



CONDICIONES GENERALES

UECA SALUD PRIMERA

MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL
Fondo Mutual 2.133.602,37 €

I N D I C E

CLÁUSULAS JURÍDICAS (Condiciones Generales)

1. Cláusula preliminar.	3
2. Objeto del Seguro.	3
3. Pago de Primas.	4
4. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado.	5
5. Documentación a facilitar por el Asegurador.	7
6. Duración del Seguro.	7
7. Pérdida de derechos, resolución del contrato.	8
8. Tratamiento de datos de carácter personal.	8
9. Estado y autoridad de control del Asegurador.	9
10. Instancias de reclamación.	9
11. Comunicaciones y jurisdicción.	10
12. Prescripción.	11
13. Actualización anual de condiciones económicas de la Póliza.	11

CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE LA COBERTURA DE ASISTENCIA SANITARIA (Condiciones Generales)

1. Definiciones.	12
2. Cartera de servicios con cobertura.	15
3. Exclusiones.	19
4. Forma de obtener la cobertura de los servicios.	21
5. Periodos de carencia.	24

POLIZA DE ASISTENCIA SANITARIA UECA SALUD PRIMERA

CLÁUSULAS JURÍDICAS (Condiciones Generales)

1) Cláusula Preliminar.

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la ley 50/1980, de contrato de seguro (B.O.E. de 17 de octubre); por lo establecido en la ley 21/1990 de 19 de diciembre; y por el real decreto legislativo de 29 de octubre de 2004 por el que se aprueba el texto refundido de la ley de ordenación y supervisión de los seguros privados, en la ley 20/2015 de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y por el real decreto 1060/2015, de 20 de noviembre de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras, o aquellas que las sustituyan, y por lo convenido en las condiciones generales y particulares de este contrato.

2) Objeto del Seguro.

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la Prima y franquicias que en cada caso corresponda, La Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, en régimen de consulta ambulatoria en el listado de prestaciones sanitarias referentes a las especialidades indicadas en la cláusula 2ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura), así como la realización de las pruebas diagnósticas que se relacionan en la indicada cláusula, asumiendo el Asegurador su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación. En el presente Seguro de Asistencia Sanitaria no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de asistencia sanitaria.

3) Pago de Primas.

3.1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la Prima.

3.2. La primera Prima o fracción de ella, será exigible conforme al artículo 15 de la Ley una vez firmado el Contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, La Aseguradora tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

3.3. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si La Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido conforme a las condiciones anteriores. La cobertura vuelve a tener efecto transcurridas veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la Prima. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.

3.4 El Tomador del Seguro perderá el derecho al fraccionamiento de la Prima que se hubiere convenido en caso de impago de cualquier recibo, siendo exigible desde ese momento la Prima total acordada para el periodo de Seguro que reste.

3.5. La Aseguradora sólo queda obligada en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados.

El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del Seguro el Recibo de Prima emitido por el Asegurador.

3.6. En Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de Prima.

3.7. En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador, la parte de Prima anual no consumida corresponderá al Asegurador.

4) Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado.

4.1. El Tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

a) Declarar a La Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de esta obligación si el Asegurador no le somete al cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que, pudiendo influir en la valoración del riesgo, no estén comprendidas en él.

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

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 Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación.

b) Comunicar a La Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.

c) Comunicar a La Aseguradora, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia de la Póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de la comunicación efectuada por el Tomador y las bajas el día de vencimiento de la anualidad del seguro en que se produzca dicha baja, procediéndose a la adaptación del importe de la Prima a la nueva situación.

d) 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 a La Aseguradora, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.

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

f) El Asegurado deberá facilitar al Asegurador durante la vigencia del Contrato cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura del coste de las prestaciones que solicite. Una vez sea requerida por el Asegurador, el proceso de otorgamiento de cobertura quedará en suspenso hasta la completa obtención de la información. El Asegurador también podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación cuya improcedencia haya quedado manifestada “a posteriori” por la información médica facilitada por el Asegurado.

4.2. La tarjeta sanitaria personal, propiedad de La Aseguradora y que ésta entregará a cada Asegurado, es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del Seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, La Aseguradora procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la Póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el Tomador del Seguro y el Asegurado se obligan a devolver a La Aseguradora 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.

4.3. El Tomador del Seguro podrá reclamar a La Aseguradora, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de Seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley.

5) Documentación a facilitar por el Asegurador.

La Aseguradora entregará al Tomador las condiciones generales y particulares de la Póliza. Igualmente entregará al Tomador la tarjeta sanitaria personal correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la Póliza. Dicha tarjeta que dispondrá de numeración única contendrá los siguientes datos:

- Nombre y apellidos del Asegurado
- Año de nacimiento
- Sexo
- Fecha de alta

En el momento de suscribir la Póliza, La Aseguradora también facilitará un ejemplar del Cuadro Médico correspondiente a su provincia de residencia, con especificación del centro o centros de servicio de asistencia, hospitales y clínicas, de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos y de los servicios de información, en todas las capitales de las demás provincias.

El Cuadro Médico podrá ser actualizado por La Aseguradora, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran.

6) Duración del Seguro.

El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

No obstante cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con una antelación no inferior a un mes por parte del Tomador y dos meses por parte de La Aseguradora, a la fecha de conclusión del periodo de Seguro en curso.

7) Pérdida de derechos, resolución del contrato.

El contrato podrá ser resuelto por La Aseguradora antes de su vencimiento en cualquiera de las situaciones siguientes:

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud. La Aseguradora podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del cuestionario cumplimentado por alguno de los Asegurados incluidos en la póliza. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento en que haga esa declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que La Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, 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. Si medió dolo o culpa grave del Asegurado, La Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.

b) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza, sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

c) Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos Asegurados, La Aseguradora sólo podrá resolver 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 la presente póliza, no existe derecho de rehabilitación de la misma, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro.

8) Tratamiento de datos de carácter personal.

De conformidad con lo previsto en el Reglamento General de Protección de Datos, se informa de que los datos personales del tomador del seguro, de

los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios o terceros perjudicados incorporados en esta póliza, así como aquellos otros, incluidos los de salud, que se obtengan durante la vigencia de la misma, serán tratados por UNIÓN ESPAÑOLA DE CONDUCTORES DE AUTOMÓVILES (UECA), con CIF V-28029023, cuyos datos de contacto son los siguientes: C/ Hortaleza, 65, 28004 – Madrid, tlf: 91 522 75 11, e-mail: info@ueca.es.

UECA dispone de un Delegado de Protección de Datos (DPD), que es una figura legalmente prevista cuyas funciones principales son las de informar y asesorar a la entidad sobre las obligaciones que le afectan en materia de protección de datos personales y supervisar su cumplimiento. Además, el DPD actúa como punto de contacto con la entidad para cualquier cuestión relativa al tratamiento de datos personales, por lo que, si lo desea, pueden dirigirse a él:

- Identidad del Delegado de Protección de Datos: Picón & Asociados Abogados.
- Datos de contacto del DPD: dpd@piconyasociados.es, C/ Hermanos Pinzón, 3 bajo, 28036 – Madrid.

Los datos personales facilitados se tratarán con el fin de mantener y dar cumplimiento al contrato de seguro suscrito, financiar las prestaciones sanitarias garantizadas en el mismo, gestionar cobros y pagos y dar cumplimiento a las obligaciones establecidas en la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras y en sus disposiciones de desarrollo. La base de este tratamiento es la relación contractual que vincula a ambas partes, por lo que el suministro de los datos con este fin es obligado e impediría su cumplimiento en caso contrario.

Los datos de salud serán tratados para la determinación de la asistencia sanitaria que hubiera debido facilitarse al perjudicado, así como la indemnización que en su caso procediera, cuando las mismas hayan de ser satisfechas por la entidad, así como para el adecuado abono a los prestadores sanitarios o el reintegro al asegurado o sus beneficiarios de los gastos de asistencia sanitaria que se hubieran llevado a cabo en el ámbito de un contrato de seguro de asistencia sanitaria.

El tomador declara haber informado a los asegurados y en su caso, beneficiarios o terceros perjudicados sobre el tratamiento de sus datos personales conforme a lo indicado en el párrafo anterior, en virtud de lo previsto en el artículo 14 del Reglamento General de Protección de Datos.

La información facilitada podrá ser cedida a bancos y cajas de ahorro, para el cobro de la póliza, y a las Administraciones Públicas en los casos previstos por la Ley. Asimismo, los datos aportados, incluidos los datos de salud, podrán ser cedidos a las entidades de seguros con las que operamos en régimen de reaseguro y/o coaseguro para la celebración y desarrollo del contrato de reaseguro/coaseguro, así como para operaciones conexas (estudios estadísticos, actuariales, análisis de riesgo, etc.). En estos casos, los datos serán tratados sobre la base de la existencia de una norma con rango de Ley que habilita dicho tratamiento (artículo 99 de la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de entidades aseguradoras y reaseguradoras) así como por la existencia de la relación contractual indicada en el párrafo anterior que habilita al tratamiento de datos con estas finalidades.

Salvo que indique lo contrario marcando la casilla correspondiente, sus datos podrán ser utilizados para remitirle comunicaciones comerciales de los productos y servicios ofrecidos por UECA. La oferta prospectiva de productos y servicios tiene como base la satisfacción del interés legítimo empresarial consistente en poder ofrecer a nuestros clientes la contratación de otros productos o servicios y conseguir así su fidelización. Dicho interés legítimo se reconoce por la normativa legal aplicable, que permite expresamente el tratamiento de datos personales sobre esa base con fines de mercadotecnia directa. No obstante, le recordamos que tiene usted derecho a oponerse a este tratamiento de sus datos, pudiendo hacerlo por cualquiera de los medios previstos en esta cláusula.

Asimismo, si el cliente autoriza expresamente marcando la casilla al efecto, podremos utilizar sus datos identificativos y de contacto para remitirle comunicaciones comerciales de los productos y servicios ofrecidos por las empresas con las que UECA PLUS mantiene acuerdos de colaboración, dedicadas a cualquier sector de actividad, así como de los productos y servicios de las empresas que forman parte de UECA CLUB, cuya identidad y sectores de actividad vienen reflejados en el siguiente link www.ueca.club. En ambos casos, estas entidades ofrecen sus servicios en unas condiciones ventajosas para los socios por su condición de miembros de UECA. La base de este tratamiento es el consentimiento del interesado para el tratamiento de sus datos con fines comerciales, por lo que no es obligatorio que facilite sus datos con esta finalidad, si bien ello le impediría ser destinatario de las comunicaciones indicadas. El interesado tendrá derecho a retirar su consentimiento en cualquier momento. La retirada del consentimiento no afectará a la licitud del tratamiento basada en el consentimiento previo a su retirada.

Los datos serán conservados durante todo el tiempo en que se mantenga la relación contractual y, aún después, hasta que prescriban las eventuales responsabilidades que se pudieran derivar de la misma. No obstante, UECA procederá en el plazo de diez días a la cancelación de los datos que les hubieran sido facilitados con anterioridad a la celebración de un contrato si el mismo no llegara a celebrarse, a menos que contasen con el consentimiento del interesado.

Los datos personales utilizados para la remisión de comunicaciones comerciales podrán conservarse, para este fin, de manera indefinida, salvo que el interesado se haya opuesto a esta finalidad.

Los interesados tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, su rectificación o supresión, así como a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo y a la portabilidad de sus datos, en los casos previstos en el Reglamento General de Protección de Datos. Frente a cualquier vulneración de sus derechos, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (datos de contacto accesibles en www.aepd.es).

9) Estado y autoridad de control del Asegurador.

El control de la actividad del Asegurador corresponde al Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

10) Instancias de reclamación.

10.1. El Tomador del Seguro, el Asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas del Asegurador que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de Seguro.

A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia La Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Mutualista (SAM) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando éstas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Mutualista en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitada para tal fin.

El SAM acusará recibo por escrito de las quejas o reclamaciones que reciba y las resolverá de forma motivada y en el plazo máximo legal de dos meses contados desde la fecha de presentación de la misma.

10.2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

10.3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

11) Comunicaciones y jurisdicción.

11.1. Las comunicaciones a La Aseguradora por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la Póliza, pero si se realizan a un agente representante de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, conforme el artículo 21 de la Ley.

Las comunicaciones de La Aseguradora al Tomador del Seguro o al Asegurado, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a aquélla.

Las comunicaciones efectuadas por un Corredor de Seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

11.2. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado.

12) Prescripción.

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse.

13) Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza.

La Aseguradora, cada nueva anualidad de seguro, podrá:

a) Actualizar el importe de las Primas.

b) Actualizar el importe correspondiente a la franquicia o participación del Asegurado en el coste de los servicios, a que se refiere la Condición General 4.1. (Cláusulas Descriptivas de Cobertura).

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la Prima anual se establecerá de acuerdo con la zona geográfica correspondiente al domicilio de la prestación a que se refiere la Condición General 4.2. (Cláusulas Descriptivas de Cobertura) y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de Primas que La Aseguradora tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las Primas.

Estas actualizaciones de Primas y franquicias se fundamentarán en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero-actuarial del Seguro, del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato u otros hechos de similares consecuencias.

Dos meses antes de la renovación del seguro, La Aseguradora comunicará por escrito al Tomador de la póliza la prima prevista para la próxima anualidad. El Tomador del Seguro al recibir la notificación de estas actualizaciones de Primas y/o franquicias para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del Contrato de Seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o poner término al mismo al

vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente al Asegurador su voluntad en tal sentido.

Se entenderá renovado el contrato con las nuevas condiciones económicas, en el caso de que el tomador no comunique al Asegurador su voluntad de poner término al contrato antes de que haya transcurrido un mes, desde el día en que el tomador haya satisfecho la primera prima de la anualidad siguiente en la que regirán las nuevas condiciones económicas.

Cláusulas Descriptivas de la Cobertura de Asistencia Sanitaria. (Condiciones generales)

1) Definiciones.

A los efectos de esta póliza se entenderá por:

Accidente: La lesión corporal sufrida durante la vigencia de la Póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.

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

Asegurador: Unión Española de Conductores de Automóviles, mps. (En adelante La Aseguradora) entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

A.T.S./D.U.E.: Profesional legalmente capacitado y habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.

Condiciones Particulares: Documento integrante de la Póliza en el 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 La Aseguradora en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario. A efectos de este Seguro se consideran Cuadros Médicos de La Aseguradora tanto los de las provincias en las que

ésta opera directamente como los de aquellas otras en las que lo hace mediante concierto con otras Aseguradoras. En cada Cuadro Médico provincial se relacionan además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. El Tomador y los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia.

Cuestionario de Salud: Declaración realizada y firmada por el Tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la Póliza y que sirve al Asegurador para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

Enfermedad: Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, diagnosticada por un Médico, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la Póliza.

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénita: Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del asegurado.

Enfermedad preexistente: Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la Póliza.

Franquicia/copago: Importe que el Tomador debe abonar al Asegurador para colaborar en la cobertura económica de cada servicio sanitario utilizado por los Asegurados incluidos en su Póliza. Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas y su cuantía, que viene determinada en las Condiciones Particulares, puede ser actualizada anualmente.

Hospital o Clínica: Todo establecimiento, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades, lesiones o accidentes, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones.

Hospitalización: Supone el registro de entrada del Asegurado como paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas.

Hospitalización de Día: Representa el que una persona figure inscrita como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia y por un periodo inferior a 24 horas.

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

Médico o Facultativo: Licenciado o Doctor en Medicina, legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que padezca el Asegurado.

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

Plazo o Periodo de Carencia: 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.

Póliza: El documento o documentos que contienen las cláusulas y pactos reguladores del contrato de Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la Póliza estas Condiciones Generales, las Particulares que identifican el riesgo y las Especiales si las hubiere, así como los Apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato.

Prestación: Consiste en cobertura económica de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.

Prima: El precio del seguro. El recibo de Prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles. La Prima del Seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

Siniestro: Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios cuyo coste se encuentra total o parcialmente cubierto por la Póliza.

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

Tomador del Seguro: Persona física o jurídica que juntamente con La Aseguradora suscribe este Contrato y con ello acepta las obligaciones que en el mismo se establecen, a cambio de las que La Aseguradora toma a su cargo, aunque alguna de ella, por su naturaleza, deba ser cumplida por el propio Asegurado.

Urgencia: Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

2) Cartera de servicios con cobertura.

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, en el periodo de cobertura de este seguro, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre que los estudios de validación de su efectividad sean ratificados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CC.AA., o del Ministerio de Sanidad, mediante un informe positivo.

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

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza son los que se indican a continuación junto con sus exclusiones específicas, en el caso de que existan, siendo asimismo de aplicación las exclusiones comunes indicadas en el apartado 3.

2.1. Medicina primaria.

- **Medicina General:** Asistencia en consulta y a domicilio.
- **Pediatría y puericultura:** Para niños menores de catorce años.

- **Enfermería:** Servicio en consulta y a domicilio. En este último caso siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de La Aseguradora.

2.2. Urgencias ambulatorias.

Servicio de urgencias ambulatorias extra-hospitalarias que se prestarán en el centro o centros asistenciales no hospitalarios que consten en el Cuadro Médico entregado por La Aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera, prestada por Médico generalista y/o ATS.

2.3. Especialidades.

Quedan cubiertas exclusivamente las consultas y las pruebas diagnósticas intraconsulta de las siguientes especialidades:

- **Alergología:** Las vacunas serán a cuenta del asegurado.
- **Anestesiología y Reanimación.**
- **Angiología y Cirugía Vascular.**
- **Aparato Digestivo.**
- **Cardiología.**
- **Cirugía Cardiovascular.** Se incluyen las Endoprótesis (stent) vasculares (incluye los de aorta).
- **Cirugía General y del Aparato digestivo.**
- **Cirugía Maxilo-Facial.**
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica Reparadora.**
- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología médicoquirúrgica.**
- **Endocrinología y Nutrición.**
- **Geriatría.**
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Inmunología.**
- **Medicina Interna.**
- **Medicina Nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía.**

- **Neurofisiología Clínica.**
- **Neurología.**
- **Obstetricia y Ginecología:** Vigilancia del embarazo por Médico tocólogo.
- **Odonto-Estomatología:** Incluye limpieza de boca por cada anualidad de seguro. A partir de la segunda limpieza de boca dentro de la anualidad será necesaria la prescripción médica.
- **Oftalmología:** Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica.
- **Oncología médica y radioterápica.**
- **Otorrinolaringología.**
- **Psicología Clínica:** Con un máximo de veinte sesiones por cada anualidad de seguro o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado y la autorización previa de La Aseguradora.
- **Psiquiatría.**
- **Rehabilitación y Fisioterapia:** Incluye la rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de La Aseguradora. **Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de esta o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva.**
- **Reumatología.**
- **Traumatología y Cirugía Ortopédica.**
- **Urología.**

2.4. Medicina preventiva.

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un facultativo del Cuadro Médico de La Aseguradora, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la Póliza.

- **Pediatría:** Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- **Obstetricia y Ginecología:** Revisión ginecológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- **Cardiología:** Incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años.
- **Urología:** Revisión urológica en cada anualidad de seguro para la prevención del cáncer de próstata.

- **Planificación familiar:** Control del tratamiento con anovulatorios.

2.5. Medios de diagnóstico.

- **Análisis clínicos:** Bioquímica, hematología, microbiología, parasitología.
- **Anatomía patológica:** Citopatología.
- **Radiodiagnóstico:** Todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
- **Otros medios de diagnóstico:** Doppler cardíaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia.
- **Medios de diagnóstico de alta tecnología:**
 - Inmunohistoquímica, ergometría, holter, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía.
 - Resonancia magnética y Tomografía Axial Computerizada (TAC/escáner).
 - **Cápsula Endoscópica:** para el estudio de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de colonoscopia y endoscopia alta.
 - 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, 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**).
- PET/TAC (quedan incluidos **exclusivamente** los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios).
- **Pruebas genéticas:** quedan cubiertas **exclusivamente** aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. **Incluye las Plataformas genómicas de cáncer de mama (Mammaprint y Oncotype) como medios de diagnóstico de gran precisión y poco intrusivos.** Incluye también las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos. **Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante**

terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.

2.6. Otros servicios.

- **Preparación al parto:** Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto.
- **Podología. Exclusivamente tratamientos de quiropódia en consulta. Con un máximo de seis sesiones por cada anualidad del seguro.**
- **Logopedia y foniatría:** Tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz derivadas exclusivamente de procesos orgánicos. **Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).**

3) Exclusiones.

Además de las exclusiones específicas establecidas en el epígrafe "Cartera de servicios con Cobertura" serán de aplicación para todos los servicios las siguientes exclusiones:

a) La asistencia sanitaria hospitalaria, tanto en régimen ambulatorio, como en hospital de día o ingreso, excepto en el caso de rectocolonoscopia realizada en régimen de hospital de día con o sin sedación.

b) Actos terapéuticos o quirúrgicos.

c) Todo tipo de urgencias hospitalarias.

d) Las artroscopias, laparoscopias y biopsias quirúrgicas, los cateterismos, la hemodinámica vascular y la radiología intervencionista.

e) Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación

o reacción nuclear y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

f) Los fármacos y medicamentos de cualquier clase.

g) La asistencia sanitaria derivada del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo.

h) La asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez, riñas (salvo en caso de legítima defensa), autolesiones o intentos de suicidio.

i) La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte y/o actividad, así como la práctica no profesional de actividades manifiestamente peligrosas o de alto riesgo como el toreo o encierro de reses bravas, artes marciales, espeleología, submarinismo, escalada, puenting, parapente, paracaidismo, barranquismo, rafting, vuelo sin motor o cualquier otra de análoga naturaleza.

j) La asistencia sanitaria de toda clase de enfermedades, estados de salud, lesiones, defectos o deformaciones congénitas o preexistentes a la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza, que siendo conocidas por el Asegurado, no hubiesen sido declaradas por éste en el cuestionario de salud. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la Póliza desde su nacimiento conforme a la cláusula 4.1.E (Cláusulas Jurídicas).

k) Los tratamientos por esterilidad o infertilidad.

l) El diagnóstico, tratamiento e intervenciones quirúrgicas realizadas con fines puramente estéticos o cosméticos.

m) El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria y los tests psicológicos.

n) La asistencia sanitaria del S.I.D.A. y de las enfermedades causadas por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).

ñ) La asistencia en odontología salvo lo expresamente incluido en la Cláusula 2.2 (Cláusulas descriptivas de cobertura).

o) Corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos tales como miopía, hipermetropía o astigmatismo o cualquier otra patología refractiva ocular.

p) Los gastos de transporte del Asegurado al centro sanitario y viceversa.

q) Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional.

r) Quedan excluidas de la cobertura de la póliza las pruebas genéticas cuya finalidad sea determinar la predisposición del Asegurado o su descendencia presente o futura a padecer enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, con la exclusiva excepción de aquellas que figuran expresamente incluidas en la cobertura, tales como la amniocentesis y los cariotipos. No quedan cubiertas aquellas pruebas genéticas que se encuentren en fase de investigación o cuya utilidad diagnóstica, relevancia clínica o evidencia científica no esté demostrada.

s) 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.

t) Asistencia al parto y cesárea.

4) Forma de obtener la cobertura de los servicios.

La cobertura de la prestación tendrá lugar en la forma siguiente:

4.1. El Asegurado, para recibir la asistencia sanitaria incluida en la cobertura de la póliza, podrá elegir libremente entre los profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y sanatorios (proveedores asistenciales) que La Aseguradora, en cada momento, tenga concertados en toda España. La Aseguradora editará cada año natural esta relación de proveedores

asistenciales agrupados por provincias a través de sus Cuadros Médicos los cuales, para determinadas especialidades, podrán contener un único prestador del servicio. Será obligación del Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de La Aseguradora la entrega del Cuadro Médico actualizado o bien, consultar los diferentes Cuadros Médicos provinciales actualizados a través de la web: www.segurcaixaadeslas.es/cuadromedico. El Asegurador abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia siempre que concurren todos los requisitos y circunstancias establecidos en la Póliza.

4.2. La visita domiciliaria de Medicina General y ATS/DUE, se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 10 horas, para ser realizada en el día.

LA ASEGURADORA SE OBLIGA A DAR COBERTURA ECONÓMICA A LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA ÚNICAMENTE EN EL DOMICILIO DEL ASEGURADO QUE FIGURA EN LA PÓLIZA, SIEMPRE Y CUANDO ESTÉ CONCERTADO DICHO SERVICIO EN ESA ZONA; CUALQUIER CAMBIO DE DOMICILIO DEBERÁ NOTIFICARSE AL ASEGURADOR POR CUALQUIER MEDIO FEHACIENTE CON UNA ANTELACIÓN MÍNIMA DE OCHO DÍAS AL REQUERIMIENTO DE UNA PRESTACIÓN EN ÉL.

4.3. LA ASEGURADORA NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS HONORARIOS DE FACULTATIVOS AJENOS A SU CUADRO MÉDICO, NI DE LOS GASTOS DE REALIZACIÓN DE PRUEBAS DIAGNÓSTICAS QUE LOS MISMOS PUDIERAN PRESCRIBIR.

4.4. Por cada uno de los servicios recibidos en una misma cita, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta sanitaria personal que La Aseguradora le entregará al efecto, debiendo firmar los recibos justificativos de los servicios recibidos, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante.

En su caso, el Asegurado también deberá exhibir el documento de autorización previsto en la Cláusula 4.5, siguiente. Los recibos debidamente firmados servirán de comprobante a la Aseguradora para el abono del coste de la prestación.

El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de franquicia o participación en el coste de los mismos, se establece en las Condiciones Particulares.

A estos efectos, La Aseguradora, periódicamente remitirá al Tomador del Seguro un extracto comprensivo de los servicios que hubieren utilizado los Asegurados incluidos en la Póliza, junto con el importe de las franquicias correspondientes a los mismos.

El cobro de la cantidad total que resultare se efectuará mediante recibo domiciliado en la cuenta bancaria que el tomador haya designado para el pago de la prima.

El importe de las franquicias podrá ser actualizado por La Aseguradora, de conformidad con lo establecido en la Condición General 13ª (Cláusulas Jurídicas).

4.5. LA PRESTACIÓN DE AQUELLOS SERVICIOS PARA LOS QUE EL CUADRO MÉDICO ASÍ LOS DETERMINA, SERÁ ORDENADA POR ESCRITO POR UN MÉDICO DEL ASEGURADOR Y EL ASEGURADO DEBERÁ OBTENER LA PREVIA CONFORMIDAD DOCUMENTADA DE LA ASEGURADORA EN SUS OFICINAS. POR SU PARTE EL ASEGURADO DEBERÁ OBTENER AUTORIZACIÓN DOCUMENTADA DE LA ASEGURADORA EN SUS OFICINAS PREVIAMENTE A LA REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE ASÍ LO REQUIERAN.

Una vez otorgada la conformidad escrita, el Asegurador quedará vinculado económicamente.

4.6. A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia, salvo que sea precisa la conformidad previa de La Aseguradora conforme a la Cláusula 4.4, anterior, en cuyo caso la comunicación deberá hacerse a La Aseguradora en la forma allí establecida.

5) Periodos de carencia.

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume La Aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del Contrato para cada uno de los Asegurados. SE EXCEPTÚAN DEL ANTERIOR PRINCIPIO GENERAL LAS PRESTACIONES SIGUIENTES:

MEDIOS DE DIAGNOSTICO	
Medios de diagnóstico de alta tecnología.	3 meses.

Madrid, mayo de 2020.

MADRID: Hortaleza, 65 * 28004 Madrid
Telfs.: 91 522 76 74 – 91 522 75 11 – 91 522 76 64
Fax: 91 522 76 08 – 91 522 31 73

VALENCIA: Conde de Salvatierra de Álava, 6, 1º * 46004 Valencia
Telfs.: 96 351 36 25 * Fax: 96 351 89 55

CTM: Carretera de Villaverde a Vallecas, Km. 3.500 D-1 * Local 7-B * 28053
MADRID
Tel/Fax.: 91 785 08 70

www.ueca.es * info@ueca.es