por AFEMEFA. El único documento válido para justificar el pago es el recibo emitido por la aseguradora.

No tendrán carácter liberatorio las cantidades pagadas a corredurías, salvo que este solicite del asegurador la emisión del correspondiente recibo.

9.8. La prima se determinará en el momento de entrada en vigor de la póliza, teniendo en consideración el número de asegurados y edad de los mismos. Si la cobertura se contrata una vez iniciado el año natural, la prima será prorrateada por los días y meses que resten hasta el 31 de diciembre. Asimismo, la incorporación o baja de algún asegurado durante la vigencia del seguro producirá automáticamente el re-cálculo de la prima.

9.9. En cada renovación del contrato de seguro, AFEMEFA podrá modificar la prima anual y el coste por acto médico (franquicia) en función de los cálculos técnico-actuariales realizados, basados en las modificaciones de los costes de los servicios asistenciales sanitarios y en las innovaciones médicas que sea necesario incorporar en la póliza.

Se aplicarán las tarifas que AFEMEFA tenga en vigor en la fecha de la renovación, tarifas que podrán variar en función de la edad de la persona asegurada.

Además de lo previsto en este apartado, AFEMEFA podrá establecer grupos de edad para la aplicación de las tarifas de prima. En este caso, si el asegurado cumple durante el año en curso una

Reglamento de Prestaciones

edad comprendida en otro grupo, se aplicará la prima correspondiente al nuevo grupo de edad en la anualidad siguiente.

AFEMEFA no está sujeta a límite alguno en las variaciones anuales de la prima. La prima responderá a los principios de suficiencia, equidad y equilibrio conforme a la normativa reguladora del seguro.

9.10. El tomador del seguro, una vez recibida la comunicación de la variación de la prima con respecto a la anualidad siguiente, podrá optar entre la prórroga del contrato o la extinción del mismo al vencimiento del año en curso.

En caso de optar por la prórroga del contrato se entiende que el tomador del seguro acepta las nuevas condiciones económicas.

En caso de optar por la extinción del contrato al vencimiento del mismo, el tomador del seguro deberá notificar por escrito a la entidad aseguradora su voluntad expresa de dar por finalizada la relación contractual al término de la misma.

10. BASES DEL SEGURO

10.1. El presente contrato de seguro se basa tanto en las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y el asegurado contenidas en la solicitud del seguro, previamente presentado por la aseguradora, como en las declaraciones que, durante la vigencia del contrato, pueden ser efectuadas por aquellos, siendo datos esenciales para la apreciación del riesgo y constituyen base fundamental de la póliza, que solo alcanza, dentro de los límites pactados, los riesgos especificados en la misma.

En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones del tomador del seguro y el asegurado, la aseguradora podrá rescindir la póliza mediante declaración dirigida al tomador del seguro o al asegurado en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de tal reserva o inexactitud. Corresponderán al asegurado, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

En el caso de que sobreviniere el siniestro antes de haberse realizado la declaración de la agravación del riesgo, el asegurador queda liberado de su prestación si el tomador del seguro o el asegurado han actuado con mala fe. Si no media mala fe, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

10.2. Durante la vigencia del contrato, el tomador del seguro y, en su caso, el asegurado deberán comunicar al asegurador las circunstancias que, pueden suponer una modificación o influir en la valoración del riesgo, así como aquellas otras circunstancias contempladas en el mismo que agraven el riesgo, o sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la aseguradora en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

El asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato.

En caso de aceptar el asegurador la agravación del riesgo, el tomador del seguro quedará obligado al pago de la prorrata de la prima correspondiente. Salvo pacto en contrario, hasta el momento en que sea satisfecha dicha prorrata de prima, la cobertura del seguro se extenderá a las circunstancias declaradas.

Reglamento de Prestaciones

Asimismo, el tomador del seguro y, en su caso, el asegurado y/o el beneficiario podrán poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

11. OTRAS OBLIGACIONES Y DERECHOS DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/O ASEGURADO

11.1. El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

- a) Comunicar a la entidad aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio del tomador del seguro y/o del asegurado.
- b) Comunicar a la entidad aseguradora, tan pronto como le sea posible, todas las altas y bajas de asegurados que se produzcan durante la vigencia de la póliza, tomando efecto las altas al día siguiente de la fecha de comunicación efectuada por el tomador y/o asegurado y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.
- c) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento y reducir las consecuencias del siniestro. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la entidad aseguradora u obtener un lucro adicional, liberará a la aseguradora de toda prestación derivada del siniestro.
- d) Otorgar y facilitar la cesión de los derechos o subrogación a favor de la entidad aseguradora que, debido al siniestro causado, puedan corresponder al tomador del seguro y/o asegurado frente a las personas responsables del mismo, por el importe de la prestación sanitaria.

El tomador del seguro y/o asegurado se obligan a suscribir a favor de la entidad aseguradora cuantos documentos sean necesarios para facilitar la subrogación.

- e) Cuando la asistencia prestada al asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la entidad aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El asegurado o, en su caso, el tomador, vendrán obligados a facilitar a la aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.

11.2. Para la utilización de los servicios de asistencia sanitaria cubiertos por la presente póliza, el asegurado deberá presentar la tarjeta entregada por la entidad aseguradora.

La tarjeta de asistencia sanitaria entregada a cada asegurado incluido en la póliza es propiedad única y exclusiva de la aseguradora, siendo su uso personal e intransferible por parte de cada asegurado. El uso indebido de la tarjeta sanitaria puede constituir fraude. En caso de incidencias, pérdida, sustracción, deterioro, extravío o robo, el asegurado deberá comunicarlo a la aseguradora en el plazo máximo de 72 horas.

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

La aseguradora no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

11.3. Asimismo, el tomador del seguro y/o el asegurado se obligan a devolver a la aseguradora, la tarjeta correspondiente al asegurado que hubiere causado baja en la póliza.

Reglamento de Prestaciones

12. OTRAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

12.1. Además de prestar la asistencia médica contratada, la entidad aseguradora entregará al tomador del seguro la póliza misma o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro y demás documentos que haya suscrito el tomador.

12.2. En caso de extravío de la póliza, la aseguradora, a petición del tomador del seguro y en su

12.3. defecto del asegurado, tendrán obligación de expedir copia de la misma, que tendrá igual eficacia que la original. La petición se hará por escrito y el solicitante se compromete a devolver la póliza original a la aseguradora si la misma apareciese.

12.4. La aseguradora entregará también al tomador del seguro la tarjeta de asistencia sanitaria dental personal correspondiente a cada uno de los asegurados incluidos en la póliza y el cuadro médico dental correspondiente a su zona de residencia, con especificación de las direcciones y horarios de los profesionales sanitarios concertados.

La tarjeta sanitaria individual contendrá los siguientes datos: nombre y apellidos del asegurado, año, fecha de antigüedad de la póliza y fecha de caducidad. El cuadro médico dental podrá ser actualizado anualmente por la aseguradora, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran. Será obligación del tomador del seguro y/o asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren de alta en la fecha de solicitud de la asistencia sanitaria. No obstante lo anterior, el tomador del seguro o el asegurado pueden consultar en cualquier momento el cuadro médico dental actualizado que figura en la página web de la entidad aseguradora www.afemeфа.com.

13. PÉRDIDA DE DERECHOS Y RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

13.1. El asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

- a) En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo han comunicado previamente a la entidad aseguradora.
- b) Si en el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima o la primera prima rectificada en caso de modificación, salvo que se pacte expresamente lo contrario.
- c) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del asegurado o del tomador del seguro.

En todo caso, el asegurador podrá rescindir el contrato de seguro en el plazo de un mes a contar desde el momento en que se conociera de forma fehaciente, la reserva o inexactitud del tomador del seguro o asegurado en la declaración del riesgo o agravamiento del riesgo que no se hubiera comunicado.

13.2. Si el tomador del seguro, al solicitar el seguro, hubiere declarado de forma inexacta la fecha de nacimiento de alguno o algunos asegurados, la entidad aseguradora solo podrá rescindir el contrato de seguro si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la póliza, excediere de los límites de admisión establecidos por la aseguradora.

En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta de la fecha de

Reglamento de Prestaciones

nacimiento, la prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el tomador del seguro vendrá obligado a abonar a la entidad aseguradora la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a la aseguradora en concepto de prima y las que, de conformidad con las tarifas aplicables, le hubiere correspondido abonar en concepto de prima, según su verdadera edad.

Si la prima pagada por el tomador del seguro como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento hubiese sido superior a la que debería de haberse abonado, la aseguradora estará obligada a reintegrar al tomador del seguro el importe correspondiente por el exceso percibido de conformidad con las tarifas que resultaran aplicables.

14. COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

14.1. Las comunicaciones a AFEMEFA por parte del tomador del seguro o asegurado se realizarán en el domicilio social o dirección de correo electrónico de la aseguradora que figure en la póliza, pero si se realizan a un agente o a un representante de ella, surtirán los mismos efectos que si estos las hubieran efectuado directamente a esta, conforme dispone el artículo 12 de la Ley de Mediación en Seguros y Reaseguros Privados.

Sin embargo, las comunicaciones efectuadas por el tomador del seguro o asegurado al corredor de seguros, no se entenderán realizadas a la entidad aseguradora.

14.2. Por su parte, las comunicaciones realizadas por AFEMEFA al tomador del seguro o al asegurado se realizarán en el domicilio o dirección de correo electrónico de los mismos recogidos en la póliza, salvo que se hubiera notificado a la entidad aseguradora el cambio de domicilio o dirección de correo electrónico de los mismos.

14.3. Las comunicaciones que haga un corredor de seguros en nombre del tomador del seguro al asegurador, surtirán los mismos efectos que las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de este. En todo caso se precisará el consentimiento expreso y escrito del tomador de seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el vigente.

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

15. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

15.1. En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (en adelante, LOPD), y su desarrollo en el R.D. 1.720/2007, el tomador y los asegurados quedan informados de la incorporación de sus datos personales suministrados voluntariamente en la solicitud de seguro y los que se pudieran obtener del historial clínico y documentación médica que conste en los reconocimientos y tratamientos derivados de la relación aseguradora en virtud de las coberturas garantizadas, así como de todos aquellos datos que nos pudieran facilitar posteriormente durante la vigencia de la relación contractual entre ambas partes, de los derivados de su relación con los profesionales que intervengan en virtud de la relación contractual establecida, de aquellos otros a los que la entidad tenga acceso como consecuencia de la relación aseguradora o resulten de un proceso informático derivado de los ya registrados y los que se obtengan de la actualización de los mismos y mediante grabación de conversaciones telefónicas con motivo del desarrollo de la relación contractual existente entre ambas partes, a los ficheros automatizados y manuales existentes responsabilidad de la Asociación Ferroviaria Médico-Farmacéutica (AFEMEFA), Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija, con las medidas de seguridad establecidas, datos que son necesarios y serán tratados con la finalidad de llevar a cabo el correcto desarrollo, control y

Reglamento de Prestaciones

mantenimiento de la relación y servicio con los tomadores y asegurados, y para la realización y gestión de las prestaciones y servicios contemplados en el contrato de seguro, lo cual incluye el desarrollo, cumplimiento y control de la relación jurídica entre las partes, la gestión administrativa, contable, fiscal, por lo que AFEMEFA queda autorizada para su tratamiento, conservación y registro en los respectivos ficheros.

Asimismo, para el cumplimiento de las garantías contratadas, el tomador y el asegurado autorizan expresamente a AFEMEFA para que sus datos personales, incluidos los de salud, puedan ser comunicados, respectivamente, entre la entidad aseguradora y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas y a aquellas entidades con las que la sociedad aseguradora o su grupo establezca vínculos de colaboración en los supuestos de los servicios señalados en la póliza, autorizando a la misma para que se dirija a dichos profesionales o centros médicos si fuese necesario para la obtención de los indicados datos, los cuales serán tratados con el debido deber de confidencialidad por parte de la entidad aseguradora, incluyendo, sin limitación, los supuestos de coaseguro, reaseguro o cesión de cartera.

15.2 La entidad aseguradora podrá habilitar dispositivos o tabletas de digitalización de firma para la suscripción por parte de los titulares de solicitudes, contratos, declaraciones o documentos de todo tipo cuya suscripción requiere el tratamiento y conservación de los datos biométricos de los titulares obtenidos mediante la digitalización de la firma. La utilización de tales medios por los titulares comportará la aceptación y conservación de sus datos biométricos para tales fines.

Los datos deben ser adecuados, pertinentes y no excesivos para las finalidades expresadas en relación con el contrato de seguro, cuya ley reguladora obliga al asegurado a informar al asegurador de las causas que motivan la prestación para que pueda solicitar de los prestadores de los servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo.

15.3. Igualmente, AFEMEFA informa a los interesados que, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 11.2.c de la LOPD y concordantes de su reglamento de desarrollo, sus datos pueden ser cedidos a los siguientes organismos: jueces y tribunales, en su caso, cuando fuere requerido legalmente para ello; Agencia Española de la Administración Tributaria, para el cumplimiento de las obligaciones fiscales y tributarias; y a cualesquiera otros terceros a quienes, en virtud de la normativa aplicable, sea necesario llevar a cabo la cesión para asegurar el buen desarrollo de la gestión profesional encomendada y, en general, de las finalidades previstas.

15.4. La información remitida respecto a menores de edad se deberá haber obtenido previamente el consentimiento paterno, del tutor o del legal representante.

15.5. El interesado deberá comunicar a AFEMEFA cualquier modificación de sus datos de carácter personal a fin de que la entidad aseguradora pueda mantenerlos debidamente actualizados. En todo caso, se considerarán exactos los datos recogidos y facilitados directamente por el tomador del seguro y/o asegurado.

15.6. Derechos del afectado: La entidad aseguradora informa sobre la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente, pudiendo dirigirse por escrito a AFEMEFA, acompañando copia de su Documento Nacional de Identidad o del pasaporte u otro documento válido identificativo, a la siguiente dirección de correo electrónico: atencionalmutualista@afemefa.com o dirección de correo postal: AFEMEFA, c/ Murcia, 10, 28045 Madrid, con la referencia "Protección de datos personales".

En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos expuestos en el párrafo anterior, no

Reglamento de Prestaciones

podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer la entidad aseguradora de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización y demás fines establecidos en el contrato de seguro.

15.7. El tomador y asegurado autorizan a AFEMEFA para que pueda tratar y mantener, incluso finalizada la relación contractual, los datos personales antes referidos con el fin de elaborar o segmentar perfiles, incluso mediante técnicas automáticas que utilicen datos actuales, históricos o estadísticos, para la valoración del riesgo y presentación de nuevas propuestas o aceptación de nuevas solicitudes.

Asimismo, los titulares autorizan el tratamiento de los datos a los que AFEMEFA tenga acceso como consecuencia de la solicitud o contratación de productos o servicios, para las finalidades de oferta o comunicaciones publicitarias y promocionales y contratación de productos y servicios de la entidad aseguradora, sean de carácter general o adaptadas a su perfil particular y/o características personales, así como para la realización de encuestas de calidad y satisfacción y programas de fidelización de clientes u otros análogos, perdurando su autorización incluso una vez concluida su relación con la entidad aseguradora, en tanto no sea revocada.

En particular, consienten expresamente el envío de comunicaciones publicitarias o promocionales o desarrollo de acciones comerciales sobre productos, servicios, ofertas y novedades pueda ser realizado por medio de correo postal, teléfono, fax, SMA, correo electrónico o a través de otros medios de comunicación electrónica equivalente, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 34/2002, de 11 de julio, de Servicios de la Sociedad de la Información y Comercio Electrónico (LSSICE). Se informa expresamente al interesado de que puede revocar en cualquier momento su consentimiento, de conformidad con lo dispuesto en el apartado "derechos del afectado" reseñado en la presente cláusula.

En caso de que los datos personales se faciliten por persona distinta (tomador del seguro) del titular de los mismos (asegurado), recaerá en aquel la obligación de informar de la existencia del fichero de los datos de carácter personal, de sus derechos recogidos en la presente cláusula así como de recabar el consentimiento de sus titulares para el tratamiento con los fines establecidos en la misma.

15.8. De conformidad con lo establecido en el artículo 25.4 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, AFEMEFA informa de que los datos de carácter personal podrán ser cedidos a ficheros comunes del sector para la liquidación de siniestros y la colaboración estadísticos actuarial con la finalidad de permitir la tarificación y selección de riesgos y la elaboración de estudios de técnica aseguradora, prevención del fraude y otros legalmente establecidos, todo ello de conformidad con lo establecido en la Disposición Adicional Sexta de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

16. OTROS ASPECTOS LEGALES

16.1. Contratación a distancia

Se entiende por contratación a distancia la suscripción de la presente cobertura sin la presencia física de las partes contratantes, utilizando como medios para la misma la vía telefónica, el fax o a través de internet.

Antes de la celebración del contrato de seguro a distancia, AFEMEFA pondrá a disposición del tomador del seguro la información requerida al respecto por la Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre

Reglamento de Prestaciones

Comercialización a Distancia así como la prevista en el artículo 60 del Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

El tomador del seguro tiene derecho a desistir del contrato de seguro realizado a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, dentro del plazo de 14 días a contar desde la fecha en que se le comunique que el contrato se ha celebrado o desde la recepción de la información contractual (póliza) si esta recepción fuera posterior.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento deberá comunicarlo a AFEMEFA dentro del plazo anteriormente establecido, por un procedimiento que permita dejar constancia de la voluntad de desistir. En cualquier caso, se considerará que la notificación ha sido realizada dentro de plazo si se efectúa en papel u otro soporte duradero, disponible y accesible a la aseguradora y se remite antes de expirar el plazo.

El tomador del seguro que ejerza su derecho al desistimiento está obligado al pago de la parte proporcional de la prima correspondiente al periodo durante el cual el contrato de seguro ha estado en vigor.

16.2. Grabación conversaciones telefónicas

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado autoriza a AFEMEFA para que, si la aseguradora lo considera necesario y con el objeto de prestar un mejor servicio a los asegurados, pueda proceder a la grabación de las conversaciones telefónicas que se mantengan en relación a las coberturas de la presente póliza. Asimismo, autorizan expresamente a que estas grabaciones puedan ser utilizadas en los procesos de control interno y, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes. En todo caso, la aseguradora queda obligada a preservar la confidencialidad de las conversaciones mantenidas.

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado puede solicitar copia escrita del contenido de las citadas grabaciones.

16.3. Atención al Mutualista, quejas y reclamaciones

AFEMEFA, de conformidad con la legislación vigente (ORDEN ECO 734/2004, de 11 de marzo) dispone de un departamento de Atención al Mutualista al que pueden dirigirse los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de los anteriores para presentar sus quejas y reclamaciones.

A tal fin existe a su disposición en las oficinas un ejemplar del reglamento del departamento para la formulación de las mismas.

Las consultas, quejas o/y reclamaciones, que deberán formalizarse por escrito, habrán de dirigirse al departamento de Atención al Mutualista por cualquiera de los siguientes medios:

- a) Personalmente, mediante su entrega en cualquiera de las oficinas de AFEMEFA.
- b) Por correo postal remitido a la oficina central, c/ Murcia, 10, Bajo B, 28045 Madrid.
- c) Por correo electrónico a la dirección: atencionalmutualista@afemefa.com

El departamento de Atención al Mutualista acusará recibo por escrito de las mismas y resolverá de forma motivada en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de entrada de la queja o reclamación ante el citado departamento.

Asimismo, los interesados podrán interponer reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones

Reglamento de Prestaciones

de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 Madrid. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación o queja ante el departamento de Atención al Asegurado sin que este hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

A los efectos oportunos, se indica a los interesados que el funcionamiento del departamento de Atención al Mutualista, aparte de lo recogido en su propio reglamento, se encuentra regulado en las siguientes normas legales:

- Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y normales ulteriores modificadoras de la misma.
- Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, sobre los Departamentos y Servicios de Atención al Cliente y el Defensor del Cliente de las Entidades Financieras.
- Orden ECC 2.502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones de Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Asimismo, se regirá por cuantas normas legales ulteriores modificadoras de las mismas y disposiciones reglamentarias de desarrollo se promulguen, y en lo que dichas disposiciones encomiendan a la autonomía de la voluntad se estará a lo que se disponga en el reglamento de funcionamiento del propio departamento.

Sin perjuicio de las anteriores actuaciones, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

16.4. Prescripción

Las acciones que se deriven del presente contrato de seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse, conforme dispone el artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguro.

16.5. Recargos e impuestos

Los impuestos y recargos legalmente repercutibles correrán a cargo del tomador del seguro y/o asegurado.

17. APROBACION Y ENTRADA EN VIGOR

El presente Reglamento de Prestaciones de la Póliza de Salud, que vincula a todos los Mutualistas y beneficiarios, presentes y futuros, adscritos a la Asociación Ferroviaria Médico-Farmacéutica de Previsión Social, excepto a los pertenecientes a la Zona de Valladolid, ha sido aprobado en la Asamblea General de Mutualistas celebrada el día 26 de junio de 2015.

Suplemento a la Póliza

Y, en prueba de conformidad con todo lo que antecede, firman el presente documento, por duplicado y a un solo efecto, en Madrid a de de

Reglamento de Prestaciones

Atención al Cliente 24 h

91 528 02 03

afemefa@afemefa.com
c/ Murcia, 10, 28045 Madrid

www.afemefa.com