

Póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria

Aprobado por Asamblea General de Mutualistas
24 de junio de 2016

*Reglamento de
Prestaciones*





AFEMEFA SALUD ESTÁNDAR

Versión 5_19

Póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria Reglamento de Prestaciones

DOMICILIO SOCIAL: Paseo de las Delicias 45, 1º.- 28045 MADRID
Tfno.: 915 280 582-
FONDO MUTUAL: 297.624,74 EUROS

CLAUSULA PRELIMINAR

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.

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.

DEFINICIONES

Accidente. Lesión corporal sufrida durante la vigencia de la Póliza, derivada de una causa violenta e impredecible, súbita, externa y ajena a la voluntad o intencionalidad del Asegurado.

Asegurado: La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el seguro.

Asegurador/a Entidad Aseguradora: AFEMEFA. Asociación Ferroviaria Médico-Farmacéutica de Previsión Social (Mutualidad de Previsión Social a Prima Fija) entidad que asume el riesgo contractualmente pactado por medio de la Póliza

Atención en Domicilio: Asistencia del Médico o del A.T.S. / D.U.E. definidos en esta cláusula, al Asegurado y precisamente en el domicilio que figure en la Póliza, en el caso de que la patología del

enfermo requiera cuidados especiales. Esta asistencia se llevará a cabo previa prescripción del Médico y no incluirá la asistencia de tipo social, ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios que la presten en el domicilio del Asegurado.

A.T.S. /D.U.E.: Profesional legalmente capacitado y habilitado para desarrollar la actividad de enfermería respecto enfermedades o lesiones cubiertas por la garantía de la Póliza.

Autorización Previa: Es la necesaria para determinados servicios específicos relacionados como tales en el Cuadro Médico, los cuales sólo pueden ser prestados bajo la cobertura si cuentan con dicha autorización.

Beneficiario: El Asegurado que, en caso de siniestro, ha de recibir la prestación de que se trate.

Carencia (o "Plazo o Período de Carencia"): Período de tiempo en el cual no entran en vigor, a partir de la "fecha de efecto" del seguro, algunas de las coberturas incluidas dentro de la garantía de la Póliza. Se computa desde la "fecha de efecto" que, como tal, figura en las Condiciones Particulares de la Póliza y por meses completos, para cada uno de los Asegurados incluidos en aquélla.

Condiciones Particulares: Documento integrante de la Póliza en las que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Cuadro Médico: Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por el Asegurador, con su dirección, teléfono y horario.

Cuestionario de Salud: Declaración realizada y firmada por el Tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la Póliza, que sirve al Asegurador para la evaluación y aceptación, en su caso, del riesgo que es objeto del Contrato de Seguro y la fijación del importe de la Prima.

Cuota o prima: Constituye el precio o importe del seguro, que el Tomador/Asegurado/ Mutualista ha de pagar a la Entidad. La Prima o cuota contiene los recargos, tasas e impuestos legalmente aplicables. La Prima del seguro tiene periodicidad anual, aunque se fraccione su pago.

Enfermedad. Toda alteración no accidental del estado de la salud, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la póliza.

Enfermedad, Lesión, Defecto o Deformación Congénitos: Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida del Asegurado.

Enfermedad Preexistente: Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de contratación del seguro o a la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, haya sido detectada anteriormente la enfermedad o no.

Exclusiones: las cláusulas contractuales que suprimen alguna de las garantías de la póliza.

Hospital: Todo establecimiento en el que puede legalmente realizarse el tratamiento Médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento. Dicho establecimiento contará con la asistencia permanente de un Médico, y sólo se admitirá el ingreso en el mismo de personas enfermas o lesionadas. No se considerarán hospitales, a efectos de la Póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo o de convalecencia, instalaciones dedicadas principalmente al

internamiento y/o tratamiento de drogadictos o alcohólicos, e instituciones similares.

Hospitalización: Representa el hecho de que una persona figure registrada como paciente en un hospital y que permanezca ingresada un mínimo de 24 horas.

Hospitalización a domicilio. Asistencia del médico generalista y de ATS o DUE al Asegurado en el domicilio que figura en la póliza, cuando la patología del enfermo 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.

Hospital de Día: Representa el hecho de que una persona figure registrada como paciente en aquellas unidades así denominadas, tanto médicas como quirúrgicas, con el fin de realizar un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia, sin que ello suponga pernoctar y pudiendo o no realizar una de las comidas principales en dicha unidad.

Intervención Quirúrgica: Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

Lesión: Cambio patológico que se produce en un tejido u órgano sano y comporta una perturbación bien en la integridad física o en el equilibrio funcional.

Línea: Antiguos beneficiarios con residencia fuera de las ciudades de Madrid, Alcorcón y Valladolid.

Límites Establecidos en Condiciones Particulares: Son las cantidades máximas que AFEMEFA se compromete a cubrir, con relación al particular riesgo objeto del Contrato de Seguro, en cada caso.

Médico: Profesional legalmente habilitado para ejercer la Medicina y para tratar médica o quirúrgicamente enfermedades o lesiones cubiertas en la garantía de la Póliza.

Médico Especialista o Especialista: Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una especialidad de las legalmente reconocidas.

Periodo de Carencia: Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de 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 de Disputabilidad: Periodo de tiempo durante el cual el Asegurador puede, bien negar la cobertura, bien impugnar el contrato alegando Enfermedades Preexistentes y no declaradas por aquél en el Cuestionario de Salud, a la formalización del seguro.

Transcurrido dicho plazo, el rechazo del Asegurador deberá fundarse en la existencia de una ocultación dolosa por parte del Asegurado.

Póliza: Es el Contrato de Seguro o documento formalizado por escrito entre el Asegurador y el Tomador del Seguro, en el que se contienen las condiciones por las que se regula la relación entre ambas partes, y del Asegurador con el Asegurado y/o el Beneficiario del seguro. Comprende: (1) la Solicitud del Seguro; (2) el Cuestionario de Salud; (3) el Reglamento de Prestaciones; (4) las Condiciones Particulares, que identifican e individualizan el riesgo; y (5) Suplementos, Anexos o Apéndices que, en su caso, se añadan

para completar o modificar el Contrato de Seguro durante la vigencia del mismo.

Precios Especiales: Importe que el Asegurado debe abonar al Asegurador en determinadas pruebas no cubiertas en la cobertura de la Póliza que hubiera suscrito.

Prestación (o Acto Médico o Asistencia): Es la asistencia sanitaria concreta derivada de un siniestro, cubierta por la Póliza.

Prima: Constituye el precio o importe del seguro, que el Tomador/Asegurado/ Mutualista ha de pagar a la Entidad. La Prima o cuota contiene los recargos, tasas e impuestos legalmente aplicables. La Prima del seguro tiene periodicidad anual, aunque se fraccione su pago.

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.

Servicio a domicilio. Visita en el domicilio que figura en la Póliza y a solicitud del Asegurado por médico de cabecera, pediatra- puericultor, ATS o DUE, en aquellos casos en que el asegurado se encuentre, por razón de su enfermedad, incapacitado para trasladarse al consultorio del médico, ATS o DUE. No se 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.

Servicio de urgencia a domicilio. Asistencia en el domicilio del Asegurado en casos de urgencia prestada por médicos generalistas o ATS.

Siniestro. Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la póliza y previsto en la misma. Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.

Tarjeta Sanitaria: Documento propiedad del Asegurador, que se expide y entrega a cada Asegurado incluido en la Póliza. Su uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la Póliza, y acredita la pertenencia del Asegurado

Tomador (del seguro): La persona física o jurídica que suscribe junto con el Asegurador este Contrato y acepta las obligaciones que en él se establecen a cambio de las que AFEMEFA toma a su cargo, excepto las que por su propia naturaleza corresponden al Asegurado o Beneficiario.

Urgencia: Es aquella situación que requiere, por sus características, asistencia sanitaria inmediata a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

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.

Zona. Antiguos beneficiarios con residencia en las ciudades de Madrid, Alcorcón y Valladolid.

Artículo 1. 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 2. DESCRIPCION Y FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

Las diferentes prestaciones de tipo asistencial objeto de la cobertura asegurada, se encuentran relacionadas en las Condiciones Particulares de la Póliza, que junto al presente Reglamento de Prestaciones, y los Apéndices de modificación acordados por las partes, componen de forma inseparable, la Póliza o Contrato de Seguro del Asegurado.

2.1. ÁMBITO GEOGRÁFICO: La asistencia sanitaria cubierta por el seguro se prestará en todas las ciudades españolas donde AFEMEFA tenga dispuestas o contrate esa prestación con facultativos, clínicas y otros establecimientos e instituciones, siempre de acuerdo con las disposiciones aplicables.

2.2. LIBERTAD DE ELECCIÓN: El asegurado puede elegir libremente para su asistencia en las prestaciones sanitarias incluidas en la Póliza a cualquiera de los profesionales o centros incluidos en el Cuadro Médico de AFEMEFA que en cada momento se encuentre vigente.

2.3. CONSULTAS: Los servicios de consulta médica que se aseguran son prestados en ambulatorios o consultas privadas o bien en centros de salud también de carácter privado, en ambos casos **concertados por AFEMEFA** para prestar tales servicios a sus Asegurados, de forma que el acceso a los mismos, sea sencillo y rápido.

2.4. CUADRO MEDICO: Este seguro de asistencia sanitaria se presta a través del Cuadro Médico de la Aseguradora, mediante el cual ésta se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que éste requiera en toda clase de enfermedades y lesiones o por embarazo, parto y puerperio, siempre que dicha asistencia esté comprendida en la cobertura asegurada según la cláusula 4ª (Cobertura) y, en su caso, en las Condiciones Particulares que configuren la concreta Póliza suscrita por el Asegurado, y siempre que no se encuentre expresamente excluida, según lo dispuesto en la cláusula 5ª

(Exclusiones) del presente Reglamento de Prestaciones.

2.5. VISITAS DOMICILIARIAS DE MEDICINA GENERAL Y ATS/DUE: Los servicios de Médico de Familia que garantiza la Póliza corresponden exclusivamente a la consulta externa, incluyendo la visita domiciliaria siempre que ésta sea prescrita por un Facultativo de la Entidad. Se solicitara, para enfermos que no puedan desplazarse a la consulta. El uso adecuado de este servicio requiere que se utilice sólo por motivos estrictamente médicos. AFEMEFA se obliga a prestar la asistencia **únicamente en el domicilio del Asegurado que figura en la Póliza**; siempre y cuando esté concertado dicho servicio en esta zona; cualquier cambio de este deberá notificarse al asegurador por cualquier medio fehaciente con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de una prestación en él.

2.6. URGENCIAS A DOMICILIO: El asegurado podrá solicitarlas cuando, por motivos de imposibilidad manifiesta, y el médico de cabecera no pueda trasladarse al domicilio del asegurado. Estos servicios deberán solicitarse al teléfono indicado en la documentación que se entrega al Asegurado, y se prestarán únicamente en aquellas poblaciones en las que la Entidad tenga contratado el Servicio, el cual figurará en el Cuadro Médico. Para esta prestación AFEMEFA sólo queda obligada a realizarla en la dirección que figura en la Póliza.

2.7. URGENCIAS: El Asegurado podrá acudir directamente al/ a los Centros Permanentes de Urgencias que tenga concertados AFEMEFA, cuya dirección figura en el Cuadro Médico que se entrega al Asegurado, y siempre que el asegurado tenga derecho según los servicios contratados.

2.8. ASISTENCIA A DESPLAZADOS: La Aseguradora se compromete a prestar asistencia sanitaria en caso de urgencia al Asegurado desplazado a cualquier provincia española fuera de la Comunidad Autónoma a la que pertenezca la Póliza dentro del territorio nacional y en Europa, tanto en las capitales como en las localidades donde hubiera centros concertados y siempre que el asegurado tenga derecho según los servicios contratados.

A estos efectos, se facilita al Mutualista información de la entidad colaboradora donde se le remitirá al centro más cercano al que se encuentre el Asegurado y que hubiere colaboración en los que puede ser atendido con cargo a la presente Póliza.

2.9. HIJOS RECIEN NACIDOS: Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al seguro de AFEMEFA de la que aquella fuese asegurada, los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la Póliza de la madre desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador deberá comunicar a AFEMEFA tal circunstancia en un **plazo no superior a 15 días desde el nacimiento**, mediante la cumplimentación de una solicitud de seguro. Las altas comunicadas en plazo retrotraerán sus efectos a la fecha del nacimiento, no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre.

Si al alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado; será necesario cumplimentar el Cuestionario de salud y la Aseguradora podrá denegar la admisión. De aceptarse al nuevo

asegurado, serán aplicables a éste los periodos de carencia establecidos en este Reglamento de Prestaciones.

En todo caso, la Aseguradora cubrirá la asistencia sanitaria al recién nacido durante las primeras 48 horas de vida, finalizando la cobertura trascurrido dicho plazo, excepto en los casos en que se haya abonado la cantidad estipulada en concepto de seguro colectivo de nacimientos antes de las 30 semanas de gestación.

No queda cubierta ninguna intervención quirúrgica sobre el no nacido.

2.10. COMUNICACIÓN DE SINIESTROS: Se entenderá comunicado el Siniestro al solicitar el Asegurado la Prestación según lo previsto en la Póliza. Será de aplicación especial para las Urgencias lo previsto en las Cláusulas 2.7

2.11. AMBULANCIA: Se presta este servicio siempre por vía terrestre y a través de los servicios de ambulancia concertados con la Aseguradora. Solo están comprendidos en la presente garantía, los traslados **desde el domicilio que figure en la Póliza de asegurado al Hospital concertado con la Entidad.**

Para la solicitud de este servicio es necesario el volante de un médico concertado por la Aseguradora, tramitado en la oficina del mismo, salvo los casos de Urgencia, en que no se necesitara este volante. Esta prestación no incluye en ningún caso los traslados para tratamientos de Rehabilitación, fisioterapia, diálisis, o realización de pruebas diagnósticas ni asistencia a consultas médicas en régimen ambulatorio.

AFEMEFA no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su Cuadro Médico, ni de los gastos de internamiento hospitalario, sanatorial o servicios que los mismos pudieran prescribir.

Artículo 3.-REQUISITOS PARA EL ACCESO A LA PRESTACION

3.1. REQUISITOS COMÚNES PARA CUALQUIER PRESTACIÓN

TARJETA SANITARIA: Se requerirá al Asegurado, ante el facultativo o centro en el que éste reciba la prestación, la presentación de la Tarjeta Sanitaria que acredite su pertenencia a AFEMEFA, junto con el recibo acreditativo de estar al corriente del pago de la prima.

Una vez haya recibido la prestación deberá el Asegurado firmar el justificante del servicio recibido o volante, que el facultativo o clínica entregara a la Entidad como comprobante justificativo de la prestación.

El Asegurado, deberá presentar, si le fuese requerido, su Documento Nacional de Identidad ante el facultativo o centro en el que éste reciba la prestación.

3.2. PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA. AUTORIZACION:

Con carácter general: Para intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, y determinadas pruebas diagnósticas de aquellos servicios para los que el Cuadro Médico impreso así lo determine,

será ordenada por escrito por un médico del cuadro y el Asegurado deberá obtener, la previa autorización documentada del Asegurador en sus oficinas.

Será asimismo requisito imprescindible para obtener la conformidad escrita de la Aseguradora que el acto Médico a efectuar en régimen de Hospitalización, vaya a ser realizado por un facultativo del Cuadro Médico de AFEMEFA y este cubierto por la Póliza.

En los casos de Urgencia será necesaria la prescripción de un Médico de la Entidad, podrá ser facilitada por el mutualista o beneficiario a AFEMEFA con posterioridad, y siempre en los términos y plazos previstos en la Cláusula de Urgencias de este Reglamento de Prestaciones.

La autorización otorgada por AFEMEFA vinculará económicamente a ésta, salvo que en dicha autorización se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta en la Póliza.

Artículo 4. EXCLUSIONES

Quedan excluidos del objeto de este seguro los gastos médicos y en su caso 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, terrorismo y epidemias declaradas oficialmente.

3. Enfermedades o accidentes que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva que se hallaren cubiertos por los Seguros de Responsabilidad Civil por Daños Nucleares, así como los que provengan de cataclismos como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos.

4. La asistencia sanitaria que exija tratamiento por accidentes escolares cubiertos por el Seguro Escolar, enfermedades o accidentes laborales, profesionales y las derivadas de ellas, sean de

tipo crónico o no. Así como las producidas en prácticas deportivas, las derivadas 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 Públicos 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, excepto la quimioterapia administrada en centros concertados. Igualmente quedan excluidos las vacunas de todo tipo y los contrastes radiológicos en régimen ambulatorio, así como el material necesario para su administración.

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, autovalimiento 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. El estudio, diagnóstico y tratamiento de la impotencia y disfunción eréctil, y la interrupción voluntaria del embarazo, así como toda la asistencia relacionada a dicha interrupción.

9. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto el trasplante autólogo de médula ósea por tumores de estirpe hematológica y el trasplante de córnea. En este último caso, la Mutualidad no se hace cargo de la córnea a trasplantar.

10. La asistencia derivada de infección por Virus de 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. Esta exclusión abarca las pruebas y/o material necesario para su realización.

12. Los tratamientos capilares con finalidad estética. 13 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, salvo los contemplados en la descripción de los servicios.

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. Se exceptúan los reservorios implantables de acceso venoso utilizados en Oncología.

17. Tratamientos de diálisis.

18. Los gastos por viaje y desplazamientos salvo la ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios.

19. Técnicas quirúrgicas o tratamientos terapéuticos que usan el láser, salvo las técnicas de fotocoagulación en Oftalmología en los términos descritos en las condiciones particulares de la póliza 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. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de esta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional.

22. Ondas de choque para calcificaciones musculotendinosas.

23. La corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía o astigmatismo y presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular.

24. La cirugía robótica asistida en todas las especialidades, las cirugías profilácticas y las cirugías del cambio de sexo.

25. 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 5.- COBERTURAS

A) ATENCION PRIMARIA.

Este primer nivel asistencial está integrado por los siguientes servicios:

1. Medicina General tanto en consulta como en el domicilio (**en este caso para los socios con esa cobertura contratada**). Los socios que no tengan médico de cabecera en el municipio de su residencia, podrán acudir a cualquiera de los recogidos en la guía médica vigente en cada momento.

2. Pediatría y Puericultura para menores de 14 años.

3. Atención de enfermería en consulta y en el domicilio (**en este caso para los socios con esa cobertura contratada**) previa prescripción de un médico de la Sociedad.

4. Atención permanente de urgencia en el domicilio (**en este caso para los socios con esa cobertura contratada**) y en los servicios de urgencia concertados, para todos los asociados.

5. Estudios analíticos básicos que se precisen.

6. Pruebas radiológicas convencionales.

B) ESPECIALIDADES

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

- Alergia e inmunología. Las autovacunas serán por cuenta del asegurado.
- Análisis clínicos. Previa prescripción del facultativo de la Mutualidad
- Bioquímica. Previa prescripción del facultativo de la Mutualidad.
- Microbiología y parasitología. Previa prescripción del facultativo de la Mutualidad.
- Radioinmunoanálisis. Previa prescripción del facultativo de la Mutualidad.
- Anatomía patológica. Previa prescripción del facultativo de la Entidad.
- Anestesiología y reanimación. Incluye toda clase de anestésicos prescritos por médicos de la Mutualidad, así como una consulta de estudios preoperatorios.
- Angiología y Cirugía vascular.
- Aparato Digestivo.
- Cardiología.
- Cirugía Cardiovascular.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Cirugía Maxilofacial. **Quedan excluidos los tratamientos estéticos. Asimismo queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica aunque las mismas tengan finalidad funcional, así como los tratamientos y pruebas diagnósticas previas.**
- Cirugía Plástica y Reparadora. Queda incluida la reconstrucción exclusivamente en la mama afectada tras mastectomía radical, y la prótesis mamaria y expansores de piel requeridos en esta intervención quirúrgica.
- Cirugía Torácica.
- Dermatología.
- Endocrinología.
- Hematología.
- Medicina del Dolor –**con el límite de ocho sesiones en el año natural**- Incluye los reservorios implantables (port-a-cath), quedando **excluidas las bombas implantables** para perfusión de medicamentos y los electrodos de estimulación medular.
- Medicina intensiva.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear. **Acelerador lineal de partículas a cargo del asegurado.**
- Neonatología. Incluye toda la asistencia precisa en las primeras 48 horas de vida.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurología. En la infiltración con toxina botulínica, **el fármaco es por cuenta del asegurado.**
- 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, 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 inseminación 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 y la amniocentesis.

- Odontología. Únicamente incluye extracciones, una limpieza de boca al año y curas estomatológicas derivadas de éstas. **Quedan excluidos los empastes, las prótesis, la ortodoncia y endodoncia, así como las pruebas previas para estos tratamientos.**
- Oftalmología. Incluye la cirugía general oftálmica y la fotocoagulación con láser, la graduación de vista, la retinografía, ortóptica. **No está incluido el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos.**
- Oncología médica. Diagnóstico, planificación y tratamientos de las enfermedades subsidiarias de esta especialidad.
- Otorrinolaringología.
- Psiquiatría: **Quedan excluidos los tratamientos psicológicos y los tratamientos y técnicas de psicoanálisis, psicoterapia, hipnosis, serología y narcolepsia ambulatoria. Se excluye la hospitalización. La asistencia psicológica de los Psicólogos del Cuadro Médico tiene un descuento para Mutualistas.**
- Radiodiagnóstico. Las técnicas cubiertas quedan especificadas en el apartado de medios técnicos de diagnóstico. **Los medios de contraste serán por cuenta del asegurador exclusivamente en las exploraciones realizadas en régimen de hospitalización.**
- Rehabilitación y fisioterapia, previa prescripción de un Médico del Cuadro Médico de la Mutualidad. Incluye la rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor., con un **límite de 30 sesiones al año** en cualquier tipo de patología, sea quirúrgica o no. **Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional.**
- Reumatología.
- Traumatología y Cirugía ortopédica. Queda **excluida la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento**
- Urología.

LA ASEGURADORA 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.

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:

- Angiofluoresceingrafía
- Audiometrías.

- Biometrías.
- Campimetrías.
- Colonoscopias.
- Densitometría ósea.
- Doppler craneal y de miembros.
- Ecocardiogramas.
- Ecografías.
- Electrocardiogramas.
- Electroencefalogramas.
- Electromiogramas.
- Espirometrías.
- Flebografías.
- Gastroscopias.
- Test aliento.
- Timpanometrías.
- Mamografías.

Los medios diagnósticos de alta tecnología:

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

- Análisis especiales. Ver determinaciones no cubiertas en apartado 25 de Riesgos excluidos.
- Arteriografías.
- Biopsia de mama "ARPON".
- Ergometrías.
- Estudios Holter de Presión y de Arritmias.
- Fibrobronoscopias.
- Gammagrafías.
- LASER Argón (retina y glaucoma). Excluido el tratamiento con LASER Yag (estética y capsulotomía)
- Medicina nuclear.
- Resonancia magnética. T.A.C.
- Cateterismo cardiaco

Quedan excluidos los siguientes métodos diagnósticos de alta tecnología:

- Polisomnografía.
- Colonografía realizada mediante TAC (exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).
- Coronariografía por TAC (exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis tras cirugía de bypass coronario y en malformaciones del árbol coronario, no incluyendo bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación de stent, la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening).
- Medicina Nuclear: Radiofármaco por cuenta del asegurado.
- PET/TAC
- Pruebas genéticas: Quedan excluidos de la cobertura del Seguro, el diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia

génica, los estudios de farmacogenética y la determinación del mapa genético preventivo.

- Radiología intervencionista de embolización de aneurismas, MAV y quimioembolización.

D) MÉTODOS TERAPÉUTICOS.

- Aerosolterapia y ventiloterapia (solo en centros sanitarios). Los medicamentos serán por cuenta del asegurado.
- Diálisis. Sólo en procesos agudos
- Isótopos radiactivos. A cargo del asegurado.
- Litotricia del aparato urinario. A cargo del asegurado.
- Oxigenoterapia. Se excluye la oxigenoterapia ambulatoria y los tratamientos con CPAP y BIPAP.
- Quimioterapia. La estancia en el centro asistencial queda limitado a un máximo de 50 días por año.
- Radioterapia. Excluidos niveles de complejidad IV y V y braquiterapia, Acelerador lineal de partículas a cargo del asegurado.
- Transfusiones.
- Tratamiento del dolor (excluida medicación)
- Cateterismo cardiaco

E) HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización debe ser pedida siempre por un médico concertado de la Entidad con su correspondiente volante, y contar con la autorización de la Sociedad. Los ingresos se realizarán siempre en cualquiera de los centros concertados por la Mutualidad que figuran en el cuadro médico... El periodo de carencia para cualquier tipo de ingreso es de seis meses, a excepción del ingreso Obstétrico (Partos) que es de diez meses, y del ingreso derivado de una situación de Urgencia Vital así considerada por un médico especialista de la Entidad que, excepcionalmente, no tiene carencia.

Por regla general, los ingresos se efectuarán en habitación individual con cama para el acompañante, excepto en UVI. Los gastos de estancia, manutención del enfermo y de un acompañante, así como la medicación, curas y otros tratamientos necesarios lo cubrirá la Entidad, siempre que no estén reflejados en las Exclusiones.

1- Hospitalización Obstétrica (partos)

Los ingresos de estos casos se harán en un centro concertado, y dispondrá también de habitación individual, con cama para acompañante. Los gastos de estancia y la manutención de la parturienta, quirófano, anestesia (incluida la epidural), curas, medicación, Nido y UVI neonatológica, si procede, **corren a cargo de la Sociedad durante las primeras 48 horas de vida del recién nacido.**

Con la autorización del volante para el ingreso en esta Entidad, a la elección de la asegurada y antes de la semana 30 de gestación, habrá que efectuarse el pago estipulado, para cubrir y atender todos los gastos que se produzcan por la asistencia al recién nacido más allá de las 48 primeras horas de vida.

En todo caso, no se cubrirá ningún tipo de actuación sobre el no nacido.

2- Hospitalización Quirúrgica

Estos ingresos se harán en cualquiera de los centros concertados por la Mutualidad. Se realizarán en habitación individual con cama de acompañante. Los gastos de estancia manutención de enfermo y acompañante, 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.

3- Hospitalización médica

Se realizará en cualquiera de los centros concertados por la Mutualidad, en habitación individual con cama de acompañante. Los gastos de estancia y manutención de enfermo y acompañante, medicación y tratamiento necesario lo cubrirá la Entidad. La duración de la estancia hospitalaria la establecerá el médico de la Entidad encargado de la asistencia y alcanzará hasta que el médico determine su traslado a domicilio.

Para el tratamiento de enfermedades no quirúrgicas, la Mutualidad limita la **cobertura** de este tipo de ingresos a un periodo máximo de **30 días al año**. Siendo el asegurado su propio asegurador de los gastos ocasionados con posterioridad a dicho límite.

4- Hospitalización domiciliaria

Tiene como fin asistir al enfermo a su casa manteniendo el entorno familiar del paciente. La realiza un equipo de hospitalización domiciliaria compuesto por médicos especializados en permanente contacto con el domicilio del paciente, quedando limitada la estancia a un periodo **máximo de 30 visitas al año**, siendo imprescindible volante e informe extendido por un médico o centro concertado por la Entidad

No incluye los gastos generados por asistencia de tipo social, hostelería, lencería, alimentación, medicación, monitorización, material sanitario, y cuidados no específicos del médico, DUE, ni la permanencia continuada de los profesionales sanitarios en el domicilio del asegurado.

5- Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva

Se realiza en cualquiera de los centros concertados por la Mutualidad por prescripción de un facultativo de la Entidad, sin cama de acompañante, quedando limitada la estancia a un periodo **máximo de 30 días al año**.

F) COMPLEMENTOS.

Servicio de Ambulancias

Cubre el transporte urbano para los socios exclusivamente de zona cuyo estado físico lo requiera. Sólo cubrirá el desplazamiento del Asegurado de zona desde su domicilio a cualquiera de los centros concertados por la Mutualidad viceversa con el fin de internamiento o de asistencia de urgencia, y siempre con volante de un médico de la Entidad. No incluye los traslados interurbanos, ni a consultas, ni los requeridos para tratamientos de rehabilitación.

Póliza de atención médico sanitaria de urgencia a desplazados

Garantiza a todos los asociados de la Entidad **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 de las oficinas de AFEMEFA, previa prescripción de algún facultativo de la Entidad.

Artículo 6.- DURACION DEL SEGURO

6.1. INICIO: Todas las Prestaciones que asuma AFEMEFA en virtud de esta Póliza serán exigibles/facilitadas en el momento de entrar en vigor el presente contrato, que será la "fecha de entrada en vigor" que, como tal, figure en sus Condiciones Particulares, con excepción de lo dispuesto en la Cláusula 6.2 siguiente.

6.2. DURACION: El contrato es anual, adaptándose a periodos naturales, teniendo el vencimiento a 31 de diciembre.

6.3. CARENCIA: Como excepción al principio general expuesto en la anterior Cláusula 6.1 a, la Póliza no entrará en vigor hasta haber transcurrido la respectiva Carencia, respecto de las Prestaciones consistentes en Asistencia Médica, quirúrgica y/u hospitalaria, en los siguientes casos:

Grupo A. Asistencia primaria. SIN CARENCIA

- Medicina General, **sin carencias**
- Pediatría Puericultura, **sin carencias**
- ATS. Enfermería, **sin carencias**
- Urgencias domiciliarias, **sin carencias**

Grupo B. Asistencia especializada. SEIS MESES

- Consultas, análisis clínicos básicos y radiodiagnóstico convencional, **sin carencias**
- Exploraciones especiales en general y específicamente: resonancia magnética, TAC, medicina nuclear, radiología vascular, ecografías y estudios hemodinámicos, **seis meses.**

Grupo C. Asistencia hospitalaria. SEIS MESES

- Cualquier intervención quirúrgica y/o ingreso hospitalario, **seis meses**

Grupo D. Otros

- Tratamientos de rehabilitación, **diez meses**
- Hospitalizaciones obstétricas (Asistencia al parto), **diez**

meses

- Atención Especial a domicilio: hospitalización domiciliaria y fisioterapia domiciliaria, **doce meses**
- Tratamiento de oncología médica o radioterápica, **doce meses**

Los plazos de carencia citados anteriormente no tendrán efecto en caso de enfermedades de urgencia vital sobrevenidas después de la fecha de efecto de la Póliza, así como en caso de partos prematuros, entendiéndose por tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación. Asimismo, los anteriores períodos de carencia podrán eliminarse o reducirse en los casos en que resulte procedente, según la naturaleza de la prestación de que se trate, si el futuro Asegurado se somete a un reconocimiento médico con carácter previo a la formalización de la Póliza. En tal caso, AFEMEFA pondrá a disposición del futuro Asegurado todos sus servicios asistenciales para la realización de dicho reconocimiento, no obstante lo cual, los gastos derivados del mismo serán a cargo del solicitante del seguro.

6.4. TÉRMINO Y PRÓRROGA

La Póliza se estipula por el período de tiempo previsto en sus **Condiciones Particulares**, y a su vencimiento, de conformidad con el art. 22 de la Ley de Contrato de Seguro, **se prorrogará tácitamente por períodos anuales**. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a dicha prórroga mediante **notificación escrita** a la otra parte, efectuada con una antelación **no inferior a un mes** respecto de la fecha de conclusión del período en curso. La notificación por parte del Tomador al Asegurador habrá de realizarse en el domicilio de AFEMEFA, o bien mediante cualquier medio que otorgue **constancia fehaciente** del contenido de la comunicación, su envío y recepción.

Si el Asegurado se encontrase hospitalizado, la comunicación efectuada por ASOCIACION FERROVIARIA MEDICO-FARMACEUTICA DE PREVISION SOCIAL (MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL A PRIMA FIJA) oponiéndose a la prórroga de la Póliza no surtirá efectos respecto de dicho Asegurado, hasta la fecha en que obtuviera el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

6.5. EXTINCIÓN.

La Póliza se extinguirá respecto de cada Asegurado, aunque continúe vigente para los restantes, en los siguientes casos:

1. Por fallecimiento del Asegurado.
2. Cuando uno de los Asegurados deje de vivir de forma habitual en el domicilio identificado en la Póliza, saliendo así del núcleo familiar. En tal caso, ese Asegurado causará baja en la Póliza y el Tomador deberá comunicarlo al Asegurador. Si esta persona desea contratar un nuevo Seguro y lo hace antes de que transcurra un mes desde la comunicación antedicha, el Asegurador mantendrá los derechos adquiridos en virtud de su anterior Póliza, siempre que contrate las mismas coberturas.
3. En los casos en los que el Asegurador tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud cometidas por el Tomador o el Asegurado al cumplimentar el Cuestionario

de Salud.

En tales casos, el Asegurador podrá rescindir la Póliza mediante declaración escrita dirigida al Tomador, en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que tuviera conocimiento de dicha reserva o inexactitud.

Artículo 7. PAGO DEL SEGURO Y ACTUALIZACION ANUAL

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 quedara liberada de su obligación.

SEGUNDA Y SUCESIVAS PRIMAS: En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas primas, la garantía del Asegurador quedara 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 8. BASES, PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO.

BASES

El presente contrato ha sido concertado sobre las bases de las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado

en el **Cuestionario de Salud** sobre su estado de salud y profesión habitual, formando dicha solicitud parte integrante del contrato. Dichas declaraciones constituyen la base para la evaluación y aceptación del riesgo por parte de la Aseguradora.

PÉRDIDA DE DERECHOS.

El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada en la Póliza en los siguientes casos:

Si al cumplimentar el Cuestionario de Salud el Tomador o el Asegurado ha sido inexacto o ha omitido cualquier circunstancia que pudiera influir en la valoración del riesgo.

El Asegurador podrá rescindir el Contrato dentro del plazo de un mes desde que tuviera conocimiento de dicha reserva o inexactitud por parte del Tomador del Seguro (art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

Si el Tomador o el Asegurado, obrando de mala fe, no comunican al Asegurador la agravación del Riesgo que cubre la Póliza, y sobreviniere un Siniestro (art. 12 de la Ley de Contrato de Seguro).

En tal caso, el Asegurador queda relevado de su prestación desde la fecha en la que el Tomador o el Asegurado hubiesen tenido constancia del agravamiento del Riesgo, cuya comunicación al Asegurador hubiesen omitido (art. 15 de la Ley del Contrato de Seguro)

Si el hecho garantizado sobreviene antes de haber sido pagada la Prima, salvo pacto en contrario. (art. 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

Cuando el Siniestro hubiese sido causado por dolo o mala fe por parte del Asegurado (art. 19 de la Ley de Contrato de Seguro).

Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos Asegurados, AFEMEFA solo podrá rescindir el contrato 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 año de nacimiento, la prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el Tomador vendrá obligado a abonar a AFEMEFA la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a ésta en concepto de prima y las que, de conformidad con las tarifas, le hubiere correspondido pagar según su verdadera edad.

INDISPUTABILIDAD

La Póliza no será disputable en cuanto al estado de salud del Asegurado si se hubiese practicado reconocimiento médico o se hubiese reconocido plenitud de derechos. En éste caso AFEMEFA no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que, de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento, se haga algún tipo de salvedad en las Condiciones Particulares de la Póliza. Si no se hubiera practicado reconocimiento médico, ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la Póliza será indisputable transcurrido un año desde la fecha de efecto del presente contrato.

Artículo 9. OTRAS OBLIGACIONES DE AFEMEFA.

Además de prestar la asistencia asegurada por la presente Póliza, AFEMEFA **deberá entregar al Tomador la siguiente documentación.**

- La Póliza (Reglamento de Prestaciones y condiciones particulares) o, en su caso, el Documento de Cobertura Provisional, conforme a lo previsto por el art. 5 de la Ley de Contrato de Seguro.
- La Tarjeta Sanitaria y el Cuadro Médico, en el que se especificarán los facultativos y centros contratados y concertados por la Entidad, las correspondientes direcciones, datos de contacto, horarios de consulta y domicilio del/ de los Centros de Urgencias Permanentes.

Si el **contenido** de la Póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador podrá reclamar a la Aseguradora, en el plazo de **un mes** a contar desde la entrega de la Póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza. En caso de **pérdida o deterioro** de la Póliza o de la Tarjeta Sanitaria, el Asegurador, a petición por escrita del Tomador o, en su defecto, del Asegurado o Beneficiario, tendrá la obligación de expedir copia o duplicado de la misma, con idénticos efectos que el original.

En caso de haber solicitado y obtenido **duplicado** de la Póliza o de la Tarjeta Sanitaria, el solicitante (en el mismo escrito de petición) se obliga a devolver a la Aseguradora los respectivos originales si estos apareciesen, y a indemnizar a la Aseguradora por los perjuicios que le pudiese irrogar la hipotética reclamación de un tercero. En ningún caso la Aseguradora se hará cargo del **uso indebido o fraudulento** de la Póliza, la Tarjeta Sanitaria, o de sus respectivos duplicados.

Artículo 10. OTRAS OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO.

El Tomador y, en su caso, el Asegurado, tendrán las siguientes obligaciones:

DECLARACIONES. Declarar a AFEMEFA, antes de la formalización del contrato y de acuerdo con el Cuestionario de Salud a que ésta Entidad le someta, todas las circunstancias que fueran conocidas por él y que pudieran influir en la valoración del riesgo objeto de la Póliza. El Tomador y/o Asegurado quedará exonerado de ésta obligación si el Asegurador no le somete a dicho Cuestionario de Salud.

El Asegurador podrá rescindir la Póliza mediante declaración dirigida al Tomador, en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador o del Asegurado al cumplimentar el Cuestionario de Salud.

Si el Siniestro se produce antes de que el Asegurador haga la declaración a la que se le obligue mediante el Cuestionario de Salud, la Prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del Riesgo. En este caso, si hubiera mediado dolo o culpa grave por parte del Tomador, el Asegurador quedará liberado del pago de la Prestación.

AGRAVACIÓN DEL RIESGO.

Comunicar a AFEMEFA, **durante el curso del Contrato y tan**

pronto tenga conocimiento de ellas, todas las circunstancias que, de acuerdo con lo declarado previamente en el Cuestionario de Salud, agraven el Riesgo y sean de tal naturaleza que de haber sido conocidas por AFEMEFA, ésta no hubiese suscrito la Póliza o lo habría hecho en condiciones más gravosas para el Asegurado.

En caso de haber sido declarado el agravamiento, AFEMEFA **podrá proponer la correspondiente modificación de la Póliza, en plazo de dos meses**, a contar desde el día en que dicho agravamiento fuese declarado, en caso de silencio por parte del Asegurador se entenderá que acepta la agravación del riesgo sin modificación alguna de la prima correspondiente.

En tal caso, el Tomador dispone de **quince días** tras la comunicación de dicha propuesta de modificación para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo, o de silencio por parte del Tomador, AFEMEFA podrá, 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 los ocho siguientes** comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

En caso de silencio por parte del Tomador se entenderá la aceptación de las modificaciones en el contrato igualmente, en caso de agravamiento del Riesgo, AFEMEFA **podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Asegurado, en el plazo de un mes**, a contar desde la fecha en que tuvo conocimiento de dicho agravamiento.

En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hubieran efectuado dicha declaración y sobreviniera un Siniestro, el Asegurador queda liberado de la prestación si el Tomador o el Asegurado hubieran actuado con dolo o mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se habría aplicado de haber conocido el Asegurador la verdadera entidad del Riesgo

CAMBIO DE DOMICILIO.

Comunicar al Asegurador, tan pronto como sea posible, el cambio de domicilio.

COLABORACIÓN

Aminorar las consecuencias del Siniestro, empleando todos los medios a su alcance para procurar un pronto restablecimiento o recuperación de la situación o estado normal. El incumplimiento de éste deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a AFEMEFA de toda Prestación derivada del Siniestro.

SUBROGACIÓN

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.

TARJETA SANITARIA O CARNET DE 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.

ALTAS Y BAJAS.

El Tomador del Seguro deberá comunicar a AFEMEFA, tan pronto como sea posible, las altas y bajas de asegurados que se produjeran durante la vigencia del presente contrato, tomando efecto las mismas el primero del mes siguiente a la fecha de la notificación por **escrito y firmado** efectuada por el contratante, adaptándose la prima a la nueva situación.

OTROS SEGUROS.

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 AFEMEFA los datos y la colaboración necesarios para ello.

Artículo 11. DERECHOS O FACULTADES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO.

El derecho principal que tiene el Tomador y/o Asegurado es el de recibir la asistencia o Prestación cubierta por la Póliza contratada, en los términos y con el alcance previsto para cada caso en la misma.

Los que se enumeran en la descripción de servicios que figuran en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y las cláusulas acordadas (art. 8 *in fine* de la Ley de Contrato de Seguro).

Comunicar al Asegurador por escrito todas las circunstancias que

podieran influir en la disminución del riesgo y sean de tal naturaleza que, de haber sido conocidas por éste en el momento de suscribir la Póliza, hubiese concluido el contrato en condiciones más favorables para él (Tomador y/o Asegurado)

Artículo 12. CONTROL E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN.

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, c/ Muria, 10, Bajo B, 28045 Madrid.
- c) Por correo electrónico a la dirección: atencionalmutualista@afemefa.com

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

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 Mutualista 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 2.502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de

reclamaciones ante los servicios de reclamaciones de Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Asimismo, se regirá por cuantas normas legales 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.

Artículo 13. COMUNICACIONES ENTRE LAS PARTES.

Las comunicaciones a AFEMEFA por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél, que figura recogido en la Póliza.

Las comunicaciones de AFEMEFA al Tomador del Seguro, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubieren notificado el cambio de domicilio a AFEMEFA. Las comunicaciones realizadas por el Tomador del seguro al Agente o Corredor de Seguros que, en su caso, medie o haya mediado en el contrato, surtirán los mismos efectos que si las hubiese hecho directamente a AFEMEFA, de acuerdo con el art. 21 de la Ley de Contrato de Seguro y el art. 12 de la Ley de Mediación en Seguros y Reaseguros Privados.

A los efectos de esta Póliza, se entiende comunicado el Siniestro al solicitar el Asegurado la Prestación del servicio que en cada caso se trate.

Artículo 14. TRATAMIENTO DE 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@afemeфа.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 LOPDGGD.
- 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 LOPDGD.

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@afemeфа.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, estos 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 15. OTROS ASPECTOS LEGALES

15.1. 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.

15.2. Grabación conversaciones telefónicas

El tomador del seguro y, en su caso, el asegurado autorizan 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 16. 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 17. JURISDICCIÓN.

Será Juez competente para conocer de las acciones derivadas del presente contrato de seguro, el del domicilio del Asegurado.

Artículo 18. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD.

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 19. CLÁUSULA FINAL, 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.

Artículo 20. APROBACION Y ENTRADA EN VIGOR

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

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

EL TOMADOR

Por AFEMEFA

