

Reglamento de prestaciones **SEGURO DE SALUD**

Delegación de
Valladolid



DOMICILIO SOCIAL: Pº de las Delicias 48, 1º.-
Tfno.: 915 280 582-
28045 MADRID
FONDO MUTUAL: 297.624,74 EUROS

Póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria

Reglamento de prestaciones. Zona de Valladolid

DOMICILIO DELEGACION: Regalado, 8 Oficina 6 – Tfno.:
983.306.416 47002 VALLADOLID

Email: valladolid@afemefa.com
WEB: www.afemefa.com

Artículo Preliminar. El Contrato de Seguro

El presente Reglamento de Prestaciones constituyen el texto en el que se contienen las obligaciones y derechos de los Asegurados y de la Aseguradora ASOCIACION FERROVIARIA MEDICO-FARMACEUTICA DE PREVISION SOCIAL (Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija) (en adelante, indistintamente referida como la "Compañía" o la "Entidad", la "Aseguradora" o el "Asegurador", o "Mutualidad").

REGULACIÓN.

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, la "Ley"), y demás normas que lo complementan y por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean de aplicación.

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.

Además de la normativa anterior, le es de aplicación el Real Decreto 1430/2002, de 27 de Diciembre por el que se aprueba el reglamento de Mutualidades de Previsión social, por lo dispuesto en el presente Reglamento de Prestaciones y, en su caso, por lo convenido en las condiciones Particulares.

No tendrán validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por el Tomador del seguro, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos y en vigor.

Con independencia de que los socios de Valladolid quedan sometidos a su particular Reglamento de Prestaciones, la incorporación de nuevos servicios llevará asociada la revisión del precio de la prima.

SUPERVISIÓN.

La actividad aseguradora que lleva a cabo ASOCIACION FERROVIARIA MEDICO-FARMACEUTICA DE PREVISION SOCIAL (Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija) está sometida al control de las autoridades del Estado Español, siendo la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, dependiente del Ministerio de Economía y Competitividad del órgano competente a tal efecto.

Artículo 1º. Objeto del Seguro

Por el presente contrato AFEMEFA, dentro de los límites y en los

términos que se expresan en la Póliza, y mediante aplicación de la Prima que en cada caso corresponda, proporcionará al Asegurado la Asistencia Médica, Quirúrgica y Hospitalaria de las enfermedades y/o lesiones comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en la descripción de los servicios de la Póliza, según los Servicios contratados y que figuran en las Condiciones Particulares de la misma.

El presente contrato podrá ser suscrito por cualquier persona con edad inferior a 65 años. No obstante, podrán suscribirlo los mayores de 65 años siempre que el solicitante del seguro se someta a reconocimiento médico a sus expensas, realizado por quien designe la Mutualidad, y que éste sea aceptado por la Entidad. En tales casos, la prima o cuota a pagar será la ordinaria incrementada en el porcentaje que, para cada caso, determine el Consejo de Administración.

El Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente en función de las prestaciones de acuerdo con los servicios contratados, y que figuren en las condiciones particulares de la Póliza, de acuerdo con lo previsto al efecto en el presente Reglamento de Prestaciones y en aplicación de lo dispuesto en el artículo 103 de la Ley de Contrato.

En ningún caso, podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de servicios de Asistencia Sanitaria.

Artículo 2º. Personas que intervienen en el Contrato.

1. **El Tomador:** la persona física o jurídica que solicita y contrata el Seguro, y a quien corresponden las obligaciones que del mismo se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado.
2. **El Mutualista:** cada una de las personas sobre las que se establece el seguro, designadas en las Condiciones Particulares.
3. **El Beneficiario:** será el Asegurado/os que recibirá la prestación de la Mutualidad, en caso de producirse el siniestro.
4. **La Mutualidad:** la Entidad Aseguradora es la Asociación Ferroviaria Médico Farmacéutica de Previsión Social, (Zona de Valladolid) quien asume la cobertura de los riesgos objeto de este Contrato y garantiza la prestación de los servicios que correspondan con arreglo a las condiciones del mismo.

Artículo 3º. Definiciones.

A efectos del contrato se entenderá por:

1. **Accidente.** Todo evento producido debido a una causa violenta, súbita y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca lesiones corporales objetivamente apreciables.
2. **Enfermedad.** Toda alteración no accidental del estado de la salud, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido.
3. **Carencia:** periodo de tiempo –contado a partir de la fecha de efecto otorgado por la entidad aseguradora a cada póliza- durante el cual no entra en vigor alguna de las garantías de la póliza.
4. **Hospitalización a domicilio.** Asistencia del médico generalista y de ATS o DUE al Asegurado en el domicilio que figura en la póliza. (excluidos socios de Valladolid),

- cuando la patología del paciente requiera cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario y siempre previa prescripción del médico. No incluye los gastos generados por asistencia de tipo social, hostelería, lencería, alimentación, medicación, monitorización, material sanitario y cuidados no específicos del médico general, ATS o DUE, ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios en el domicilio del Asegurado.
5. **DUE/Enfermero/ATS:** Diplomado en enfermería, legalmente capacitado y autorizado para prestar la atención de enfermería en enfermedad o lesión que origine alguna de las garantías en la Póliza.
 6. **Enfermedad congénita.** Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento, o bien que sea descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del individuo.
 7. **Enfermedad preexistente.** Enfermedad que ya fue diagnosticada, tratada, o dio lugar a consulta por un médico, o que sin que tuviera conocimiento el Asegurado, tuvo su comienzo en fecha anterior a la contratación de la póliza.
 8. **Hospital:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales provisto de medios materiales y personales adecuados para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas y atendido por médicos y personal sanitario las 24 horas del día. No se considerarán como hospitales, a los efectos de esta póliza, los asilos, residencias, casas de reposo, balnearios, ni las instalaciones dedicadas al descanso, internamiento o tratamiento de ancianos, enfermos crónicos, drogadictos o alcohólicos.
 9. **Hospitalización.** Entrada del asegurado como paciente y su permanencia en el Hospital, previa petición médico autorizado.
 10. **Intervención quirúrgica.** Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.
 11. **Lesión.** Todo cambio patológico que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.
 12. **Prótesis.** Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, tejido, fluido orgánico, miembro o parte de alguno de éstos.
 13. **Servicio a domicilio.** Excluidos socios de Valladolid.
 14. **Servicio de urgencia a domicilio.** Excluidos socios de Valladolid.
 15. **Siniestro.** Todo hecho cuyas consecuencias estén totales o parcialmente cubiertas por la póliza. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.
 16. **Urgencia médica.** Es aquella que requiere la atención médica inmediata, cuya demora puede significar un peligro grave para la vida o integridad física de la persona.
 17. **Zona.** Beneficiarios con residencia dentro de los límites de la ciudad.
 18. **Línea:** Beneficiarios con residencia fuera de los límites

de la ciudad.

19. **Exclusiones:** las cláusulas contractuales que suprimen alguna de las garantías de la póliza.
20. **Servicios concertados:** Se trata de prestaciones no recogidas en nuestros cuadros asistencias, que serán a cargo de nuestros asociados, que lo soliciten, a tarifa especial reducida, previa convalidación del oportuno volante en las oficinas de nuestra sede, calle Regalado, 8 Oficina 6

Artículo 4º Descripción y forma de prestar los servicios.

A) ATENCION PRIMARIA.

Este primer nivel asistencial está integrado por los siguientes servicios:

1. Medicina General, mediante la presentación del carnet de asociado y el justificante de pago.
2. Pediatría.
3. Atención de enfermería en consulta (en este caso para los socios domiciliados dentro de los límites de la ciudad) previo volante de solicitud por un médico de la Sociedad.
4. Atención en observación de urgencia en el Hospital concertado, para todos los asociados, con un máximo de veinticuatro horas.
5. Estudios analíticos básicos que se precisen.
6. Pruebas radiológicas convencionales.
7. Urgencias prestadas por médicos generalistas o A.T.S. en los centros autorizados o concertados por la Mutualidad.

B) ESPECIALIDADES

LA MUTUALIDAD NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS HONORARIOS DE FACULTATIVOS AJENOS A SU CUADRO MÉDICO, NI DE LOS GASTOS DE INTERNAMIENTO SANATORIAL O SERVICIOS QUE LOS MISMOS PUDIERAN PRESCRIBIR

Siempre con el correspondiente volante y a criterio del médico, se proporcionara asistencia sanitaria en régimen ambulatorio o de internamiento, según proceda, en las siguientes especialidades:

- Autovacunas por cuenta del asegurado.
- Análisis clínicos. Previa prescripción del facultativo de la Entidad.
- Hematología.
- Bioquímica.
- Microbiología y parasitología.
- Anatomía patológica. Previa prescripción del facultativo de la Entidad.
- Anestesiología. Incluye toda clase de anestésicos prescritos por médicos de A.F.E.M.E.F.A, así como una consulta de estudios preoperatorios
- Cirugía vascular.
- Aparato digestivo.
- Cardiología.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Dermatología. Escisiones y Cirugía general (excepto cirugía estética, plastias regionales, reparación de labios, nariz, oreja y parpado, injertos).
- Medicina interna.
- Obstetricia y Ginecología.
- Obstetricia. Incluye vigilancia del embarazo por médico obstetra, con asistencia de éste al parto y auxiliado por matrona.

- Ginecología. Tratamiento y diagnóstico de las enfermedades de la mujer. Tratamiento y diagnóstico de las enfermedades de la mujer, planificación familiar, implantación de D.I.U. siendo el pago de este dispositivo a cargo del asegurado.

Se excluyen las técnicas de diagnóstico y tratamiento de la esterilidad, la fecundación artificial y la fecundación "in vitro". También se excluye la interrupción voluntaria del embarazo aunque esté indicada en los términos exigidos por la legislación vigente.

- Odontología. Únicamente incluye extracciones y una limpieza normal de boca al año. Quedan excluidos los empastes, las prótesis, la ortodoncia y endodoncia, así como todas las pruebas previas para estos tratamientos.
- Oftalmología. Incluye la cirugía general oftálmica.
- Otorrinolaringología.
- Psiquiatría: Quedan excluidos los tratamientos psicológicos y los tratamientos y técnicas de psicoanálisis, psicoterapia, hipnosis, serología y narcolepsia ambulatoria. Se excluye la hospitalización.
- Radiodiagnóstico. Las técnicas cubiertas quedan especificadas en el apartado de medios técnicos de diagnóstico. Los medios de contraste serán por cuenta del asegurador.
- Traumatología.
- Urología.
- Urgencias: Se prestará en los centros concertados por médicos generalistas o A.T.S. Cuando se requiera la asistencia de especialistas, una vez atendidos por los médicos de nuestros centros autorizados, se encaminarán a la consulta de los que figuran en nuestro cuadro de asistencia, por no existir especialistas de guardia.

C) MEDIOS TÉCNICOS DE DIAGNÓSTICO.

Las pruebas diagnósticas en todos los casos han de ser prescritas previamente por médicos que pertenezcan a la Sociedad en su correspondiente volante. Estas pruebas son:

- Audiometrías.
- Colonoscopias.
- Densitometría ósea.
- Ecocardiogramas y pruebas de esfuerzo.
- Ecografías.
- Electrocardiogramas.
- Electroencefalogramas.
- Gastroskopias.
- Mamografías.

D) SERVICIOS CONCERTADOS

MEDIOS DIAGNÓSTICOS DE ALTA TECNOLOGÍA:

Estos servicios concertados no están cubiertos por esta Póliza de Asistencia Sanitaria, pero tienen un precio especial para nuestros Mutualistas.

Su utilización sólo se podrá realizar tras un periodo de carencia de seis meses, con volante de un médico de la Entidad:

- Angioflorescencias.
- Campimetrías.
- Análisis especiales.
- Estudios Holter de Presión y de Arritmias.
- Fibrobronoscopias.
- Resonancia magnética.
- T.A.C.
- Scanner
- Alergias e inmunología.

Quedan excluidos de la cobertura de esta póliza la radiología intervencionista y el cateterismo cardiaco.

D) MÉTODOS TERAPÉUTICOS.

- Transfusiones.

Quedan excluidas la radioterapia y quimioterapia.

E) HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización debe ser pedida siempre por un médico de la Entidad con su correspondiente volante, y contar con la autorización de la Sociedad. Los ingresos, por un máximo de tres (3) días se realizarán siempre en nuestros centros concertados. El periodo de carencia para cualquier tipo de ingreso es de seis meses, a excepción del ingreso Obstétrico (Partos) que es de doce meses. El ingreso derivado de una situación de Urgencia Vital, así considerada por un médico especialista de la Entidad no tiene carencia. La hospitalización por una causa no quirúrgica no está cubierta, exceptuando las complicaciones médicas de las intervenciones quirúrgicas, durante la estancia hospitalaria quirúrgica. El máximo de días de hospitalización cubiertos por complicaciones quirúrgicas de 15 días al año.

1. Hospitalización Obstétrica (partos).

Los ingresos de estos casos se harán en un centro concertado, previa autorización del volante para ingreso en esta Entidad. Los gastos de estancia y la manutención de la parturienta, quirófano, anestesia, curas, medicación, e incubadora corren a cargo de la Sociedad. La cobertura médica del recién nacido se realizará, tras ser dado de alta el mismo en esta Mutualidad.

Los gastos que se produzcan de nacimientos prematuros, serán por cuenta del asegurado. El máximo de días de hospitalización cubiertos es de 30 días al año

2. Hospitalización Quirúrgica.

Los gastos de estancia manutención de enfermo, así como el quirófano, anestesia, la medicación, curas y otros tratamientos necesarios lo cubrirá la Entidad. El importe de cualquier tipo de prótesis, tanto interna como externa, será a cargo del asegurado. El máximo de días de hospitalización cubiertos es de 30 días al año

3. Hospitalización médica en observación

Dado que sólo está cubierta la asistencia médica en urgencias, con un máximo de veinticuatro horas de observación; toda la asistencia médica a partir de las veinticuatro horas, será por cuenta del Mutualista.

F) COMPLEMENTOS

Servicio de Ambulancias.

Los gastos serán por cuenta del Asociado.

Póliza de atención médica de urgencia a desplazados.

Garantiza a todos los asociados de la Entidad en territorio nacional a más de 30 Km. de su domicilio habitual y en cualquier caso fuera de los límites de la provincia del domicilio del asegurado, la cobertura como consecuencia de accidente grave o enfermedad grave y urgente, así como si se produce el óbito del asegurado, el traslado de los restos mortales hasta su lugar de inhumación.

G) PRESCRIPCIONES SANITARIAS.

Son los servicios asistenciales que los facultativos de la entidad pueden solicitar mediante un documento a este efecto. Se incluyen pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, hospitalizaciones, etc. Engloban dos tipos de Servicios:

1. **Servicios** **liberalizados.**
Son aquellos que pueden ser prescritos directamente por los facultativos de la entidad sin necesidad de autorización previa a su realización.
2. **Servicios** **no** **liberalizados.**
Son aquellos en los que será necesario obtener autorización en las oficinas de la AFEMEFA de Valladolid, previa prescripción de algún facultativo de la Entidad.

Artículo 5º. Riesgos excluidos.

Quedan excluidos del objeto de este seguro los gastos médicos y/u hospitalarios correspondientes a:

1. Toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza; así como los que puedan derivarse de aquéllos, siempre que fueran conocidos por el Tomador del Seguro y no declarados. El Tomador del Seguro, en su nombre y en nombre de los beneficiarios y/o cada uno de éstos, está obligado a manifestar en el momento de suscribir la solicitud de seguro, si padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquéllas de carácter recurrente, congénitas, o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o en el momento de la suscripción padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como inicio de alguna patología. Manifestándose de esta forma, la afección se considerará como preexistente y/o congénita y, en consecuencia, excluida de las coberturas pactadas en el contrato de seguro. Si hubiera enfermedades preexistentes y/o congénitas, la Entidad se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes, y en caso de aceptarlo/s, se incluirá la correspondiente cláusula de exclusión a las condiciones particulares de la Póliza en lo que se refiere a la prestación de servicios por enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, presentes con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza; así como los que puedan derivarse de aquéllos.
2. La asistencia sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras civiles, internacionales o coloniales, invasiones, insurrecciones, rebeliones, revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y epidemias declaradas oficialmente.
3. Enfermedades o accidentes que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los que provengan de cataclismos como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos.
4. La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubiertas 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.
5. La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico, drogadicción, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la asistencia sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por dolo del Asegurado.
 6. Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización, así como vacunas de todo tipo y los contrastes radiológicos.
 7. Todos aquellos procedimientos de diagnóstico y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, (medicinas alternativas, naturopatía, homeopatía, acupuntura, mesoterapia, magnetoterapia, presoterapia, etc.), conservación o mejora de la esperanza de vida, autoalimentación y eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento y los que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte (incluida la natación). Los tratamientos en balnearios y curas de reposo.
 8. Estudio, diagnóstico y tratamiento (inclusive la cirugía) encaminados a solventar la esterilidad o infertilidad en ambos sexos (fecundación "in Vitro", inseminación artificial, etc.) y la interrupción voluntaria del embarazo, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción.
 9. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, médula ósea y el trasplante de córnea.
 10. Las infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA, y las enfermedades relacionadas con éste.
 11. Las intervenciones, infiltraciones y tratamientos, así como cualquier otra actuación que tengan un carácter puramente estético o cosmético. Asimismo están excluidos los tratamientos capilares con finalidad estética.
 12. La hospitalización por problemas de tipo social.
 13. Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, y las Campañas Preventivas del Sistema Nacional de Salud, como, por ejemplo, las Campañas de Prevención del Cáncer Colorrectal.
 14. Todo lo relativo a la psicología, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o de grupo, test psicológico, narcolepsia, etc. Asimismo, la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psíquica.
 15. Las endodoncias, obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos distintos a los contemplados en la descripción de los servicios.
 16. Las prótesis de cualquier clase, el material de osteosíntesis, los materiales biológicos o sintéticos, así como las piezas anatómicas y ortopédicas, que serán de cuenta del Asegurado.
 17. Tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.
 18. Los gastos por viaje y desplazamientos.
 19. Técnicas quirúrgicas o tratamientos terapéuticos que usan el láser, salvo las técnicas de fotocoagulación en

- Oftalmología y los dispositivos empleados en rehabilitación músculo-esquelética
20. Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su descendencia a padecer ciertas enfermedades relacionadas con las alteraciones genéticas.
 21. Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.
 22. La corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.
 23. La cirugía robótica asistida en todas las especialidades, las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.
 24. Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las agencias españolas de evaluación de tecnologías sanitarias.

Artículo 6º. Documentación del Contrato.

Se denomina Póliza al conjunto de documentos que contienen las condiciones reguladoras del Contrato de Seguro. En la Póliza se recogen las declaraciones, datos y pactos establecidos entre las partes, plasmados en los siguientes documentos que la integran:

- **1. La Solicitud: Impreso** entregado por la Mutualidad en el que el solicitante (Tomador) detalla las garantías que pretende declarar, así como aquellas circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo, con arreglo al Cuestionario sobre el estado de salud y actividades del Mutualista que se incluye, y sobre la base de la cual la Mutualidad determina la asunción de las coberturas, su alcance y el precio del Seguro.
- **2. El Reglamento de Prestaciones.** Recogen los principios básicos, extraídos del texto de la Ley, que regulan el nacimiento, vida y extinción del Contrato de seguro, ofreciendo la información para que las personas que intervienen en la relación jurídica que surgen de este Contrato conozcan en todo momento sus derechos y obligaciones, y tengan referencia de los preceptos aplicables a cada situación. Regulan el alcance de las garantías que proporciona la Mutualidad.
- **3. Las Condiciones Particulares: recogen los datos propios e individuales de cada Contrato:** identificación de las partes, determinación y cuantificación de las Garantías aseguradas, régimen de Cuotas, etc.

Posteriormente a su formalización, la Póliza puede ser modificada o complementada, de acuerdo con el Tomador del Seguro, mediante suplementos, numerados correlativamente, cuantas veces sea necesario

Artículo 7º. Bases del contrato y condiciones de adhesión.

1. La presente póliza se concierne sobre la base de las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y/o los asegurados en el cuestionario de salud correspondiente, sobre el estado de salud, profesión habitual y prácticas de deportes del tomador o asegurado, y también sobre la base de las declaraciones que constan en las Condiciones Particulares y en sus suplementos o apéndices así como, en su caso, en la solicitud de seguro, suscrita conjuntamente por el tomador y el asegurado.

Dichas declaraciones constituyen las bases para la aceptación del riesgo del presente contrato y forma parte del mismo.

En el caso de menores firmará dicha solicitud quien tenga la patria potestad de éstos.

2. El tomador del seguro y/o los asegurados tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la entidad aseguradora de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

La entidad aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración, dirigida al tomador del seguro y/o los asegurados, en el plazo de 30 días, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del tomador y/o asegurados.

Si dicha reserva o inexactitud es imputable al asegurado, la entidad aseguradora podrá excluir al mismo del grupo familiar, mediante comunicación dirigida al asegurado y al tomador del seguro.

Corresponderán a la entidad aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

3. El tomador del seguro y, en su caso, los asegurados deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la entidad aseguradora, tan pronto como sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para aquéllos.

4. Si el contenido de la póliza o Condiciones Particulares difieren de la proposición de seguro, caso de que ésta existiese o de las cláusulas acordadas en la solicitud de seguro, el tomador del seguro o el asegurado podrá reclamar a la entidad aseguradora en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza o Condiciones Particulares, para que subsane las divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza o Condiciones Particulares.

5. En el supuesto de indicación inexacta de la edad y si la cuota pagada es inferior a la que corresponde pagar, el Mutualista vendrá obligado a abonar al Asegurador la diferencia existente entre las cantidades efectivamente pagadas a éste en concepto de cuotas y las que realmente le hubiesen correspondido pagar según su verdadera edad.

Artículo 8º. Perfección. Toma de efecto y duración del seguro.

1. Este contrato se perfecciona en el momento de la firma de la póliza o Condiciones Particulares por las partes contratantes.

2. La cobertura contratada y sus modificaciones y adiciones tomarán efecto en la fecha y hora indicada en la póliza o Condiciones Particulares, una vez firmados por las partes y el tomador o asegurado haya satisfecho el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario establecido en las Condiciones Particulares.

3. El seguro se contrata por un año de duración, prorrogándose tácitamente por períodos anuales, salvo que alguna de las partes lo denuncie antes de su vencimiento con al menos dos meses de antelación.

4. Las modificaciones por parte de la entidad aseguradora a la póliza o Condiciones Particulares y los incrementos de las primas que no sean debidos únicamente a la inflación deberán ser

comunicados al tomador del seguro o asegurado con al menos dos meses de antelación al vencimiento de la póliza o Condiciones Particulares. En este caso, el tomador del seguro o asegurado dispondrá de este plazo para oponerse y proceder a la cancelación de la póliza o Condiciones Particulares.

5. La cobertura respecto a cualquier asegurado terminará automáticamente:

- Al rescindirse la póliza. (apartado 3)
- Cuando se produzca algún supuesto de baja, o alguna de las causas mencionadas en el Art. 16.1. De los Estatutos de la Mutualidad.
- Al terminar la cobertura del asegurado titular del que depende.
- Por traslado de la residencia al extranjero por período superior a tres meses.

6. La entidad aseguradora podrá facilitar al asegurado una tarjeta de identidad. Esta tarjeta se mantiene como propiedad de dicha entidad y deberá ser entregada a la misma al finalizar la cobertura del asegurado. La tarjeta sanitaria, PROPIEDAD DE LA ASEGURADORA, es un documento de uso personal e intransferible que

AFEMEFA entregará a cada Asegurado. El Asegurado deberá mostrar dicha tarjeta sanitaria cada vez que se le preste algún servicio cubierto en la Póliza.

En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador de Seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, AFEMEFA procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figure en la Póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada, reservándose el derecho de repercutir el abono de su coste en concepto de gastos administrativos y de gestión.

Asimismo, el Tomador de Seguro y el Asegurado se obligan a devolver a AFEMEFA la tarjeta correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.

El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria. En este caso el Tomador se obliga a indemnizar a la Aseguradora de los perjuicios que le pudiese irrogar la hipotética reclamación de un tercero.

Artículo 9º. Pago de las Cuotas

1. PRIMA: es el precio del seguro y, su importe, junto con sus impuestos y recargos, deberán hacerse efectivos en las condiciones estipuladas. Las cuotas o primas que deben abonar los mutualistas, serán las que tras el estudio actuarial correspondiente y, a propuesta del Consejo de Administración de la Mutualidad, sean aprobadas en Asamblea General de Mutualistas.

OBLIGACION: El Tomador del seguro, y de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima anual, mediante la forma de pago fijada en las Condiciones Particulares.

PRIMERA PRIMA: La primera Prima o fracción será exigible, conforme al mismo artículo 14 de la citada Ley, una vez firmado el contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, AFEMEFA, tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago por vía ejecutiva con base en esta Póliza, (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro), y de acuerdo con dicho artículo, si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, AFEMEFA

quedará liberada de su obligación.

SEGUNDA Y SUCESIVAS PRIMAS: En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la garantía del Asegurador quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento y si el Asegurador no reclama el pago en el plazo de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido.

REACTIVACION DE LA POLIZA: En cualquier caso el Asegurador, mientras el contrato este en suspenso, podrá exigir el pago de la prima correspondiente al periodo de suspensión. (Periodo de seguro en curso) La cobertura vuelve a tener efecto transcurridas veinticuatro horas a partir del día en que el Tomador del seguro pague la prima.

AFEMEFA y el asegurado solo quedan obligados en virtud de los recibos librados por la Entidad o por sus representantes legalmente autorizados.

ACTUALIZACION DE PRIMAS: El importe de las primas podrá ser actualizado por AFEMEFA anualmente con el límite del IPC sanitario o índice que lo sustituya.

Artículo 10º. Otras obligaciones y derechos del Tomador y/o Asegurado.

El Tomador del Seguro o Asegurado tendrán las siguientes obligaciones:

1. Declarar al Asegurador, antes de la conclusión del contrato y de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las cuotas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la cuota convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro quedará el Asegurado liberado del pago de la prestación.

2. Comunicar al Asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por 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 un plazo de dos meses a contar del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de ocho siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado dentro de un mes, a partir

del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro o Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador o Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la cuota convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

3. Comunicar al Asegurador, tan pronto como les sean posible las altas de Asegurados que se produjeran durante la vigencia del presente contrato, tomando efecto las mismas el día primero del mes siguiente a la fecha de notificación efectuada por el Tomador del Seguro.

4. Aminorar las consecuencias del siniestro empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.

5. Comunicar al Asegurador, de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 101 y relación con el Artículo 106 de Ley de Contrato de Seguro, la existencia de cualquier otro seguro de enfermedad que se refiera a las personas aseguradas por esta Póliza.

El Tomador del Seguro o Asegurado tendrán los siguientes derechos:

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado podrá, durante el curso del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.
2. En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la cuota, deberá reducirse el importe de la cuota futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el Tomador en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la cuota satisfecha y la que hubiera correspondido pagar, desde el momento de la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo. El Tomador del Seguro y/o Asegurado podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas.

Artículo 11º. Periodos de Carencia

Las garantías del presente contrato entrarán en vigor una vez que haya tomado efecto el mismo. No obstante, para determinados supuestos, será necesario que hayan transcurrido los respectivos periodos de carencia, según las siguientes especificaciones:

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
Exploraciones especiales en general ->	sin carencias

Resonancia magnética -> 12 meses

TAC, radiología vascular, -> 12 meses

Ecografías, -> 6 meses

Grupo C. Asistencia hospitalaria. (Previa autorización)

Cualquier intervención quirúrgica -> 6 meses

Ingreso hospitalario -> 6 meses.

Asistencia al parto -> 12 meses

Artículo 12º. Otras obligaciones del Asegurador.

Además de hacer efectivas las garantías aseguradas, el Asegurador deberá entregar al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda.

Artículo 13º. Controversias.

1. En caso de desacuerdo sobre el origen o naturaleza de la enfermedad o asistencia prestada, cada parte designará un Perito Médico debiendo constar por escrito la aceptación de éstos. Si una de las partes no hubiera hecho la designación, está obligada a realizar en los ocho días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiese designado el suyo, y de no hacerlo en éste último plazo se entenderá que acepta el dictamen que emita el Perito quedando vinculado por el mismo.

2. En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acta conjunta en la que se harán constar las causas del siniestro y las demás circunstancias.

3. Cuando no haya acuerdo entre los Peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad. En este caso, el dictamen pericial se emitirá en el plazo señalado por las partes, o en su defecto, en el plazo de treinta días a partir de la aceptación de su nombramiento por el Perito tercero.

4. El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes de manera inmediata y en forma indubitada, siendo vinculante para éstas, salvo que se impugne judicialmente por alguna de las partes, dentro del plazo de treinta días en el caso del Asegurador, y ciento ochenta en el del Asegurado, computados ambas desde la fecha de su notificación. Si no se interpusiesen en dichos plazos la correspondiente acción, el dictamen pericial devendrá inatacable.

Artículo 14º. Comunicaciones entre las partes que intervienen en el Contrato.

1. Todas las comunicaciones deben hacerse mutuamente por escrito. Las dirigidas a la Mutualidad podrán hacerse, bien directamente a la misma, en su domicilio social o en el de sus sucursales, o en el del Agente de seguros que intervienen o hayan intervenido en el Contrato y cuyo nombre figure en las Condiciones Particulares.

2. Si la comunicación la efectúa un Corredor de seguros en su nombre, surtirá los mismos efectos, salvo indicación suya en contra.

3. El pago del importe de la Cuota efectuada por el tomador del seguro a un Corredor no se entenderá realizado a la Mutualidad, salvo que el Corredor entregue al Tomador el recibo de Cuota de la Mutualidad.

4. La mutualidad enviará sus comunicaciones al último domicilio que conozca del Tomador. Las comunicaciones de la Mutualidad

al tomador del seguro o a los asegurados se realizarán al domicilio de los mismos recogidos en la póliza, salvo que se hubiese notificado por escrito a la entidad aseguradora el cambio de su domicilio.

Artículo 15º. Subrogación.

El tomador/beneficiario/mutualista se obliga a otorgar y facilitar, en favor de AFEMEFA, la subrogación a la que se refieren los arts. 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del Siniestro, y hasta el límite de la asistencia prestada, correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables de aquél.

El Asegurador no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. Asimismo, el Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar al Asegurador en su derecho a subrogarse.

El derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra el cónyuge del Asegurado, ni otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo, que conviva con el Asegurado. No obstante, esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la misma está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

Artículo 16º. Prescripción.

Las acciones de que disponen el Tomador y/o Asegurado para reclamar judicialmente frente al rechazo, en su caso, de una Prestación, prescriben a los cinco años, a contar desde el día en que tales acciones pudieron ejercitarse.

Artículo 17º. Jurisdicción

Será el Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato del Seguro en el domicilio del Asegurado.

Artículo 18º. Actualización de Cuotas

El Asegurador, anualmente, podrá actualizar el importe de cuotas, según el IPC sanitario o índice que lo sustituya. Además, estas actualizaciones de cuotas se fundamentarán en los cálculos técnicos - actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero - actuarial del Seguro.

Artículo 19º. Información y Protección del Asegurado.

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, mutualistas, 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, Pº de las Delicias, 48 1º, 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.

Las decisiones de éste Departamento favorables al reclamante, vincularán a la Entidad Aseguradora.

Asimismo, los interesados podrán interponer 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 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 posteriores 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 2502/2012, 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 posteriores 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 (art. 61.1 de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados)

Artículo 20º. Tratamiento de los datos de carácter personal.

Responsable del tratamiento.

De conformidad con lo previsto en la normativa de protección de datos de aplicación, en concreto, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (RGPD) y la LO 3/2018, de 5 de diciembre de 2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD), le informamos que como tomador y/o asegurado los datos personales suministrados voluntariamente en la solicitud de seguro y los que pudieran obtener del historial clínico y documentación médica que conste en los reconocimientos y tratamiento derivados de la relación aseguradora en virtud de las coberturas garantizadas, así como todos aquellos datos que nos pudieran facilitar con posterioridad durante la vigencia de la relación contractual entre ambas partes, así como, de los

derivados de su relación con los profesionales que intervengan en virtud de la relación contractual establecida, y de aquellos otros a los que la entidad tenga acceso como consecuencia de la relación aseguradora, serán tratador por Asociación Ferroviaria Médico Farmacéutica (AFEMEFA), Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija. NIF: G-28556462. Domicilio: Paseo de las Delicias, 48 – 1º; 28045 Madrid. Tfn. 915 280 582. Contacto DPD: comunicacion@afemefa.com, en calidad de responsable del tratamiento.

En caso de no facilitar la información obligatoria e imprescindible solicitada, no será posible llevar a cabo la relación precontractual y/o contractual con usted.

Usted podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección: comunicacion@afemefa.com.

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.

Finalidades y legitimación del tratamiento de sus datos personales.

Sus datos personales serán tratados para las finalidades y con las bases de legitimación que se indicarán a continuación:

- Formalización, gestión y ejecución de la relación precontractual y/o contrato de seguro, constituyendo la base de legitimación es la ejecución del contrato. Asimismo, AFEMEFA, también trata datos de salud, la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades aseguradoras y reaseguradoras (en adelante, LOSSEAR) legitima el tratamiento de los datos que resulten necesarios para la ejecución del contrato de seguro, así como, por razones de interés público en el ámbito de la salud pública.
- Para el tratamiento de datos de menores de 14 años será necesario haber obtenido previamente el consentimiento del titular de la patria potestad o de la tutela, de conformidad con el artículo 7.2 de la LOPDGDD.
- 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 base de legitimación del tratamiento es el consentimiento explícito del interesado. La utilización de tales medios por los titulares comportará la aceptación y conservación de sus datos biométricos para tales fines.

Consiento EXPRESAMENTE el tratamiento de mi/s dato/s biométrico/s, para la finalidad expresada en este documento .

- Realizar grabaciones de conversaciones telefónicas con motivo de la relación contractual existente entre ambas usted y AFEMEFA como consecuencia de nuestro interés legítimo en controlar la calidad de nuestros servicios y garantizar la seguridad de las llamadas. Asimismo, le informamos que con base en el interés legítimo de AFEMEFA, las llamadas podrán ser utilizadas como medio de prueba en cualquier procedimiento judicial o extrajudicial.
- Consulta de ficheros comunes relativos al incumplimiento de obligaciones dinerarias con el fin de determinar la solvencia económica, a fin de calcular el riesgo que se asocia a la contratación, así como para determinar la prima. La base de

legitimación es el interés legítimo de AFEMEFA y la defensa de sus intereses.

- Envío, por cualquier medio, de ofertas o comunicaciones publicitarias y promocionales de contratación de productos y/o servicios de la entidad aseguradora, sean de carácter general o adaptadas al perfil y/o a sus características personales, así como, para la elaboración de encuestas de calidad y satisfacción, programas de fidelización de clientes u otros análogos. Todo ello en base a la base del interés legítimo de AFEMEFA en mantenerle informado de nuestros productos y/o servicios.

SI NO DESEA recibir información comercial, marque la casilla .

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.

Categorías y procedencias de datos de carácter personal.

Los datos de carácter personal objeto de tratamiento, incluso los datos de salud serán los que se recaben en el marco precontractual y/o contrato de seguro.

- Datos facilitados con carácter previo a la contratación presupuesto, proyecto y solicitud de seguro.
- Datos que consten en la póliza y/o datos generados durante la relación contractual.
- Datos recabados de otras fuentes, entre ellos, ficheros de solvencia patrimonial y crédito, abogados, peritos, hospitales...

Los datos objeto de tratamiento serán relativos al tomador y otras personas físicas que puedan estar relacionadas con el contrato de seguro como asegurados, beneficiarios o terceros perjudicados. 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 los tratamientos 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.

Destinatarios de sus datos personales.

Los datos personales adecuados, pertinentes y no excesivos podrán ser comunicados a las siguientes categorías de destinatarios:

- Médicos, centros sanitarios, hospitales, otras instituciones o personas y otras aseguradoras y reaseguradoras por razones de coaseguro, reaseguro, cesión de cartera o la realización de operaciones conexas, cesión o administración cuya base de legitimación es la base legal (Ley de Contrato de Seguro y la LOSSEAR) y el interés legítimo de AFEMEFA.
- Fuerzas de seguridad, jueces y tribunales, en caso de ser requerida con el fin de investigar conductas fraudulentas o delictivas, cuya base de legitimación es la base legal.
- Agencia Española de la Administración Tributaria para el cumplimiento de obligaciones fiscales y tributarias.
- 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, 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 estadísticas 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 el artículo 20 de la LOPDGGD.

Transferencias Internacionales de Datos.

No se prevén transferencias internacionales de datos.

Ejercicio de derechos.

La entidad aseguradora informa sobre la posibilidad de ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad y la limitación u 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: comunicacion@afemeFA.com o dirección postal: AFEMEFA, Paseo de las Delicias 48, 1º, 28045 Madrid, con la referencia "Protección de datos personales".

- Derecho de acceso: tiene derecho a que AFEMEFA confirme si está o no tratando sus datos y, en su caso, solicitar el acceso a los datos o determinada información del tratamiento como: fines, categorías de datos, destinatarios...
- Derecho de rectificación: de datos inexactos.
- Derechos de supresión (derecho al olvido): de los datos cuando, entre otros motivos, éstos ya no sean necesarios para los fines que fueron recogidos.
- Derecho de limitación: en el supuesto que el interesado impugne la exactitud de los datos, mientras se verifica su exactitud, podrá solicitar la limitación del tratamiento de los datos de carácter personal. En ese caso, los datos únicamente serán tratados para el ejercicio o defensa de las reclamaciones.
- Derecho a la portabilidad: a recibir sus datos en un formato estructurado, de uso común y lectura mecánica, y a transmitirlo a otro responsable del tratamiento.
- Derecho de oposición: en cualquier momento.
- Revocación del consentimiento.

Asimismo, tiene derecho a reclamar ante la Autoridad de Control (Agencia Española de Protección de Datos: www.aepd.es).

Conservación de sus datos personales.

AFEMEFA, conservará sus datos mientras perdure la relación contractual con usted, así como, una vez finalizada y durante el plazo de caducidad o prescripción de las normas penales, civiles, fiscales o mercantiles de aplicación. Tras lo anterior, los datos serán eliminados.

Artículo 21. Otros aspectos legales

21.1.- 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 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.

21.2. 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.

Artículo 22. Responsabilidades de la Asociación

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que la Aseguradora pone a disposición del Asegurado y que éste solicita, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la asistencia sanitaria. En consecuencia, AFEMEFA en ningún caso responderá de los actos y/u omisiones de tales profesionales y centros.

Artículo 23.- CONTENIDO DEL CONTRATO Y CONFORMIDAD.

Esta Póliza o Contrato de Seguro comprende de forma inseparable

- El Reglamento de Prestaciones que antecede,
- las Condiciones Particulares pactadas,
- las Condiciones Especiales, si las hubiere,
- los Anexos acompañados a cada una de ellas,
- el Cuadro Médico, y
- la Tarjeta Sanitaria

El tomador declara expresamente haber visto, leído y entendido todos y cada uno de los documentos citados en el párrafo anterior, así como en especial, el contenido de la cláusula 17 del presente Reglamento de Prestaciones.

Disposición adicional 1ª

El presente Reglamento de prestaciones, anula cualquier otro anterior, entrando en vigor en el momento de aprobación por la Asamblea General de Mutualistas.

Disposición adicional 2ª

Este reglamento, aprobado en Asamblea General de Mutualistas, en fecha veintiséis de junio de dos mil quince, anula a los anteriores y queda sujeto a cuanto se especifica en nuestros Estatutos Sociales 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 de la Zona de Valladolid, ha sido aprobado en la Asamblea General de Mutualistas celebrada el día veinticuatro de junio de dos mil dieciséis.



NÚMERO DE PÓLIZA CONTRATADA

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 2

EL TOMADOR

POR AFEMEFA

