

# CONDICIONES GENERALES

## I ÍNDICE CONDICIONES GENERALES

- CLÁUSULA PRELIMINAR. INFORMACIÓN LEGAL Y DEFINICIONES
- 1. OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO
- 2. RIESGOS EXCLUIDOS
- 3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS
- 4. DELIMITACIONES PERSONALES
- 5. DURACION, FINALIZACION DEL CONTRATO, VENCIMIENTO DE GARANTIAS Y EFECTO
- 6. PERIODO DE CARENCIA
- 7. PAGO DE PRIMAS
- 8. DOMICILIO
- 9. COMUNICACIÓN DE SINIESTROS
- 10. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO
- 11. SUBROGACION
- 12. RECHAZO DE UNA PRESTACION
- 13. COMUNICACIONES
- 14. JURISDICCION Y COMPETENCIA
- 15. PRESCRIPCION
- 16. PROTECCION DE DATOS

## CONDICIONES GENERALES

### CLÁUSULA PRELIMINAR: INFORMACIÓN LEGAL Y DEFINICIONES

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (“Boletín Oficial del Estado” de 17 de octubre) y demás normas que la complementen, por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean aplicables y por lo convenido en las condiciones generales y particulares del contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las condiciones particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentarios imperativos.

Igualmente al presente Contrato le son aplicables la Ley 30/95, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Reglamento que la desarrolla aprobado por Real Decreto N° 2486/98 de 20 de Noviembre y demás normas que la complementen

### DEFINICIONES

#### 1. USTED

Es el Tomador del Seguro, al que corresponden las obligaciones que del Contrato se deriven, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

## 2. NOSOTROS:

Somos la Aseguradora que asume el riesgo pactado en el Contrato.

## 3. ASEGURADO:

La persona o personas naturales que reúnan las condiciones establecidas en la póliza y sobre las cuales se asume el riesgo cubierto por la póliza.

## 4. PÓLIZA:

Documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, el cuestionario de salud, el cuadro médico, las condiciones generales y particulares que individualizan el riesgo así como los suplementos o apéndices que se incorporen a la misma modificando o completando su contenido.

## 5. PRIMA

Es el precio del seguro que Usted paga junto con los recargos e impuestos correspondientes.

## 6. DURACIÓN DEL SEGURO

La duración del contrato se establece por el período especificado en las Condiciones Particulares. A la finalización del mismo, salvo pacto en contrario, se entenderá prorrogado automáticamente, por el plazo de un año, y así sucesivamente a la finalización de cada anualidad.

## 7. LIMITE ASEGURADO ANUAL:

Es el límite máximo que AEGON SALUD debe pagar por Asegurado y año por todos los conceptos garantizados y que figura en las Condiciones Particulares de la póliza.

## 8. FRANQUICIA:

La cantidad expresamente pactada que se deducirá de la indemnización que corresponda en aplicación del contenido de la póliza y será a cargo del Tomador o Asegurado en cada prestación sanitaria cubierta en esta póliza que aquél reciba.

## 9. ACCIDENTE:

La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

## 10. ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE PREEXISTENTE:

Aquellos que ya fueron diagnosticados, tratados o dieron lugar a consultas por un médico, o que manifestaron los primeros signos y/o síntomas antes del alta del Asegurado en la póliza.

## 11. MÉDICO:

Doctor o licenciado en medicina legalmente cualificado y autorizado en el lugar donde practica, para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad amparadas por las coberturas de la presente póliza.

## 12. HOSPITALIZACIÓN:

Representa el que una persona sea registrada como paciente en un Hospital permaneciendo ingresada un mínimo de 24 horas. O bien, que sea registrado en un Hospital de día para la realización de una intervención quirúrgica.

## 13. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO:

Serán todos aquellos medios de diagnóstico oficialmente reconocidos por un organismo público legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales..

## 14. HOSPITAL:

Todo establecimiento público legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios adecuados para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. No se consideran hospitales a efectos de esta póliza: los asilos, residencias, casas de reposo, balnearios, clínicas neuro-psiquiátricas. Tampoco se considera hospital, las instalaciones dedicadas al descanso, internamiento o tratamiento de ancianos, incapacitados, enfermos crónicos, enfermos mentales, ni drogadictos o alcohólicos.

#### 15. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA :

Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno del paciente efectuada con fines distintos al diagnóstico, efectuada en un hospital y por un cirujano, requiriendo normalmente la utilización de una sala de operaciones.

#### 16. PRESTACIÓN:

Todo acto de asistencia que se preste al amparo y de conformidad con alguna de las garantías contratadas en la póliza.

#### 17. URGENCIA VITAL:

Atención sanitaria cuya demora puede significar un peligro grave para la vida o integridad física de la persona.

#### 18. ENFERMEDAD GRAVE:

A efectos de este contrato se entenderá por Enfermedad Grave, toda alteración del estado de la salud de causa común o accidental, confirmada por un médico legalmente reconocido y que coincida con alguna de las definidas a continuación, en los términos siguientes:

##### Cáncer:

La manifestación de un tumor maligno caracterizado por no estar encapsulado y por el crecimiento y dispersión incontrolado de células malignas y la invasión de los tejidos. El término 'cáncer' incluye la leucemia (excepto la leucemia linfocítica crónica) y la enfermedad de Hodgkin. El diagnóstico debe ir apoyado con evidencia histológica de malignidad.

No tendrán la consideración de Cáncer ni Enfermedad Grave:

Todo tumor histológicamente descrito como premaligno, así como los cánceres no invasivos o 'in situ'.

Los tumores cuando el Asegurado esté afectado por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Los cánceres de piel distintos de melanoma maligno invasivo.

##### Infarto de miocardio

La muerte o necrosis de parte del músculo cardíaco o miocardio como resultado de una obstrucción de las arterias coronarias. El diagnóstico deberá ser confirmado por todos y cada uno de los siguientes síntomas:

- Historial de dolor pectoral típico y prolongado.
- Alteraciones nuevas en los electrocardiogramas que confirmen la muerte de parte del miocardio.

Elevación de las enzimas cardíacas por encima de lo normal con comprobación de laboratorio.

Además deberá ser acreditado el tratamiento o ingreso en un centro hospitalario

Intervención quirúrgica por afección de la arteria coronaria

El sometimiento efectivo a cirugía de bypass (o de vena safena o de injerto de mamaria interna) para el tratamiento de enfermedades de la arteria coronaria. Debe proporcionarse evidencia angiográfica de la enfermedad subyacente.

Se excluyen las técnicas no quirúrgicas tales como, a título de ejemplo, angioplastia de balón, dilataciones valvulares, operaciones por tumoración intracardiaca o alteración congénita, tratamientos de láser y cualquier técnica que no requiera la apertura quirúrgica del tórax.

Sustitución de las válvulas del corazón:

La realización efectiva de la reposición total de una o más válvulas del corazón para el tratamiento de una enfermedad.

Específicamente se excluye la reparación de las válvulas del corazón y la valvulotomía.

Aneurisma Aórtico :

La confirmación por un cirujano de la existencia de una dilatación limitada y permanente de una porción de la Arteria Aorta (aneurisma) que requiera una intervención quirúrgica.

Accidente cerebro-vascular:

La lesión o accidente cerebrovascular debido a trombosis cerebral, embolia o hemorragia y que suponga una lesión neurológica permanente.

Específicamente se excluyen los ataques isquémicos pasajeros y los ataques de isquemia vertebrobasilar.

Insuficiencia renal:

La fase final del fallo crónico o irreversible del funcionamiento de ambos riñones a consecuencia del cual sea necesario proceder a una diálisis renal a intervalos regulares o a la realización de un trasplante renal (como receptor).

Será necesaria la confirmación de la necesidad de la diálisis o trasplante renal mediante informe del nefrólogo.

Parálisis:

La pérdida completa y permanente del movimiento y la sensibilidad en dos o más extremidades, cualquiera que sea la causa de la parálisis.

Esclerosis Múltiple

La confirmación por un médico neurólogo del diagnóstico esclerosis múltiple que produzca al menos anomalías neurológicas moderadas, que hayan persistido al menos por un periodo continuo de seis meses.

Trasplante de Organó Vital

La cirugía de trasplante como receptor de alguno de los siguientes órganos: corazón, pulmón, hígado, médula ósea y páncreas.

## **CONDICIÓN GENERAL PRIMERA**

### **1.OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO**

#### **1.1- OBJETO DEL SEGURO:**

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la póliza, el Asegurador se compromete a prestar al asegurado la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en caso de que se le diagnosticara una de las enfermedades graves cubiertas en la póliza y que se describen en la cláusula preliminar del presente condicionado general, siempre que la prima del año correspondiente al efecto del seguro en que se utilizan los servicios haya sido hecha efectiva por el Tomador.

Dicha asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria es prestada por el Asegurador mediante el presente seguro sin que éste se pueda comprometer a la curación total del asegurado puesto que el objeto del seguro es la prestación del servicio y no la garantía de curación hecho éste que supone un evento intrínsecamente contingente y, en cuanto tal, no garantizable.

En todo caso, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter de urgencia vital de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la póliza y, en aplicación de lo dispuesto en el art. 103 de la Ley de Contrato de Seguro.

#### 1.2.- EXTENSIÓN TERRITORIAL:

Las coberturas de esta póliza son válidas en todo el mundo siempre que el Asegurado tenga su domicilio habitual de residencia en España y viva en este país durante un período no inferior a 9 meses al año, salvo aceptación expresa por escrito en contrario por parte del Asegurador.

### **CONDICIÓN GENERAL SEGUNDA**

#### 2. RIESGOS EXCLUIDOS

En cualquier caso quedan excluidos de las coberturas de la póliza los siguientes riesgos:

1. Toda enfermedad grave no contemplada en la presente póliza.
2. Los hechos de guerras y las epidemias, declarados oficialmente.
3. La asistencia sanitaria resultante de accidentes laborales, accidentes y enfermedades profesionales.
4. Los daños producidos por explotaciones nucleares o radioactivas, que se hallen cubiertos por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.
5. Las enfermedades preexistentes y accidentes sufridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro, así como las secuelas, signos y/o síntomas de estos hechos aún cuando a la fecha de celebración del contrato no se hubiera producido un diagnóstico concreto, salvo que el Asegurador lo acepte expresamente en las Condiciones Particulares de la Póliza.
6. Las anomalías congénitas, invalideces físicas o mentales o imperfecciones físicas existentes antes de la entrada en vigor del contrato.
7. Los tratamientos de cirugía estética, plástica o reparadora, salvo las operaciones de esta naturaleza que sean necesarias como consecuencia de un accidente o intervención quirúrgica cubiertos por esta póliza.
8. Alcoholismo, toxicomanía y drogadicción, así como enfermedades o accidentes o curas de reposo debidas a ellos.
9. Las manifestaciones de la enfermedad por V.I.H. y sus consecuencias (SIDA, etc...).
10. Hechos producidos por invasión, hostilidades, terrorismo, insurrecciones, provocados por hechos de la naturaleza tales como terremoto, movimientos sísmicos, erupciones volcánicas y cualquier otro fenómeno meteorológico similar de carácter catastrófico o extraordinario. Los producidos por sustancias radioactivas o nucleares.
11. La práctica como profesional de cualquier deporte y la práctica como aficionado de cualquier deporte de carácter peligroso.
12. La interrupción voluntaria del embarazo así como sus secuelas o consecuencias.
13. Las alteraciones de la salud provocadas intencionadamente por el asegurado, por tentativa de suicidio, suicidio o mutilaciones voluntarias y los derivados de actos dolosos ó criminales cometidos por el asegurado en apuestas, desafíos, riñas y actos notoriamente peligrosos, salvo que se realicen en legítima defensa o salvamento.
14. Las prótesis de cualquier clase, que serán a cargo del asegurado, excepto las que se describen a continuación y siempre que su implantación sea como consecuencia de una enfermedad grave cubierta en al póliza:
  - Válvulas cardíacas.

- Marcapasos (dispositivo diseñado para estimular mediante impulsos eléctricos la contracción del músculo cardíaco a cierto ritmo). No se consideran como tales los aparatos destinados a contrarrestar la fibrilación auricular y ventricular.
  - Prótesis de By Pass Vascular.
  - Prótesis internas traumatológicas (prótesis de cadera, rodilla y otras). No se consideran como tales los dispositivos de fijación de la columna vertebral aún cuando se implanten internamente y de manera fija en el asegurado.
- que son a cargo del Asegurador en las modalidades y marcas prescritas por el cirujano.

## **CONDICIÓN GENERAL TERCERA**

### **3. DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS**

Con el Seguro de Aegon Confianza, Usted contrata las siguientes Garantías Básicas:

1. Garantía de asistencia sanitaria por enfermedad grave.
2. Garantía de Segunda Opinión y Gestión Médica.

#### **1. Garantía de asistencia SANITARIA por enfermedad grave.**

Mediante esta cobertura, el Asegurador se obliga a prestar a sus asegurados la asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de las enfermedades graves cubiertas en este seguro y descritas en la cláusula preliminar de la presente póliza a través de:

- un cuadro concertado de médicos especialistas y hospitales que se entrega al tomador del seguro al suscribir la póliza, en las condiciones descritas en el apartado 1.1 de esta Condición General.

- o bien, cuando no se utilicen los servicios de los especialistas y hospitales incluidos en el cuadro concertado, mediante el reembolso de los gastos como consecuencia de consultas, pruebas diagnósticas, hospitalizaciones y demás gastos relacionados con el tratamiento de la enfermedad grave con el límite de capital anual establecido en la condición particular y las franquicias establecidas en el apartado 1.2 de esta Condición General.

El asegurador también se hará cargo de los gastos ocasionados por visitas a especialistas y gastos de pruebas diagnósticas que hayan sido necesarios para llegar al diagnóstico de la enfermedad grave.

#### **1.1. Servicio de asistencia sanitaria mediante cuadro concertado**

El asegurado tiene derecho, una vez que se le ha diagnosticado la enfermedad grave cubierta en la presente póliza, a utilizar dentro de los servicios concertados por el Asegurador los Medios de diagnóstico y servicios complementarios reconocidos oficialmente, a ser atendidos por los especialistas médicos y quirúrgicos y a recibir atención sanitaria en un Hospital oficialmente reconocido. Para todo ello el Asegurador entregará al Tomador al contratar la póliza una guía médica nacional donde se relacionarán los especialistas y centros a los que puede acudir.

Se cubren los gastos de hospitalización y atención general del Asegurado en un Hospital oficialmente reconocido, en una habitación individual y con cama para acompañante, si así se desea.

En el supuesto de intervención quirúrgica, el Asegurador se hará cargo de todos los gastos, incluyendo honorarios del cirujano y sus ayudantes, anestesia, utilización de quirófano, material y medicamentos.

Además están cubiertos los honorarios médicos, análisis de laboratorio, radiografías y electrocardiogramas que se realicen en el mismo hospital, mientras el paciente está ingresado por una intervención quirúrgica o por prescripción escrita de un médico, al

objeto de recibir asistencia médica y hospitalaria que no pueda recibir fuera del Hospital sin riesgo para su salud.

Se cubren también los gastos de estancia en la U.V.I. o U.C.I. cuando por su gravedad requiera cuidados intensivos o vigilancia permanente.

Queda cubierto, asimismo, su traslado en una ambulancia en caso de enfermedad grave, desde o hasta un hospital de la localidad, donde pueda recibir la necesaria asistencia, siempre que dicho traslado esté prescrito por un médico

En el caso de necesitar asistencia sanitaria fuera del territorio nacional, para el tratamiento de la enfermedad grave, el Asegurador le propondrá el hospital u hospitales y facultativos de cualquier parte del mundo, que mejor se adecuen a las necesidades de su tratamiento. El Asegurador facilitará una relación de hospitales con carácter de conocimiento informativo. Usted podrá seleccionar el centro que le preste los servicios asistenciales requeridos poniendo el Asegurador a su disposición los centros concertados en el resto del mundo. En este caso el Asegurador asume el pago del 100% de los gastos que el Asegurado deba satisfacer como consecuencia de consultas, pruebas diagnósticas, hospitalización (con o sin cirugía, UVI, etc...) y demás gastos relacionados con el tratamiento de la enfermedad grave que el Asegurado padezca, hasta el límite de capital señalado en la Condición Particular.

Para casos de urgencia vital, Usted no necesitará la organización o el consentimiento del Asegurador, pero deberá comunicarnos lo antes posible, incluso por teléfono, tal circunstancia y siempre dentro de las 72 horas siguientes al ingreso en el hospital. En todo caso, NO estará cubierto por este seguro cualquier tipo de estancia para observación o ingreso hospitalario derivada de una urgencia por una enfermedad no descrita en esta póliza.

#### 1.2. Reembolso de gastos médicos

Si Usted no comunica al Asegurador el diagnóstico de la enfermedad grave y acude a cualquier centro concertado o no concertado por la Aseguradora para el tratamiento de la enfermedad con desconocimiento de ésta y, por tanto, eliminando la posibilidad de que sea el Asegurador quien contacte con el centro elegido por Usted y quien disponga de la gestión de la atención médica, el asegurador no se hará cargo de forma directa de los gastos médicos del tratamiento, siendo Usted quien deberá abonar los indicados gastos. En este caso, el Asegurador procederá a reembolsar dichos gastos médicos con una franquicia a su cargo del 30%, no efectuándose reembolso de ningún gasto relacionado con los viajes y estancias no hospitalarias.

Se cubren los gastos de hospitalización y atención general del Asegurado en un Hospital oficialmente reconocido, en una habitación individual y con cama para acompañante, si así se desea.

En el supuesto de intervención quirúrgica, el Asegurador se hará cargo de todos los gastos, incluyendo honorarios del cirujano y sus ayudantes, anestesia, utilización de quirófano, material y medicamentos.

Además están cubiertos los honorarios médicos, análisis de laboratorio, radiografías y electrocardiogramas que se realicen en el mismo hospital, mientras el paciente está ingresado por una intervención quirúrgica o por prescripción escrita de un médico, al objeto de recibir asistencia médica y hospitalaria que no pueda recibir fuera del Hospital sin riesgo para su salud.

Se cubren también los gastos de estancia en la U.V.I. o U.C.I. cuando por su gravedad requiera cuidados intensivos o vigilancia permanente.

Queda cubierto, asimismo, su traslado en una ambulancia en caso de enfermedad grave, desde o hasta un hospital de la localidad, donde pueda recibir la necesaria asistencia, siempre que dicho traslado esté prescrito por un médico

Para casos de urgencia vital, Usted no necesitará la organización o el consentimiento del Asegurador, pero deberá comunicarnos lo antes posible, incluso por teléfono, tal circunstancia y siempre dentro de las 72 horas siguientes al ingreso en el hospital. Al ser este servicio de urgencia requerido en un Centro No concertado por el Asegurador, SOLO estará cubierto por este seguro cualquier tipo de ASISTENCIA SI ES POR ENFERMEDAD GRAVE DE LAS DESCRITAS EN ESTA POLIZA Y POR TANTO NO SE LE REEMBOLSARÁ CANTIDAD ALGUNA SI SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD DISTINTA.

## 2. Garantía de segunda opinión y gestión médica

Esta garantía se presenta bajo dos modalidades:

**INTERCONSULTA** Es un servicio que le permite acceso a la opinión de los mejores especialistas médicos del mundo a través de consultas médicas internacionales, proporcionándole las recomendaciones de expertos especializados en las enfermedades especificadas en esta póliza. INTERCONSULTA es todo pedido de información médica solicitado por un Tomador en referencia a diagnóstico y/o tratamiento del enfermo asegurado y para ello el Asegurador se obliga a:

1. Recibir, identificar, presentar y discutir la INTERCONSULTA con los médicos especialistas que considere más apropiados para contestar las preguntas específicas planteadas por la consulta
2. Comunicar la información médica vital de forma rápida, eliminando las barreras del lenguaje, distancia, coste y acceso que separan al paciente de los médicos más expertos del mundo.
3. Identificar la solución óptima teniendo en cuenta los últimos avances de la investigación.
4. Proponer centros, que de acuerdo a las recomendaciones de los expertos, avances tecnológicos y resultados obtenidos para casos similares, se adecuen mejor a las necesidades del paciente.

**INTERSALUD:** Gestión de la atención médica, consistente en varios componentes que en combinación, se complementan para cumplir con los requerimientos de coordinación, administración, traslado y apoyo al paciente tanto en España como en el Extranjero.

1. Funcionar como una agencia de servicios para el Asegurado. El Asegurado puede llamar o acudir cuando requiera utilizar los servicios contratados.
2. Recibir, analizar y autorizar las solicitudes para prestaciones de servicios y controlar la correcta utilización del servicio.
3. Enviar una respuesta a la solicitud de servicios al Asegurado antes de la partida del Asegurado, haciendo mención a la selección de médicos y hospitales, en un plazo máximo de 10 días hábiles.
4. Seleccionar y dar referencias al Asegurado sobre hospitales o médicos en su país o en el extranjero.
5. Obtener citas médicas con los especialistas seleccionados o con aquellos elegidos por el Asegurado.
6. Formalizar los trámites previos a la admisión del Asegurado en el hospital.
7. Ayudar al Asegurado, a petición suya, a gestionar el transporte y el alojamiento provisional del mismo y su familia.

Una vez que el Asegurado ha elegido el centro, además de los servicios descritos en el punto anterior, el Asegurador se compromete a prestar los siguientes servicios:

- 1 Presentará e introducirá al Asegurado en el hospital donde vaya a efectuar el ingreso.

2 Coordinará la atención a Asegurado en el hospital por él elegido y las citas con el médico y/o especialista.

3 Auditará las atenciones médicas recibidas por el Asegurado.

#### **CONDICIÓN GENERAL CUARTA**

##### **4. DELIMITACIONES PERSONALES**

La edad máxima de ingreso es de 60 años.

En el caso de que existan antecedentes familiares de enfermedades hereditarias, o que dos o más personas de la misma familia – padres y hermanos – hubieran fallecido a edades tempranas por la misma enfermedad, se considerará que la persona es “no asegurable”,

Tampoco serán asegurables las personas que padezcan: enfermedades cardiovasculares, diabetes, procesos alérgicos, síndrome de Down y enfermedades mentales y nerviosas.

El Asegurador se reserva en cada caso el derecho de aceptar o rechazar la solicitud, o de proponer en su caso la modificación de las coberturas o condiciones especiales de aseguramiento.

#### **CONDICIÓN GENERAL QUINTA**

##### **5. DURACION, FINALIZACION DEL CONTRATO, VENCIMIENTO DE GARANTIAS Y EFECTO.**

1. La duración del contrato se establece por el período especificado en las Condiciones Particulares. A la finalización del mismo, salvo pacto en contrario, se entenderá prorrogado automáticamente, por el plazo de un año, y así sucesivamente a la finalización de cada anualidad. No obstante, cada parte podrá oponerse a la prórroga, mediante notificación escrita a la otra, con una antelación no inferior a dos meses antes del vencimiento de la anualidad en curso.

2. El contrato finaliza al cumplir Usted la edad de 70 años.

No obstante, a partir de la anualidad que Usted cumpla 65 años de edad, la opción de reembolso se extingue quedando el Asegurado con derecho a la prestación de Asistencia Sanitaria a través del cuadro concertado de AEGON SALUD.

3. Sin perjuicio de los plazos de carencia establecidos, las coberturas contratadas y sus modificaciones o adiciones tomarán efecto en la hora y fecha indicadas en las Condiciones Particulares siempre y cuando haya sido satisfecho el recibo de prima, salvo pacto en contrario recogido en las Condiciones Particulares.

A partir de la anualidad que Usted cumpla 65 años de edad, la opción al reembolso se extingue quedando el Asegurado con derecho a la prestación de Asistencia Sanitaria a través del cuadro concertado de AEGON SALUD.

#### **CONDICIÓN GENERAL SEXTA**

##### **6. PERIODO DE CARENCIA**

Este seguro tiene un periodo de carencia de SEIS MESES por lo que el Asegurado tendrá derecho a las prestaciones únicamente cuando alguna de las enfermedades graves

sea diagnosticada tras un período de SEIS MESES después de la fecha de efecto del contrato.

## **CONDICIÓN GENERAL SÉPTIMA**

### **7. PAGO DE PRIMAS:**

1. El pago de la primera prima se efectuará a la perfección del contrato, las sucesivas a sus vencimientos respectivos.

2. El domicilio de pago será el del Tomador del Seguro, si no se indica nada en contra.

3. Si por culpa del Tomador del Seguro, no se paga la primera prima, podrá darse por parte del Asegurador el contrato como extinguido, o bien proceder al cobro del recibo por vía ejecutiva, con base en la póliza.

Si el recibo de prima no ha sido satisfecho antes de la ocurrencia de un siniestro, queda liberado el Asegurador de toda obligación

4. Los recibos de primas deberán hacerse efectivos por el Tomador del Seguro en sus correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas. Ambas partes podrán convenir el fraccionamiento del pago en las Condiciones Particulares mediante un recargo establecido en dichas Condiciones Particulares según se pacte un fraccionamiento semestral, trimestral o mensual.

Cuando habiéndose pactado fraccionamiento del pago de la prima, el Tomador deja de pagar alguna fracción incumpliendo lo pactado el Asegurador podrá anticipar los vencimientos de las fracciones pendientes dando por rescindido el acuerdo de fraccionamiento.

En caso de reembolso y para primas fraccionadas, si ocurre el hecho que provoque el pago de las prestaciones, de la suma asegurada se descontarán las fracciones de prima de la anualidad en curso no percibidas.

5. Para el pago de las primas de renovación se concede un plazo de gracia de un mes.

Finalizado el mismo, quedarán en suspenso las garantías del contrato hasta las 24 horas del día en que sea hecha efectiva la prima.

El Asegurador podrá reclamar, dentro de los 6 meses siguientes al vencimiento, el pago del recibo considerándose que, si esta reclamación no se ha producido, el contrato queda extinguido.

6. El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

7. Podrá convenirse en Condiciones Particulares el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorro. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:

a) El Tomador del Seguro entregará al Asegurador una carta dirigida al establecimiento bancario o caja de ahorros, dando la orden oportuna al efecto.

b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro dentro del plazo de gracia no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro. En este caso, el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Entidad Aseguradora, en cuyo caso el asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio, o bien pondrá el recibo pendiente a disposición del tomador pudiendo este hacerlo efectivo en la Entidad Bancaria o Caja de Ahorros pactada por el asegurador y citada al efecto en el aviso de pago.

c) Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro, aquél

deberá notificar tal hecho al mismo por carta certificada, o cualquier otro medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que comunique al Asegurador la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la fecha de recepción a la expresada carta o notificación del último domicilio comunicado al Asegurador.

8. Para el cálculo de la prima correspondiente a este seguro se tendrán en cuenta de conformidad con la documentación técnica elaborada, los siguientes factores:

A. Domicilio del asegurado

B. Edad del asegurado

C. Costes anuales de los servicios asegurados comunicados por los hospitales y doctores que integran el cuadro médico que obra en poder del asegurado.

El importe de la prima se modificará (actualizará) en cada período de prórroga, si esta tiene lugar (expresa o tácitamente), en la misma proporción que se alteren los valores (factores) que han servido para la fijación de la primera prima (según su influencia respectiva en la fijación de la misma).

## **CONDICIÓN GENERAL OCTAVA**

### **8. DECLARACIONES**

El contrato se celebra sobre la base de las declaraciones que formula el Tomador del Seguro y el Asegurado en la solicitud del Seguro y el cuestionario de Salud, y que motivan la aceptación del riesgo por parte del Asegurador, con la asunción, por su parte, de las obligaciones derivadas del contrato y la fijación de la prima correspondiente.

La solicitud y el cuestionario cumplimentados por el Tomador del Seguro y cada uno de los Asegurados de la póliza, en unión de esta póliza, forman un todo unitario fundamento del seguro que alcanza dentro de los límites pactados los riesgos especificados en la misma.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, 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

La póliza consta de las presentes Condiciones Generales, las Condiciones Particulares que individualizan nuestro contrato con Usted, la solicitud del seguro, el Cuadro Médico y los suplementos y recibos de prima que se emitan en adelante.

En el caso de que haya existido algún error, inexactitud u ocultación de datos en la solicitud de seguro por Usted cumplimentada y fueran por Usted conocidos, podremos rescindir el contrato en el plazo de un mes desde que tengamos conocimiento de dicha inexactitud. Si sucediera un siniestro sin haber tenido conocimiento de la misma, nuestra prestación se reducirá en la misma proporción existente entre la prima convenida en la póliza y la que hubiera debido pagarse, excepto si la inexactitud se hubiera producido mediante dolo o culpa grave de usted, quedando nosotros liberados del pago del siniestro.

Usted deberá comunicarnos, tan pronto como le sea posible, cualquier circunstancia que agrave el riesgo y sea de tal naturaleza que si hubiera sido conocida por nosotros en el momento de la perfección del contrato no lo habríamos celebrado o lo hubiéramos hecho en condiciones más gravosas.

Una vez conocida por nosotros la agravación y en el plazo máximo de dos meses desde que Usted nos la haya comunicado, podremos proponerle una modificación de las

condiciones de la póliza, disponiendo Usted de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla.

## **CONDICIÓN GENERAL NOVENA**

### **9. COMUNICACIÓN DE SINIESTROS**

Una vez ocurrido el siniestro, Usted nos lo deberá comunicar lo más pronto posible, dentro siempre del plazo de siete días a contar desde el primer diagnóstico. En el caso de incumplimiento de esta obligación, el Asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta o retraso de la notificación salvo si se probase que aquél tuvo conocimiento del siniestro por otro medio.

El tomador del Seguro o el Asegurado deberán facilitar al Asegurador toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, pudiendo perderse el derecho a la indemnización en caso de violación de este deber, si concurre dolo o culpa grave.

El Asegurador podrá designar un médico que presencie la intervención quirúrgica o le visite durante su hospitalización. La negativa por parte suya, de sus familiares o de cualquier otra persona interesada, a admitir la visita de este médico, será considerado como renuncia expresa a toda asistencia o reembolso de gastos por razón de este seguro. Las discrepancias que sobre la oportunidad, duración u otra circunstancia de su intervención u hospitalización pudieran surgir entre su médico y el designado por el Asegurador, serán resueltas por decisión de un tercer facultativo designado por el Colegio de Médicos de la provincia donde Usted tenga su domicilio, a petición de la parte discrepante más diligente.

Usted deberá, además seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado del tratamiento de la enfermedad grave y deberá darnos toda clase de informaciones sobre las circunstancias o consecuencias de la prestación, pudiendo perderse el derecho a la indemnización en caso de violación de este deber, si concurre dolo o culpa grave.

## **CONDICIÓN GENERAL DÉCIMA**

### **10. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO**

1. Garantía de asistencia sanitaria mediante cuadro concertado:

Para la utilización de los servicios médicos recogidos en la Condición General TERCERA, apartado 1.1. mediante cuadro concertado, el asegurado deberá contactar con AEGON SALUD para que ésta le emita las correspondientes autorizaciones de atención en el centro y médico que, dentro de los incluidos en la guía médica, haya elegido.

2. Garantía de reembolso de gastos médicos

El Asegurado para tener derecho al reembolso deberá presentar los siguientes documentos:

A. Impreso de solicitud de indemnización o reembolso debidamente cumplimentado, Las preguntas relativas a la enfermedad o accidente deberán ser cumplimentadas por el médico que asiste al Asegurado.

B. Justificantes originales de los gastos producidos

Una vez recibidos por el Asegurador estos documentos, éste está obligado a satisfacer la indemnización al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia de la prestación. En cualquier supuesto, el Asegurador deberá

efectuar dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración del siniestro, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por él conocidas.

Si el Asegurador incurriese en mora en el cumplimiento de la prestación, la indemnización se ajustará a lo dispuesto en el artículo 20 de la Ley de Contrato de Seguro.

## **CONDICIÓN GENERAL UNDÉCIMA**

### **11. SUBROGACIÓN**

Una vez abonados los gastos de una asistencia, nosotros podremos ejecutar las acciones o derechos que por razón del siniestro debido a enfermedad o accidente le correspondiera a Usted frente a las personas responsables del mismo hasta el límite de la cantidad satisfecha.

Este derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra su cónyuge, ni otros familiares hasta el tercer grado de consanguinidad, padres adoptantes o hijos adoptivos, que convivan con usted. Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un contrato de seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

En caso de concurrencia de usted y nosotros frente al tercero responsable, el recobro obtenido se repetirá entre ambos en proporción a nuestro respectivo interés.

Usted se compromete a prestar toda su colaboración a este fin.

## **CONDICIÓN GENERAL DUODÉCIMA**

### **12. RECHAZO DE UNA PRESTACIÓN**

Cuando el Asegurador decida rechazar una prestación, con base en las normas de la póliza, deberá comunicarlo por escrito al Tomador del Seguro y/o Asegurado, en un plazo de 10 días a contar desde que hubiese tenido conocimiento de la causa que fundamente el rechazo, expresando los motivos del mismo.

Si fuera procedente el rechazo de un siniestro con posterioridad al haberse efectuado pagos con cargo al mismo, el Asegurador podrá repetir contra el Asegurado las sumas satisfechas.

## **CONDICIÓN GENERAL DECIMOTERCERA**

### **13. COMUNICACIONES**

1) Las comunicaciones que deban hacer el Tomador del Seguro o Asegurado se realizarán al domicilio social del Asegurador o a la oficina más próxima que tenga al domicilio de los mismos.

2) Las notificaciones que efectúe el Asegurador, serán al domicilio que conste en la póliza, salvo que éste haya sido modificado de forma fehaciente.

3) Las comunicaciones que haga un Corredor de Seguros en nombre del Tomador del Seguro al Asegurador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

## **CONDICIÓN GENERAL DECIMOCUARTA**

### **14. JURISDICCIÓN Y COMPETENCIA**

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro, el del domicilio del Asegurado.

Si el Tomador, Asegurado, Beneficiario o Derechohabiente no estuviera conforme con el servicio prestado o Indemnización acordada por el Asegurador tendrá derecho a presentar su reclamación ante el Servicio de Atención al Asegurado, constituido por AEGON de conformidad con la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y la modificación recogida en la Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero.

## **CONDICIÓN GENERAL DECIMOQUINTA**

### **15. PRESCRIPCIÓN**

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

## **CONDICIÓN GENERAL DECIMOSEXTA**

### **16. PROTECCIÓN DE DATOS**

El Tomador del Seguro abajo firmante declara conocer la Ley Orgánica 15/99 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y presta expresamente su consentimiento para la utilización y cesión, mediante tratamiento informático o de cualquier otro tipo, de los datos de carácter personal, incluidos los de salud, que se faciliten a los efectos del presente contrato por parte de Aegon Salud, S.A. de Seguros y Reaseguros titular del fichero ante quien podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de conformidad todo ello con lo estipulado en la Ley 15/99.

EL TOMADOR DEL SEGURO      EL ASEGURADOR  
Y/O ASEGURADO