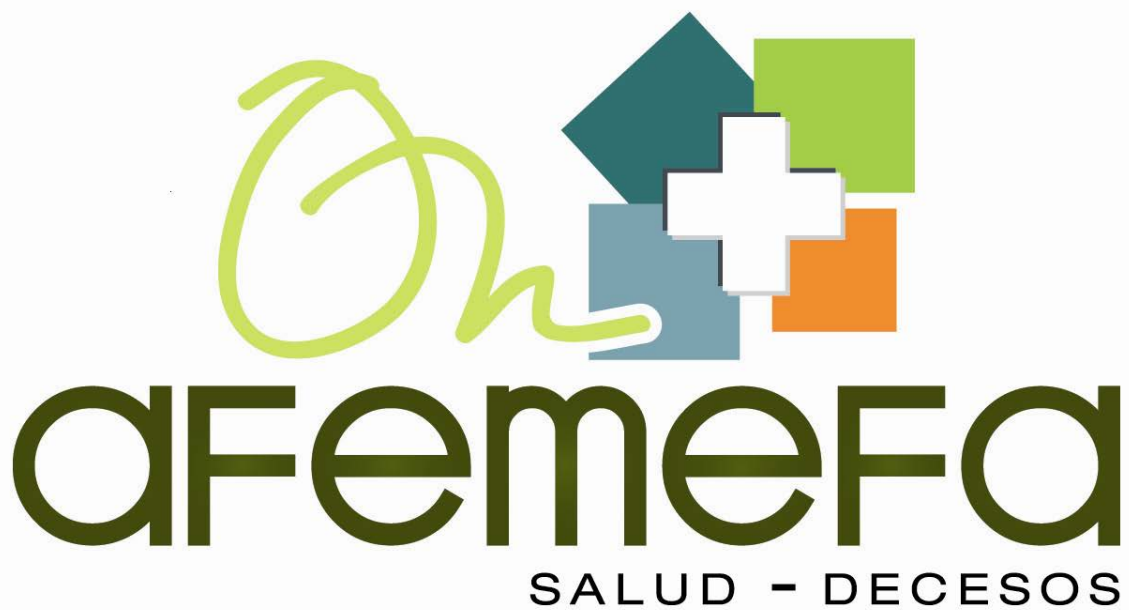


Salud JOVEN Especialistas

VALLADOLID



www.afemefa.com





1. 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 la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, el reglamento que la desarrolla y demás normas complementarias.

Integran el presente contrato: la solicitud, la declaración de estado de salud, el Reglamento de Prestaciones, las condiciones particulares y especiales; además, las cláusulas limitativas y los suplementos o apéndices que se emitan al mismo.

El control de la actividad aseguradora de la Asociación Ferroviaria Médico-Farmacéutica de Previsión social (AFEMEFA), mutualidad de previsión social a prima fija, con domicilio social en Madrid, calle Murcia número 10, 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 efectos de este contrato se entiende por:

- **ACCIDENTE:** lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza y que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.
- **ACCIDENTE PREEXISTENTE:** lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado, acontecido antes de la fecha de incorporación del asegurado a la póliza aunque sus síntomas o secuelas se manifiesten con posterioridad.
- **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 de Previsión Social, en adelante AFEMEFA (en adelante, "entidad aseguradora", "AFEMEFA").
- **ASISTENCIA MÉDICA HOSPITALARIA:** asistencia hospitalaria u hospitalización, es la que se presta en un centro hospitalario en régimen de internamiento durante un mínimo de 24 horas, para el tratamiento médico o quirúrgico del asegurado.
- **ASISTENCIA AL RECIÉN NACIDO O NEONATAL:** todo proceso hospitalario médico o quirúrgico que afecta a un recién nacido durante sus primeros 30 días de vida.
- **ASISTENCIA SANITARIA:** asistencia o prestación médica realizada en consulta o en domicilio por un profesional de la sanidad legalmente habilitado para ello.
- **ATS/DUE:** Asistente Técnico Sanitario o Diplomado Universitario en Enfermería. Profesionales legalmente capacitados y habilitados para desarrollar la actividad de enfermería.
- **BAREMO DE FRANQUICIAS BUCODENTALES:** documento complementario en el que se describen las prestaciones odontológicas incluidas en la cobertura de la póliza y las franquicias establecidas.
- **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.
- **CONDICIONES PARTICULARES:** documento integrante de la póliza de seguro en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.
- **CUADRO MÉDICO:** guía médica que recoge los centros y médicos concertados para la cobertura de asistencia sanitaria 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.
- **CUESTIONARIO o DECLARACIÓN DE ESTADO DE SALUD:** cuestionario facilitado al tomador del seguro y al asegurado, que forma parte del contrato y cuyo objeto es determinar el estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro. Dicho formulario se realiza al amparo de lo establecido en el artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro y las reservas o declaraciones inexactas podrían producir la exoneración de las obligaciones de la entidad aseguradora.
- **ENFERMEDAD:** 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 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 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 O DEFORMACIÓN CONGÉNITA:** aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta

más tarde, en cualquier periodo de la vida del asegurado.

- **ENFERMEDAD GRAVE:** proceso patológico, que modifica de forma importante el estado de salud, requiriendo medidas excepcionales diagnósticas o terapéuticas y/o cuyo pronóstico vital esté gravemente comprometido.
- **ENFERMEDAD PREEXISTENTE:** enfermedad, defecto físico o patología que ya ha sido diagnosticada, tratada o ha dado lugar a consulta médica, o cuyos síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de la póliza e incorporación del afectado como asegurado en la misma. Todos los procesos patológicos en curso anteriores a la fecha de efectos del contrato y las consecuencias de los mismos se excluyen de cobertura y no serán aceptados con cargo a la póliza.
- **HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS:** honorarios profesionales derivados de la intervención quirúrgica y/o ingreso médico-hospitalario.
- **HOSPITAL:** todo establecimiento autorizado legalmente para el tratamiento médico-quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento, atendido permanentemente por un médico, y solo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionados.

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.

- **HOSPITALIZACIÓN:** ingreso hospitalario del asegurado, en su condición de paciente, en un centro sanitario, clínica u hospital durante un periodo superior a 24 horas para recibir tratamiento médico o quirúrgico.
- **HOSPITALIZACIÓN DE CARÁCTER SOCIO FAMILIAR:** es la asistencia no derivada de patologías médicas objetivas y, por tanto, no susceptibles de ingreso en un centro hospitalario.
- **IMPLANTE:** producto sanitario diseñado para ser insertado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica o técnica especial, con finalidad bien diagnóstica, bien terapéutica y/o estética, destinado a permanecer allí después de la intervención.
- **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.
- **MÉDICO:** profesional legalmente habilitado para ejercer la Medicina.
- **MÉDICO ESPECIALISTA:** médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.
- **PLAZO O PERIODO DE CARENCIA:** periodo de tiempo, contado a partir de la fecha de alta del asegurado en la póliza, durante el cual no entran en vigor las garantías de la póliza.

Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los asegurados incluidos en ella.

- **PLAZO O PERIODO DE INDISPUTABILIDAD:** intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los asegurados incluidos en ella, durante el cual el asegurador puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el contrato de seguro alegando la existencia de enfermedades anteriores del asegurado y que este no declaró en la declaración o cuestionario de estado de salud. Transcurrido dicho plazo el rechazo del asegurador deberá fundarse en la existencia de una ocultación dolosa o culpable del asegurado.
- **PÓLIZA:** contrato de seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, la declaración de estado de salud, las condiciones generales o reglamento de prestaciones, las condiciones particulares y las condiciones especiales, si las hubiese, las cláusulas limitativas así como los suplementos, anexos o apéndices que se añadan a la misma para completarla o modificarla.
- **PREEXISTENCIA:** condición médica (como el embarazo o la gestación) o alteración de salud padecida por el asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la póliza.
- **PRESTACIÓN:** es la asistencia sanitaria que se deriva de la presentación de un siniestro. Se entiende por asistencia al acto de atender o cuidar la salud de una persona.
- **PRIMA/CUOTA:** precio del seguro. El recibo de prima incluirá, 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.
- **REHABILITACIÓN:** actos prescritos por un médico traumatólogo, neurólogo, urólogo, reumatólogo o rehabilitador y realizados por un médico rehabilitador o por un fisioterapeuta en un centro específico de rehabilitación, destinados a restituir la funcionalidad de aquellas partes del aparato locomotor afectadas por las consecuencias de una enfermedad o accidente originado durante la vigencia de la póliza.
- **SINIESTRO:** hecho cuyas consecuencias estén cubiertas total o parcialmente 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 persona/s física/s a asegurar por el contrato y describe el riesgo con todas las circunstancias que conoce y pueden influir en la valoración del 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:** la persona física o jurídica que, junto con el asegurador, suscribe este contrato.
- **UNIDAD DEL DOLOR:** servicio médico especializado en el tratamiento del dolor crónico.
- **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:** servicio o área especialmente equipada de un hospital, donde se concentra personal médico y de enfermería especializado en realizar unos determinados tratamientos.
- **URGENCIA VITAL:** situación del asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un

daño irreparable en su salud.

3. OBJETO DEL SEGURO

El asegurador, Asociación Ferroviaria Médico-Farmacéutica de Previsión Social, en adelante AFEMEFA, dentro de los límites y condiciones establecidos en la póliza se compromete a facilitar al asegurado la cobertura de asistencia médica que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios que figuran en la descripción de las coberturas (**cláusula quinta**) del presente reglamento, previo pago de la prima correspondiente.

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 de la Ley de Contrato de Seguro, el contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro. Por tanto, todos los hechos en curso antes de la fecha de efectos del contrato y las consecuencias de los mismos se excluyen de cobertura y no serán aceptados con cargo a la póliza.

En cada renovación de la póliza, AFEMEFA detallará las técnicas o tratamientos que pasan a formar parte (si las hubiere) de las coberturas de la póliza para el siguiente periodo de renovación.

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

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

4. PERSONAS ASEGURABLES

Podrá contratar las coberturas de este seguro toda persona física que a la firma del contrato tenga una edad igual o inferior a los 30 años, que no padezcan una enfermedad grave, y que tengan su residencia habitual en España.

Las personas con edad superior a los 30 años no podrán ser aseguradas con esta modalidad de póliza aunque hubiesen contratado esta garantía con anterioridad al cumplimiento de los 30 años. En este caso, al cumplir la edad de 30 años, automáticamente causará baja en esta modalidad de póliza. De continuar siendo asegurado de AFEMEFA, no le serán de aplicación los periodos de carencia, excepto para las coberturas de la nueva póliza que no coincidan con las de la póliza "Joven Especialistas".

5. PRESTACIONES ASEGURADAS

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza, con los límites establecidos en las condiciones particulares, son los siguientes:

5.1. ASISTENCIA PRIMARIA

5.1.1. Medicina general: asistencia médica en consulta e indicación de pruebas y medios de diagnóstico básico (análisis clínicos básicos, ecografías simples y radiología simple o convencional) siempre que sean prescritas y se realicen por profesionales pertenecientes al cuadro médico de AFEMEFA-VALLADOLID.

5.1.2. Pediatría y puericultura: asistencia médica a niños hasta los 14 años de edad en consulta e indicación de pruebas y medios de diagnóstico básicos (análisis clínicos básicos, ecografías simples y radiología simple convencional), siempre que sean prescritas y se realicen por profesionales pertenecientes al cuadro médico de AFEMEFA-VALLADOLID. Queda incluido programas de promoción de salud en la infancia.

5.1.3. Servicios de ATS/DUE: asistencia en consultorio, previa petición escrita del médico que asista al asegurado.

5.2. ASISTENCIA DE ESPECIALISTAS

Los asegurados podrán acudir libremente a las consultas de los facultativos especialistas que formen parte del cuadro médico de AFEMEFA-VALLADOLID. Esta libertad de elección de médico y de centro supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la aseguradora por los actos de aquellos, sobre los que AFEMEFA no tiene capacidad de control a causa de la protección del secreto profesional, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo en la actividad sanitaria.

Quedan cubiertas solamente las consultas, el estudio, las pruebas diagnósticas interconsulta o en régimen ambulatorio prescritas y realizadas por profesionales pertenecientes al cuadro médico y únicamente de las siguientes especialidades:

5.2.1. Alergología. Las vacunas, de cualquier clase, serán por cuenta del asegurado. Incluidos test de provocación de alto riesgo con alimentos y con medicamentos.

5.2.2. Angiología y cirugía vascular.

5.2.3. Aparato digestivo.

5.2.4. Cardiología.

5.2.5. Dermatología.

5.2.6. Endocrinología y nutrición.

5.2.7. Obstetricia y ginecología.

- Comprende el diagnóstico y tratamiento, la planificación familiar por anovulatorios (consulta y revisión), la implantación del DIU (no incluye, en ningún caso, el coste del dispositivo intrauterino que será siempre a cargo de la asegurada).
- Quedan incluidas las consultas, no así el diagnóstico para la detección de problemas de infertilidad y esterilidad, siendo las pruebas necesarias y el posible tratamiento de reproducción asistida serán a cargo de la asegurada.
- Queda excluido el diagnóstico y seguimiento del embarazo, así como el parto

- 5.2.8. Hematología / hemoterapia.
- 5.2.9. Medicina interna.
- 5.2.10. Neurología.
- 5.2.11. Oftalmología. Excluida cualquier técnica de láser.
- 5.2.12. Oncología médica. Queda excluida.
- 5.2.13. Otorrinolaringología.
- 5.2.14. Psiquiatría. Solo consultas.
- 5.2.15. Rehabilitación y medicina física. Queda excluida
- 5.2.16. Traumatología y cirugía ortopédica.
- 5.2.17. Urología. Quedan incluidas las consultas, no así el diagnóstico para la detección de problemas de infertilidad y esterilidad, siendo las pruebas necesarias y el posible tratamiento de reproducción asistida serán a cargo del asegurado.

5.3. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Siempre que se realicen en centros de diagnóstico no hospitalario o en servicios de diagnóstico hospitalario en régimen ambulatorio y pertenecientes al cuadro médico de la compañía, se incluyen:

- 5.3.1. Análisis clínicos: Bioquímica, hematología, microbiología y parasitología.
- 5.3.2. Diagnóstico por imagen. La radiología general, la radiología especial digestiva, ginecológica y urológica, las ecografías, las Mamografías, la resonancia nuclear magnética, el TAC y la densitometría ósea. Los contrastes están excluidos de las coberturas de la póliza. Las pruebas de RMN y TAC tienen una limitación de 1 prueba al año.
- 5.3.3. Medios de diagnóstico en cardiología. Electrocardiograma, Holter (de TA y ECG), prueba de esfuerzo (ergometría), Ecocardiograma y Ecodoppler cardíaco.
- 5.3.4. Medios de diagnóstico en angiología. Doppler y Ecodoppler arterial y venoso.
- 5.3.5. Medios de diagnóstico en neurofisiología. Electroencefalograma simple y electromiogramas.
- 5.3.6. Endoscopias digestivas. Con fines diagnósticos.
- 5.3.7. Medios de diagnóstico en medicina nuclear. Gammagrafía tiroidea.

5.4. HOSPITALIZACIÓN

Queda excluida cualquier tipo de hospitalización.

5.5. OTROS SERVICIOS

- 5.5.1. Servicio de ambulancia: queda excluido.

5.6. PERIODOS DE CARENCIA

Grupo A: Asistencia primaria.

- Medicina general sin carencias
- Pediatría sin carencias
- ATS. Enfermería sin carencias

Grupo B: Asistencia especializada. (Previa autorización)

- Consultas, análisis clínicos básicos sin carencias
- Radiodiagnóstico convencional sin carencias
- Resonancia magnética 12 meses
- TAC, radiología vascular, 12 meses
- Ecografías, 6 meses
- Estudios digestivos (endoscopia, colonoscopia,...) 12 meses

6. COBERTURAS EXCLUIDAS

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

- 6.1. Enfermedades o accidentes derivados de causa mayor: guerra, erupciones volcánicas, fenómenos sísmicos o meteorológicos de índole extraordinaria, inundaciones, los que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear, actos de terrorismo o de carácter político y social, así como las epidemias declaradas oficialmente.
- 6.2. Toda clase de enfermedades, lesiones, dolencias o condiciones médicas (por ejemplo, embarazo o gestación) preexistentes y sus consecuencias, así como las anomalías o defectos constitucionales o congénitos, invalideces físicas o mentales o imperfecciones físicas existentes, y los que sean consecuencia de accidentes de tráfico o enfermedades, siempre y cuando sean anteriores a la fecha de entrada en vigor de la póliza, así como las secuelas de estos hechos aun cuando a la entrada en vigor del contrato no se haya producido un diagnóstico concreto, salvo que el asegurador lo acepte expresamente en las condiciones particulares de la póliza. Para las enfermedades no conocidas y anteriores a la contratación, se establece un plazo de indisputabilidad de un año desde la formalización del contrato o la inclusión de nuevos asegurados. El tomador y los asegurados se obligan a presentar a la aseguradora toda la documentación que se precise con el objeto de verificar los antecedentes y la fecha de origen de cualquier prestación.

- 6.3. Las enfermedades o lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones y de la práctica, como aficionado o profesional, de actividades de alto riesgo como el toreo y encierro de reses bravas, pirotecnia y accidentes pirotécnicos, de la práctica de deportes peligrosos, tales como el esquí, buceo, el bobsleigh, el boxeo, las artes marciales, la escalada, las carreras de vehículos a motor, rugby, quad, espeleología, parapente, ala delta, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación o en aguas bravas, puenting, barranquismo, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa o deporte o actividad de los denominados de riesgo o aventura.
- 6.4. La asistencia sanitaria que exija el tratamiento de enfermedades o accidentes laborales, profesionales y la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el seguro del automóvil de suscripción obligatoria, así como los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, incluidas las comunidades autónomas, que no estén concertados con el asegurador.
- 6.5. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) y las enfermedades relacionadas con este así como sus complicaciones y secuelas.
- 6.6. La asistencia sanitaria para el tratamiento del alcoholismo crónico y/o la adicción a drogas de cualquier tipo, así como sus complicaciones y secuelas, y la asistencia sanitaria a lesionados por embriaguez, agresión, riña, intento de suicidio o autolesiones así como por enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del asegurado.
- 6.7. Las consecuencias o complicaciones de actos médicos no cubiertos por la presente póliza.
- 6.8. Los gastos de asistencia médica, pruebas complementarias y tratamientos realizados o prescritos por facultativos ajenos al cuadro médico ni de los gastos de internamiento sanatorial o servicios que los mismos pudieran prescribir. Los gastos de asistencia sanitaria o médica prestados en centros médicos u hospitalarios ajenos al cuadro médico. Las consecuencias o complicaciones de actos médicos cubiertos por la póliza realizados por facultativos, centros médicos u hospitalarios ajenos al cuadro médico concertado por la entidad.
- 6.9. Queda expresamente excluida la hospitalización de cualquier tipo.
- 6.10. Quedan excluidas todo tipo de intervenciones quirúrgicas.
- 6.11. Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, centros spa, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos. Los gastos de estancias en clínicas no concertadas.
- 6.12. La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos anuales.
- 6.13. Todas aquellas consultas y pruebas que sean precisas para la expedición de certificaciones, emisión de informes y libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
- 6.14. Quedan excluidos los test genéticos o técnica genética o molecular, así como las pruebas genéticas como medio de diagnóstico o terapéuticas, así como el estudio del mapa genético que tenga como finalidad conocer la predisposición del asegurado o su descendencia presente o futura a padecer enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, a excepción del cariotipo dentro del estudio citopatológico en la amniocentesis.
- 6.15. Quedan excluidas las vacunas de cualquier tipo y el suministro de extractos en procesos alérgicos.
- 6.16. Quedan excluidas por la presente póliza aquellas pruebas diagnósticas, tratamientos o técnicas médico-quirúrgicas, cuya utilidad diagnóstica, eficacia clínica o reconocimiento científico no esté demostrada, las técnicas diagnósticas o tratamientos cuyo uso no sea habitual o no esté aceptado en el Sistema Nacional de Salud en el momento de la prescripción de la misma, así como los de nueva aparición. No obstante AFEMEFA, se reserva, expresamente, el derecho a incluir cada año en el baremo general de la compañía dichas técnicas o tratamientos, una vez valorados los mismos por su dirección médica, en cuyo caso serán objeto de cobertura por la presente póliza.
No están cubiertas aquellas pruebas que hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles y "otras terapias alternativas" y complementarias tales como la acupuntura, organometría, naturopatía, homeopatía, el quiromasaje, el drenaje linfático (excepto el drenaje linfático postmastectomía de origen neoplástico), la mesoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente.
- 6.17. Quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso compasivo, así como los que estén en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- 6.18. Se excluyen las técnicas diagnósticas, quirúrgicas y tratamientos de nueva aparición no incluidos en las Reglamento de Prestaciones de la presente póliza, y no hayan sido expresamente comunicadas por AFEMEFA.
- 6.19. La medicina regenerativa, biológica, la inmunoterapia o terapia biológica, la terapia génica o genética, así como sus aplicaciones.
- 6.20. El diagnóstico y/o tratamiento realizados con fines puramente estéticos o cosméticos.
- 6.21. Quedan excluidas la logopedia y la logofoniatría.
- 6.22. En los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación, queda excluida la estimulación precoz, la rehabilitación en el domicilio, hospitalaria y la rehabilitación neurológica, neumológica y cardiológica. Se excluye la rehabilitación acuática, la hipoterapia y la equinoterapia. Quedan expresamente excluidos cualquier tipo de transporte para realizar dichos tratamientos, así como la gimnasia y terapias de mantenimiento.
- 6.23. Queda excluido el tratamiento domiciliario de oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosolterapia. Quedan expresamente excluidos los tratamientos con CPAP y la mochila en oxigenoterapia.
- 6.24. Los tratamientos desensibilizadores, la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, la terapia endocrina, los inhibidores enzimáticos y/o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia

fotodinámica y radiación. Los tratamientos dietéticos.

- 6.25. Los fármacos y medicamentos de cualquier clase y productos de parafarmacia.
- 6.26. Queda excluida cualquier prueba terapéutica y cirugía no contemplada en el apartado "Obstetricia y Ginecología", del presente Reglamento de Prestaciones.
- 6.27. En planificación familiar, en la implantación del DIU no se incluye el coste del dispositivo intrauterino que será a cargo de la asegurada.
- 6.28. La interrupción voluntaria del embarazo y la reducción embrionaria instrumental selectiva en cualquier supuesto, así como el tratamiento de la esterilidad e infertilidad y las técnicas de fecundación asistida como por ejemplo, inseminación artificial, fertilización in vitro. Está excluido el estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) de la impotencia y de la disfunción eréctil.
- 6.29. Queda excluida la radioterapia.
- 6.30. Queda excluida la quimioterapia.
- 6.31. En Psiquiatría, las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, como el psicoanálisis, la hipnosis o narcolepsia ambulatoria, la sofrología y las curas de reposo o sueño, técnicas de terapia conductista, técnicas de terapia ocupacional, técnicas de terapia musical, técnicas de psicoterapia con la ayuda de animales, los test psicotécnicos, psicológicos y psicométricos de cualquier tipo, la rehabilitación psicosocial y neuropsiquiátrica, la terapia educativa o cognitivo-conductual en los trastornos de la comunicación oral y escrita y del desarrollo de diverso origen.
- 6.32. Las endodoncias, obturaciones, radiografías dentales, tratamientos con fines estéticos, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los contemplados en la descripción de prestaciones cubiertas por la asistencia dental incluida en póliza.
- 6.33. Queda excluida cualquier prueba diagnóstica no detallada dentro del apartado Medios de diagnóstico, del presente Reglamento.
- 6.34. La corrección quirúrgica con láser Excimer o Lasik de la miopía, hipermetropía o astigmatismo, así como la ortoqueratología. No se incluyen las consultas para la adaptación de lentes o lentillas.
- 6.35. Quedan excluidos los estudios inmunohistoquímicos.
- 6.36. Dentro de la especialidad de Cardiología, queda excluida toda prueba que no figure incluida en el apartado Medios de diagnóstico de cardiología, expresamente los estudios electrofisiológicos.
- 6.37. Queda excluida la radiología intervencionista y hemodinamia.
- 6.38. Quedan excluidas la diálisis y la hemodiálisis.
- 6.39. Queda excluida la litotricia.
- 6.40. Se excluyen de los medios de diagnóstico los test alimenticios.
- 6.41. Queda excluido los PET y los PET/TAC.
- 6.42. Todo tipo de prótesis y material de osteosíntesis, implantes, piezas anatómicas y ortopédicas. Se excluyen además el corazón artificial, los expansores de piel, los implantes de columna, las prótesis auditivas (los audífonos), los biomateriales y/o materiales biológicos, sintéticos y ortopédicos, y los tratamientos podológicos correctores. Queda excluido el material de refuerzo vertebral percutáneo.
- 6.43. Quedan excluidos los marcapasos y, en consecuencia, aquellos actos relacionados como la implantación, extracción o cambio de cable o del generador de marcapasos. Del mismo modo quedan excluidos los desfibriladores.
- 6.44. Quedan excluidos los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares.
- 6.45. Queda excluido el láser endoluminal vascular.
- 6.46. Quedan excluidos los trasplantes de sangre y/o plasma.

7. DERECHO Y ELECCIÓN DE MÉDICO

- 7.1. El asegurador se obliga a prestar los servicios asegurados únicamente en el domicilio que figura en la póliza con el ámbito de cobertura especificado en la misma de conformidad con las garantías contratadas, siendo el domicilio en cualquier caso uno de los factores de riesgo para el cálculo actuarial de la prima precisa. Cualquier cambio del mismo deberá ser notificado a la compañía aseguradora de manera fehaciente, produciendo tal comunicación los efectos previstos en la condición general duodécima.
- 7.2. El seguro de asistencia sanitaria contratado se basa en el principio de libertad de elección de facultativos y centros hospitalarios de entre los que figuran en el cuadro médico de AFEMEFA.
- 7.3. El derecho de libertad de elección de médico y centro hospitalario o ambulatorio supone la ausencia de cualquier clase de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de la entidad aseguradora por los actos de aquellos. La entidad aseguradora no tiene capacidad de control sobre los profesionales independientes, con fundamento en el secreto profesional a que están obligados los facultativos, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad profesional sanitaria.

A estos efectos, no cabe considerar en ningún caso, que los médicos y centros hospitalarios tienen vinculación laboral con AFEMEFA, no pudiendo considerarse, en ningún caso, que la actuación profesional de los mismos está dirigida o supervisada por la aseguradora, respecto de la que no existe dependencia jerárquica.

- 7.4. La asistencia médica cubierta por la presente póliza se prestará, de conformidad con lo previsto en el Reglamento de Prestaciones, en la ciudad de Valladolid donde AFEMEFA tenga dispuesta o concierte la prestación de los servicios de

asistencia sanitaria con facultativos, clínicas y otros establecimientos e instituciones, incluso con otras entidades de seguros, en toda clase de enfermedades o lesiones, así como en las especialidades especificadas en la descripción de las coberturas de la póliza.

- 7.5. La presente póliza, en lo que a cobertura de riesgos se refiere, considera como delimitación y concreción de los riesgos cubiertos las estipulaciones relativas a la limitación de sesiones o actos médicos a favor de los asegurados, en las especialidades y tratamientos médicos establecidos en las condiciones particulares de la póliza.
- 7.6. En ningún caso está cubierta la asistencia de urgencia.
- 7.7. En ningún caso se concederán indemnizaciones en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.
- 7.8. Cuando la asistencia sanitaria o prueba diagnóstica no haya sido debidamente autorizado por AFEMEFA quedará excluido de la presente póliza y la aseguradora no abonará el importe correspondiente a dichas prestaciones.

8. CLÁUSULA DE SUBROGACIÓN

Una vez prestada la asistencia sanitaria, AFEMEFA podrá ejercer los derechos y acciones que, debido al siniestro causado, correspondan al asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización pagada.

El asegurado se obliga a suscribir a favor de AFEMEFA cuantos documentos sean necesarios para facilitar la subrogación.

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

9. FORMALIZACIÓN Y DURACIÓN DEL CONTRATO

- 9.1. El contrato de seguro y sus modificaciones entran en vigor una vez se haya perfeccionado el contrato y satisfecho el primer recibo de prima, en el día y hora establecido en las condiciones particulares de la póliza.
- 9.2. En el caso de asegurar recién nacidos, necesariamente hijos de madre asegurada, podrán asegurarse en póliza independiente en un plazo no superior a 15 días a partir de la fecha de nacimiento siempre que el parto o cesárea hubiera sido objeto de cobertura por la aseguradora. Las altas comunicadas en plazo retrotraerán sus efectos a la fecha de nacimiento, no aplicándose periodos de carencia.
Asimismo, si el alta del recién nacido se produce con posterioridad al plazo indicado de 15 días, o el parto o cesárea no haya sido objeto de cobertura de AFEMEFA, será necesario que se cumplimente la declaración de estado de salud, pudiendo la aseguradora denegar la admisión tras la realización de la valoración del riesgo a asegurar. En caso de aceptarse se aplicarán, en todo caso, los periodos de carencia establecidos en el contrato, no dando cobertura a las enfermedades preexistentes a la fecha de alta en la póliza, salvo pacto en contrario y de conformidad con lo establecido en las condiciones particulares de la póliza. La incorporación del recién nacido no tendrá efecto y, por tanto, no tendrá derecho a prestaciones hasta que se hubiese pagado por el tomador la prima correspondiente.
- 9.3. 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. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante notificación escrita dirigida a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.
El asegurador deberá comunicar al tomador, al menos con dos meses de antelación a la conclusión del periodo en curso, cualquier modificación del contrato de seguro, excepto la actualización del precio de la cuota o prima.
- 9.4. 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 respuestas proporcionadas en el cuestionario de salud de la solicitud del seguro.
- 9.5. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar de AFEMEFA 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.
- 9.6. Respecto de los asegurados incluidos en la cobertura de la póliza, el contrato de seguro se extingue:
 - a) Por fallecimiento.
 - b) Por traslado de la residencia habitual del asegurado a municipio no comprendido en las provincias de Valladolid y Palencia o por no residir en el territorio del Reino de España un mínimo de ocho meses al año.

10. PERIODOS 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 con la excepción de los periodos carenciales recogidos en las condiciones particulares de la póliza.

11. PAGO DE PRIMAS

- 11.1. 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.

- 11.2. Asimismo, de conformidad con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, la primera prima anual será exigible una vez firmado el contrato. Las sucesivas primas se deberán hacer efectivas en los correspondientes vencimientos.
- 11.3. Si la primera prima o fracción de esta, 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.
- 11.4. **La prima del seguro es anual.** En caso de fraccionamiento de pago de la cuota anual en los términos establecidos en las condiciones particulares, se aplicará el recargo que corresponda. El fraccionamiento de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la prima anual completa, no pudiendo entenderse, en ningún caso, que la prima ha sido abonada en 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.
- 11.5. En caso de falta de pago de una de las cuotas o fracciones de primas siguientes, la cobertura del asegurador queda 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 la cuota.
- Si AFEMEFA no reclamase el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.
- 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.
- 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 el periodo del seguro en curso. En cualquier caso, el asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, solo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.
- 11.6. En caso de extinción anticipada del contrato imputable al tomador del seguro, la parte de la prima anual no consumida corresponderá al asegurador.
- 11.7. 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.
- 11.8. 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 recálculo de la prima.
- 11.9. En cada renovación del contrato de seguro, AFEMEFA podrá modificar la prima anual 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 y domicilio 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 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.
- 11.10. 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 AFEMEFA, al menos, con un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso, su voluntad expresa de dar por finalizada la relación contractual al término de la misma.

12. DECLARACIONES DEL RIESGO

- 12.1. 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 y en el cuestionario de salud previo 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 dolo o culpa grave. Si no media dolo o culpa grave, 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.

12.2. El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado deberán, antes de la conclusión del contrato, declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario que se contiene en la solicitud del seguro, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

12.3. Durante la vigencia del contrato, el tomador del seguro y, en su caso, el asegurado, deberán comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario que se contiene en la solicitud de seguro que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste 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.

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.

12.4. Deberá declarar el tomador, en todo caso, el nombre de otros aseguradores en el caso de que otro u otros contratos de seguros garanticen riesgos iguales a los cubiertos por la presente póliza.

12.5. Comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una disminución de riesgo será de aplicación lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de Contrato de Seguro. Si determina agravación del riesgo se estará a lo previsto en el apartado 3 de esta condición.

13. OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR DEL SEGURO Y/OASEGURADO

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

a) Declarar a AFEMEFA, de acuerdo con el cuestionario de salud que esta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

b) Comunicar a AFEMEFA, tan pronto como le sea posible, el cambio de profesión habitual o de domicilio del asegurado.

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 AFEMEFA u obtener un lucro adicional, liberará a la aseguradora de toda prestación derivada del siniestro.

d) Facilitar la cesión de sus derechos o subrogación a AFEMEFA conforme a lo establecido en la cláusula 8ª, de la presente póliza.

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 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.

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

La tarjeta de asistencia sanitaria entregada a cada asegurado es propiedad única y exclusiva de la aseguradora, siendo su uso personal e intransferible. El uso indebido de la tarjeta sanitaria puede constituir fraude; y, 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, AFEMEFA procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del asegurado que figura en la póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

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

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

13.3. Para el uso de los servicios de asistencia sanitaria que requieren autorización por parte de la aseguradora, deberá presentar junto con la tarjeta personal de asistencia el documento de prescripción facultativa del servicio con la autorización aceptada por la aseguradora.

14. OTRAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

14.1. Además de prestar la asistencia médica contratada, AFEMEFA 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.

14.2. En caso de extravío de la póliza, la aseguradora, a petición del tomador del seguro, 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.

14.3. AFEMEFA entregará también al tomador del seguro la tarjeta de asistencia sanitaria personal.

La tarjeta sanitaria individual contendrá los siguientes datos: nombre y apellidos del asegurado, año de nacimiento, documento nacional de identidad, fecha de inicio y fecha de caducidad.

El cuadro médico podrá ser actualizado anualmente por AFEMEFA, 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. El tomador del seguro o el asegurado pueden consultar en cualquier momento el cuadro médico actualizado que figura en la página web de la entidad aseguradora www.afemefa.com

15. PÉRDIDA DE DERECHOS Y RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO

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

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de estado de salud por parte del tomador del seguro o el asegurado, no respondiendo con veracidad y ocultando de manera consciente circunstancias relevantes o no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se piden.
- b) En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo han comunicado previamente a AFEMEFA.
- c) Si en el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la prima inicial, salvo que se pacte expresamente lo contrario.
- d) 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.

15.2. Si el tomador del seguro, al solicitar el seguro, hubiere declarado de forma inexacta la fecha de nacimiento de alguno o algunos asegurados, AFEMEFA 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 nacimiento, la prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el tomador del seguro vendrá obligado a abonar a AFEMEFA 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.

16. COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

16.1. 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.

16.2. 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 recogido en la póliza, salvo que se hubiera notificado a la entidad aseguradora el cambio de domicilio o dirección de correo electrónico de los mismos.

En caso de autorizaciones de prestaciones de asistencia sanitaria, el tomador de seguro acepta expresamente que se puedan realizar las mismas a la dirección de correo electrónico designada en la póliza o mediante el envío de mensaje SMS al número de teléfono móvil proporcionado en la póliza de seguro o las que, con posterioridad, designe de manera expresa.

16.3. Las comunicaciones que haga un corredor de seguros en nombre del tomador del seguro al asegurador, surtirán los mismos efectos que si 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.

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

17. TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

17.1. De conformidad con lo establecido en 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, así como de los datos de salud suministrados en la declaración de estado de salud y los que se pudieran obtener del historial clínico y documentación médica que conste en los reconocimientos y tratamientos derivados de la relación con la 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 de Previsión Social, en adelante AFEMEFA

- 17.2. AFEMEFA, 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 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.
- 17.3. Asimismo, para el cumplimiento de las garantías contratadas, el tomador del seguro 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.
- 17.4. 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, otorgándole a las firmas biométricas el mismo valor y eficacia jurídica que la firma manuscrita recogida en papel.
- 17.5. La entidad aseguradora informa que para la adecuada prestación de los servicios de computación en nube (cloud computing), los datos personales y documentos en formato electrónico podrán ser tramitados y almacenados internacionalmente por los prestadores de servicios.
- 17.5. 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 servicios sanitarios tal información para el cumplimiento de estos fines en relación con su salud y el tratamiento sanitario que esté recibiendo.
- 17.6. El tomador del seguro y los asegurados, reconocen y declaran expresamente que las contestaciones realizadas en la Declaración de Estado de Salud son exactas y veraces, quedando informados que el mencionado cuestionario se formula y cumplimenta al amparo de lo establecido en el artículo 10 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, siendo conocedores de que las reservas o declaraciones inexactas pueden dar lugar a la exoneración de las obligaciones por parte de la entidad aseguradora y a la rescisión del contrato de seguro.
- 17.7. 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.
- 17.8. La información remitida respecto a menores de edad se deberá haber obtenido previamente el consentimiento paterno, del tutor o del legal representante.
- 17.9. 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.

- 17.10. 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 del Documento Nacional de Identidad o del pasaporte u otro documento válido identificativo, a la siguiente dirección de correo electrónico: afemefa@afemefa.com o dirección de correo postal: AFEMEFA, calle Murcia, 10, Bajo B, 28045 Madrid, con la referencia "Protección de datos personales".

En caso de oposición al tratamiento y cesión de los datos no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer AFEMEFA de los datos necesarios para poder gestionar las prestaciones establecidas en el contrato de seguro.

- 17.11. Otras finalidades: El tomador y asegurado autorizan a AFEMEFA para que pueda tratar y mantener los datos personales, incluidos los de salud, facilitados como consecuencia de la solicitud de un contrato o de la contratación de productos o servicios con el fin de elaborar o segmentar perfiles, mediante técnicas automáticas que utilicen datos actuales, históricos o estadísticos, así como para la valoración del riesgo y presentación de nuevas propuestas o aceptación de nuevas solicitudes, perdurando su autorización incluso si el contrato no llegara a celebrarse o una vez finalizada la relación contractual con la entidad aseguradora, en tanto no sea revocada.

Asimismo, los titulares autorizan el tratamiento de los datos a los que 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, 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, SMS,

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 de 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 informarles de las circunstancias relativas al tratamiento de sus 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.

- 17.12. De conformidad con lo establecido en el artículo 99.7 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, AFEMEFA informa que los datos de carácter personal podrán ser cedidos a ficheros comunes del sector para la liquidación de siniestros y la colaboración estadístico 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.

18. OTROS ASPECTOS LEGALES

18.1. 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 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 Comercialización a Distancia así como la prevista en el artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

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.

18.2. 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 del contenido de las citadas grabaciones.

18.3. ATENCIÓN AL CLIENTE, 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 causahabientes 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 quejas o 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 las oficinas de AFEMEFA.
- b) Por correo postal remitido a AFEMEFA, calle Murcia, 10, Bajo B, 28045 Madrid, con la referencia “Servicio de Atención al Mutualista”.
- c) Por correo electrónico a la dirección atencionalmutualista@afemefa.com.

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

Asimismo, los interesados podrán interponer posteriormente reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones 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 entrada de la reclamación o queja ante el departamento de Atención al Asegurado sin que este haya 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 Asegurado, 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 normas 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 del 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 encomienden 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 que corresponda.

18.4. 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.

18.5. RECARGOS E IMPUESTOS

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

Número de póliza contratada

En Madrid, a de de 2.0

EL TOMADOR/MUTUALISTA

POR AFEMEFA



