

FIATC SALUD



CONDICIONES GENERALES SALUD

FIATC 
S E G U R O S

CONTENIDO

- 7 ARTÍCULO 1.º Definiciones
- 13 ARTÍCULO 2.º Objeto del seguro
- 21 ARTÍCULO 3.º Forma de prestar los servicios
- 26 ARTÍCULO 4.º Período de carencia
- 27 ARTÍCULO 5.º Formalización del contrato
- 28 ARTÍCULO 6.º Duración del seguro
- 28 ARTÍCULO 7.º Pago de primas
- 30 ARTÍCULO 8.º Otras obligaciones, deberes y facultades del tomador o asegurado
- 32 ARTÍCULO 9.º Otras obligaciones, deberes y facultades del asegurador
- 34 ARTÍCULO 10.º Pérdida de derechos y rescisión del contrato
- 35 ARTÍCULO 11.º Exoneración de responsabilidad
- 35 ARTÍCULO 12.º Prescripción
- 36 ARTÍCULO 13.º Comunicación y jurisdicción
- 36 ARTÍCULO 14.º Base de cálculo y actualización anual de las condiciones económicas de la póliza
- 37 ARTÍCULO 15.º Actualización anual de prestaciones
- 38 ARTÍCULO 16.º Derrama activa y pasiva de FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija
- 39 ARTÍCULO 17.º Protección de datos
- 39 ARTÍCULO 18.º Instancias de reclamación
- 41 Garantía complementaria de asistencia de viaje en el extranjero

CONDICIONES GENERALES

SEGURO DE SALUD

La legislación aplicable al contrato de seguro concertado con FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija es la española, rigiéndose de forma específica por lo dispuesto en la Ley 50/1980 de 8 de octubre, de contrato de Seguro, y por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, así como por sus respectivas normas reglamentarias de desarrollo, y con carácter general se rige por cualquier otra disposición que regule las obligaciones y derechos de las partes en este contrato.

FIATC tiene señalada su sede social en Avenida Diagonal 648 -08017- Barcelona, España, Estado al que corresponde el control de su actividad, a través de la autoridad Dirección General de Seguros Y Fondos de Pensiones.

Los Estatutos de nuestra Mutua, se encuentran a su disposición en cualquiera de nuestras oficinas así como en la página web www.fiatc.es. Igualmente, la Entidad facilitará al tomador del seguro que lo solicite los mecanismos pertinentes de acceso al informe sobre la situación financiera y de solvencia de FIATC.

ARTÍCULO 1.º

DEFINICIONES

A los efectos de este contrato se entiende por:

Accidente

Toda 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

FIATC Mutua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija (en adelante, «FIATC»), entidad que asume los riesgos pactados de forma contractual.

Beneficiario

Asegurado con derecho a recibir la prestación del asegurador en caso de producirse el siniestro.

Condición de salud preexistente

Aquel estado o condición de salud, incluidas aquellas situaciones no necesariamente patológicas (por ejemplo, embarazo o gestación), que se inicia con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.

Condiciones particulares

Documento integrante de la póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Copago

Véase Franquicia.

Cuadro médico

Véase Guía Médica.

Cuestionario o declaración de salud

Declaración realizada por el tomador o asegurado antes de la formalización de la póliza y que sirve al asegurador para la correcta valoración del riesgo que es objeto del seguro. Dicho documento, que el tomador o el asegurado deben cumplimentar de forma cierta y exacta, forma parte integrante de la póliza.

Domicilio del tomador y del asegurado

El que figura como tal en las condiciones de la póliza.

DUE (Diplomado Universitario en Enfermería)

Profesional capacitado y habilitado legalmente para desarrollar la actividad de enfermería.

Enfermedad o lesión

Toda alteración del estado de salud contraída durante la vigencia de la póliza que no sea consecuencia de accidente y cuyo diagnóstico y confirmación sean efectuados por un médico reconocido legalmente en la localidad o país donde este preste sus servicios.

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 período de la vida del individuo.

Enfermedad, defecto o malformación preexistente

Es la padecida por el asegurado con anterioridad a la fecha de su incorporación efectiva (alta) en la póliza.

Exclusiones

Las cláusulas contractuales que suprimen alguna de las garantías asegurables.

Franquicia

Cantidad o porcentaje expresamente pactados, a cargo del tomador o asegurado, como participación del mismo en el coste de los servicios sanitarios. Dicho importe será prefijado para cada acto médico.

Guía Médica de la entidad

Relación vigente de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por FIATC en cada provincia. El tomador y los asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran la Guía Médica actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia. Los datos que figuran en la Guía Médica pueden sufrir cambios, por lo que se recomienda que, ante cualquier contingencia, se consulte con la entidad.

Hospital o centro hospitalario

Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios para efectuar diagnósticos, intervenciones quirúrgicas e internamientos superiores a 24 horas. Estos centros pueden disponer, además, de unidades especiales de hospitalización y de hospital de día. A los efectos de la presente póliza, no se considerarán hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas o tratamientos de adicciones ni instituciones similares.

Hospitalización

Se considera como tal cuando una persona figure registrada como paciente en un hospital y permanezca ingresada un mínimo de 24 horas.

Hospitalización de carácter social o familiar

Es el ingreso o la prolongación de la estancia en un hospital por causas no relacionadas con patologías médicas objetivas, a juicio de un médico de FIATC, sino por cuestiones de carácter social o familiar. Tales casos no quedan cubiertos por la póliza.

Hospitalización de día

Cuando 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 la anestesia por un período inferior a 24 horas.

Hospitalización en domicilio

Consiste en la atención médica y de enfermería al paciente que guarde cama en su propio domicilio, con la colaboración de su familia, que permita la asistencia, sin necesidad de ingreso hospitalario, de enfermedades o lesiones crónicas, o bien la recuperación después de intervenciones quirúrgicas.

Hospitalización en unidades especiales

Es la ocupación de una cama hospitalaria que, por sus características respecto a los medios técnicos, médicos y de cuidados de enfermería empleados, la diferencian de la hospitalización general o habitual. Estas unidades están fundamentalmente destinadas a: la vigilancia y el tratamiento intensivo de pacientes graves o de alto riesgo (Cuidados Intensivos, enfermedades coronarias, Neonatología); el tratamiento específico de ciertas enfermedades o lesiones (Unidad de Quemados, Unidad de Lesionados Raquimedulares); o el aislamiento del paciente, bien porque este pueda ser contaminante (Unidad de Infecciosos, Unidad para el Tratamiento con Isótopos Radiactivos), bien para evitar su contaminación al tener alterado su sistema inmunológico (Unidad de Aislamiento para Enfermos Trasplantados).

Intervención quirúrgica

Toda operación con fines diagnósticos o terapéuticos realizada mediante incisión u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano o equipo quirúrgico y que, normalmente, requiere la utilización de un quirófano en un centro sanitario autorizado.

Material de osteosíntesis

Pieza o elemento de cualquier naturaleza, no humano, empleado para la unión de los extremos de un hueso fracturado o para soldar extremos articulares.

Material ortopédico

Productos sanitarios de uso externo, permanente o temporal que, adaptados individualmente al paciente, se destinan a modificar las condiciones estructurales o funcionales del sistema neuromuscular o esquelético, sin que su implantación requiera una intervención quirúrgica.

Médico

Doctor o licenciado en Medicina, legalmente autorizado para ejercerla y tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que padezca el asegurado.

Médico especialista o especialista

Médico con titulación legal específica de la especialidad médica o quirúrgica que se trate.

Plazo o período de carencia

Intervalo de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto del seguro, durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas en la póliza. Dicho plazo se computa desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los asegurados incluidos en ella.

Período de seguro

Es el espacio de tiempo comprendido entre la fecha de efecto del seguro y el vencimiento de la póliza, o bien el que transcurra durante una prórroga.

Póliza

Conjunto de documentos que contiene las condiciones que regulan el seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud, el cuestionario de salud, las condiciones generales, las condiciones particulares que identifican el riesgo y las especiales si las hubiera, así como los suplementos, anexos o apéndices que se emitan para complementarla o modificarla. También forman parte integrante de la póliza la Guía Médica de la entidad y la tarjeta sanitaria personal de cada asegurado.

Prestación

Consiste en la cobertura de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro en la forma establecida en las presentes condiciones.

Prima

El precio del seguro. En la póliza o en el recibo se incluirán los recargos e impuestos que sean de aplicación según la legislación vigente. La prima del seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

Proceso

Es el conjunto de actos médicos que conforman el diagnóstico y tratamiento de una misma enfermedad: consulta, analítica, radiología y otros medios de diagnóstico, así como los tratamientos de cirugía, hospitalización y rehabilitación en cada caso.

Prótesis

Todo elemento que reemplaza a una parte corporal ausente o efectúa la función total o parcial de un órgano.

Servicios de urgencia a domicilio

Asistencia en el domicilio del asegurado en casos de urgencia, prestada por un médico generalista, pediatra o puericultor y DUE.

Siniestro

Se entiende por siniestro la ocurrencia de cualquier acontecimiento que dé lugar a la aplicación de alguna de las garantías contratadas en la póliza.

Solicitud de seguro

Cuestionario, facilitado por FIATC, en el que el tomador del seguro describe el riesgo que desea asegurar, con todas las circunstancias que conoce y que pueden influir en la valoración de dicho riesgo.

Tomador del seguro

Es la persona física o jurídica que, conjuntamente con FIATC, suscribe este contrato y al que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el asegurado.

Urgencia

Situación caracterizada por la inesperada, repentina y crítica alteración del estado de salud del paciente de forma que su vida o capacidad funcional se vean amenazadas.

Urgencia extrema o vital

Cuando en la situación de urgencia el riesgo es de muerte inminente, de grandes lesiones o incapacidades y este requiere un tratamiento lo más inmediato posible.

Grupo asegurable

Conjunto de personas físicas con alguna característica en común distinta de la intención de asegurarse y que cumplen las condiciones legales para ser aseguradas de manera individual.

Modalidad Acto Médico

Tipo de seguro definido por poner a disposición del asegurado un cuadro médico constituido por un amplio número de proveedores de servicios sanitarios de libre elección para el asegurado.

Plazo de disputabilidad

Intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los asegurados incluidos en ella, durante el cual el asegurador puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores o preexistentes del asegurado, que este no declaró en el cuestionario de salud. Transcurrido dicho plazo, el asegurador solo tendrá esa facultad en el caso de que el tomador o asegurado hayan actuado dolosamente omitiendo intencionadamente dichas enfermedades anteriores o preexistentes en el cuestionario de salud.

Condición médica preexistente

Aquel estado o condición de la salud, no necesariamente patológica (por ejemplo, embarazo o gestación), que se inicia con anterioridad a la fecha de inclusión del asegurado en la póliza.

ARTÍCULO 2.º

OBJETO DEL SEGURO

2.1. RIESGOS CUBIERTOS

Dentro de los límites y condiciones estipulados en las presentes condiciones generales, en las particulares y, en su caso, en las especiales y en los suplementos o apéndices de póliza que se emitan, y mediante el pago de la prima y las franquicias que en cada caso correspondan, FIATC se compromete a poner a disposición del asegurado una serie de profesionales sanitarios, de los que el asegurado podrá solicitar la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en aquellas especialidades y modalidades que figuran en las condiciones especiales indicadas en las condiciones particulares de la póliza. La cobertura de todo ello queda circunscrita a los límites detallados en dichas condiciones especiales y al cuestionario de declaración del riesgo, así como a los límites detallados en las presentes condiciones generales y en las condiciones particulares de la póliza. **La cobertura de todo ello queda circunscrita a los límites detallados en dichas condiciones especiales y al cuestionario de declaración del riesgo, así como a los límites detallados en las presentes condiciones generales y en las condiciones particulares de la póliza.**

El seguro se basa en la libre elección de los médicos y centros hospitalarios de entre los detallados en la Guía Médica de FIATC. El derecho de libertad de elección de médico y de centro sanitario por los asegurados dentro de los que figuran como proveedores sanitarios supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de FIATC por los actos de aquellos, sobre los que FIATC no tiene capacidad de control por la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. FIATC es totalmente ajena a la relación que surja entre el asegurado y los profesionales o centros sanitarios.

Entre las coberturas de este contrato de seguro no se halla la responsabilidad civil derivada de la actuación de los médicos que integran el cuadro de profesionales que prestan la asistencia sanitaria.

El asegurador se hará cargo, siempre que se cumplan las condiciones establecidas en esta póliza, del coste de la asistencia sanitaria que los mencionados profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados presten a los asegurados.

Cuando en alguna población no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, dicho servicio será facilitado en la localidad donde pueda realizarse, a elección del asegurado. El asegurador prestará la asistencia descrita anteriormente, asumiendo el coste de la misma mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieran realizado la prestación.

Anualmente se analizará la integración en las coberturas de esta póliza de los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica. En este sentido, en cada renovación anual FIATC detallará y comunicará las técnicas o tratamientos que pasen a formar parte de las coberturas de la póliza para el siguiente período y, si dicha incorporación conllevara algún tipo de franquicia, esta también sería comunicada.

En todo caso, según dispone la Ley de Contrato de Seguro, el asegurador asume la asistencia necesaria de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de las presentes condiciones generales de la póliza y dentro de los servicios cubiertos por la misma.

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

2.2. RIESGOS EXCLUIDOS:

- A. Toda clase de enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes 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 aquellos, siempre que fueran conocidos por el tomador del seguro o asegurado y no declarados.
- El tomador del seguro, en su nombre y en nombre de los beneficiarios o de cada uno de estos, está obligado a manifestar en el momento de suscribir la propuesta/solicitud de seguro si padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o enfermedades, especialmente aquellas de carácter recurrente, congénitas o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole; o bien si, en el momento de la suscripción, padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología. En este caso, la afección se considerará como preexistente o congénita y, en consecuencia, quedará excluida de las coberturas pactadas en el contrato de seguro. Si hubiera enfermedades preexistentes o congénitas, la entidad se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante o solicitantes y, en caso de aceptarla, el derecho a incluir la correspondiente cláusula de exclusión de la cobertura de las mismas, así como de las secuelas derivadas de ellas. Para las enfermedades no conocidas ni sospechadas por el asegurado o tomador por no haber presentado síntomas anteriores a la formalización del contrato, se establece la indisputabilidad de su cobertura transcurrido 1 año desde dicha formalización o inclusión del asegurado, salvo dolo del tomador.
- B. Los daños producidos a consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo, los causados por epidemias y pandemias declaradas oficialmente, los que guarden relación directa o indirecta con contaminaciones químicas, biológicas, con radiación nuclear o contaminación nuclear o radiactiva, así como los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- C. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), el SIDA y las enfermedades relacionadas con este, así como sus complicaciones y secuelas fuera de los límites detallados en las condiciones especiales de la póliza.

- D. La asistencia sanitaria para el tratamiento del alcoholismo crónico o la adicción a drogas de cualquier tipo, así como sus complicaciones y secuelas, y la asistencia sanitaria a lesionados por embriaguez, agresión, riña, intento de suicidio o autolesiones, así como por enfermedades o accidentes sufridos por dolo, negligencia o imprudencia del asegurado. La asistencia derivada de intoxicaciones debidas al abuso de alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos.
- E. La asistencia sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte, de la participación en apuestas y competiciones y de la práctica, como aficionado o profesional, de actividades de alto riesgo, como el toreo y encierro de reses bravas; de la práctica de deportes peligrosos, tales como buceo, bobsleigh, boxeo, artes marciales, escalada, carreras de vehículos a motor, rugby, quad, espeleología, parapente, hípica, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades de navegación o en aguas bravas, puenting y barranquismo, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa, así como cualquier otra actividad de las denominadas de aventura.
- F. La cámara hiperbárica, el tratamiento con diálisis y hemodiálisis y el de riñones artificiales, salvo aquellos casos incluidos en las condiciones especiales.
- G. El diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas estéticas y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación realizados con fines puramente estéticos o cosméticos. Quedan asimismo excluidos los tratamientos de varices con fines estéticos, las curas de adelgazamiento ambulatorias o en régimen de internamiento y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los tratamientos capilares. Queda también excluida la corrección quirúrgica de los defectos de refracción de los ojos, tales como miopía, astigmatismo, hipermetropía o presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular, así como la ortoqueratología. Quedan igualmente excluidas las consecuencias y complicaciones derivadas de todas las exclusiones recogidas en este apartado.
- H. Todo tipo de trasplantes o autotrasplantes de órganos, así como injertos o autoinjertos de órganos, tejidos, células o componentes celulares.

- I. Todo tipo de prótesis, implantes, dispositivos sanitarios, piezas anatómicas y ortopédicas, a excepción de las prótesis y sistemas de fijación internas traumatológicas, válvulas cardíacas, marcapasos y prótesis de bypass vascular, con el coste límite por intervención especificado en la póliza, siendo imprescindible que la compra de las mismas sea gestionada a través de la Organización Asistencial FIATC. Se excluyen, además, corazones artificiales, implantes de columna y biomateriales o materiales biológicos, sintéticos y ortopédicos no detallados expresamente en la póliza, así como el uso de los descritos en otras indicaciones que no sean las señaladas. Se excluyen de la cobertura los expansores de la piel y los implantes de columna.
- J. La asistencia sanitaria que esté cubierta por el seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el seguro del automóvil de suscripción obligatoria.
- K. Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo los que se administren al asegurado durante su internamiento (un mínimo de 24 horas) en un centro hospitalario. En cualquier caso, quedan también expresamente excluidos los medicamentos biológicos o biomateriales medicamentosos, aunque se administren durante su internamiento. Quedan igualmente excluidas todo tipo de vacunas. En la quimioterapia oncológica solo se cubrirán los gastos de los medicamentos citostáticos específicamente definidos y detallados en la póliza. Se excluyen expresamente de este concepto la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, la terapia génica, la terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos o moleculares, los fármacos antiangiogénicos, los sensibilizadores usados en terapia fotodinámica y en radiación, la braquiterapia y la radioterapia de intensidad modulada.
- L. En psiquiatría y psicología clínicas, las consultas, técnicas diagnósticas y terapias que no sigan criterios de tratamiento neurobiológicos o farmacológicos, como el psicoanálisis, la hipnosis o la narcolepsia ambulatoria, la sofrología y las curas de reposo o sueño. Se excluyen, además, la psicoterapia de grupo o pareja, los test psicológicos y psicométricos,

la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica y la terapia educativa o cognitivo-conductual en los trastornos de la comunicación oral y escrita, así como del desarrollo de origen diverso.

- M. Todas las técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser o radiofrecuencia, excepto en la adenoamigdaloplastia y la cirugía de los cornetes nasales.
- N. Los gastos de viaje y desplazamiento, salvo la ambulancia en los términos contemplados en la póliza.
- O. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de esta, o bien cuando se conviertan en terapia de mantenimiento ocupacional; la rehabilitación en enfermedades crónicas del aparato locomotor cuando se hayan estabilizado las secuelas, así como la rehabilitación de mantenimiento en lesiones neurológicas irreversibles de origen diverso. Queda excluida la estimulación precoz.
- P. Las pruebas genéticas cuya finalidad sea determinar la predisposición del asegurado o de su descendencia presente o futura a padecer enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas, con la excepción exclusiva de aquellas que figuran expresamente incluidas en la cobertura. No quedan cubiertas aquellas pruebas genéticas que se encuentren en fase de investigación o cuya utilidad diagnóstica, relevancia clínica o evidencia científica no estén demostradas. Quedan excluidas la Medicina Regenerativa, la Medicina Biológica, la Inmunoterapia, las Terapias Biológicas y la Terapia Génica o Genética, así como las aplicaciones de todas ellas. Además, quedan excluidos todo tipo de tratamientos experimentales, los de uso compasivo y los que estén en ensayo clínico en todas sus fases o grados.
- Q. Aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén científicamente contrastadas o no hayan sido ratificadas por las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, o hayan sido manifiestamente superadas por otras disponibles. Igualmente, quedan excluidos aquellos procedimientos de carácter experimental o que no tengan suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades, conservación

o mejora de la esperanza de vida, eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento, así como los que consistan en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo, aunque estén prescritos por un facultativo.

- R. Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios, tales como hoteles, balnearios, centros de spa, asilos, residencias y centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque estén prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, el descanso y los tratamientos dietéticos. Queda también excluida la hospitalización psiquiátrica, salvo en caso de brotes agudos, y la hospitalización por razones de tipo social o familiar, así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliar o ambulatoria. Queda excluida, además, la asistencia sanitaria en centros privados no concertados y la prestada en hospitales, centros y otros establecimientos de titularidad pública integrados en el Sistema Nacional de Salud de España o dependientes de las Comunidades Autónomas. En todo caso, FIATC se reserva el derecho a reclamar al asegurado el recobro de los gastos de asistencia que haya tenido que abonar al sistema sanitario público por la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria prestada.
- S. La medicina preventiva y los chequeos o reconocimientos médicos preventivos de carácter general, las vacunas y el suministro de extractos en procesos alérgicos, salvo lo que esté incluido expresamente en las condiciones de la póliza.
- T. La interrupción voluntaria del embarazo y la reducción embrionaria instrumental selectiva en cualquier supuesto, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. También están excluidos el tratamiento de la esterilidad y las técnicas de fecundación asistida. Queda excluido el tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil. Queda excluida la cirugía fetal.
- U. Terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, homeopatía, quiromasaje, drenaje linfático, mesoterapia, gimnasia, osteopatía, hidroterapia, oxigenoterapia trifásica, presoterapia, ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente.

- V. Cualquier asistencia sanitaria no incluida o expresamente excluida en la descripción de cobertura de las condiciones especiales de la póliza.
- W. La alta tecnología médica diagnóstica o terapéutica, salvo lo detallado en el apartado de coberturas de estas condiciones generales.
- X. Los tratamientos médico-quirúrgicos de la roncopatía o de la apnea obstructiva del sueño y los tratamientos o modalidades de radioterapia, además de sus indicaciones médicas que no se detallen expresamente en estas condiciones generales. Además, queda excluida la protonterapia, la neutronterapia, la radiocirugía con Cyberknife y la radioterapia o radiocirugía estereotáctica extracraneal o adaptada a la respiración (4d).
- Y. La odontología endodóncica, periodóncica y ortodóncica, los selladores de fisuras y las obturaciones o empastes, las reconstrucciones, las prótesis dentales, las apicectomías, la implantología, la cirugía ortognática y los medios diagnósticos necesarios para realizar estos tratamientos.
- Z. Análisis u otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificaciones, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
- AA. La logopedia y la foniatría para la recuperación de los trastornos del habla, la fonación y el lenguaje, causados por alteraciones anatómicas o neurológicas congénitas y psicomotrices de origen diverso.
- BB. La cirugía robótica, guiada por imágenes o asistida por ordenador, incluidos los neuronavegadores y el sistema Carto, así como los tratamientos que utilicen láser, que únicamente quedan cubiertos en las especialidades e indicaciones que se detallan en las presentes condiciones generales. La cirugía de cambio de sexo.
- CC. Los gastos por uso de teléfono, televisión y pensión alimenticia del acompañante en la clínica. Los gastos por viaje y desplazamiento (salvo la ambulancia en los términos contemplados en estas condiciones generales), así como otros servicios no imprescindibles para la asistencia hospitalaria necesaria.

- DD.** El consejo genético, las pruebas de paternidad o de parentesco, la obtención de mapas genéticos de riesgo con finalidad preventiva o predictiva, la secuenciación masiva de genes o cariotipo molecular, las técnicas de hibridación genómica comparada y las plataformas de microarrays con interpretación automatizada de los resultados, así como cualquier otra técnica genética o de biología molecular que se solicite con fines de pronóstico o diagnóstico, si este se puede obtener por otros medios o no tiene repercusión terapéutica.
- EE.** La Tomografía por Emisión de Positrones (PET), salvo lo detallado en las condiciones especiales de la póliza.
- FF.** La medicina regenerativa, la medicina biológica, la inmunoterapia y cualquier medio de diagnóstico o tratamiento realizados mediante terapia genética, estudios para la determinación del mapa genético y cualquier otra técnica genética, con la exclusiva excepción de aquellas que figuren expresamente incluidas en las condiciones generales de la póliza.

ARTÍCULO 3.º

FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

3.1. La asistencia sanitaria cubierta por el seguro, de acuerdo con las condiciones de la póliza, se prestará en todas las ciudades españolas donde la entidad cuente con cuadros médicos concertados (Guía Médica) y se realizará por los facultativos, clínicas y otros establecimientos allí incluidos.

Cuando en la Guía Médica de la entidad de cualquier población que le corresponda al asegurado en función de su domicilio habitual no exista alguno de los servicios descritos en la cobertura del contrato, el asegurado podrá elegir el cuadro médico **concertado por la entidad** de la población del territorio nacional que estime más idónea. Los gastos de desplazamiento correrán siempre a cargo del asegurado.

El asegurador abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia, siempre que se cumplan todos los requisitos y circunstancias establecidos en la póliza.

FIATC no se hará cargo de los honorarios de facultativos ajenos a su Guía Médica, ni de los gastos de internamiento hospitalario o servicios que los mismos pudieran prescribir. Tampoco se hará cargo de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con la aseguradora, sea cual sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos, salvo que la aseguradora hubiera autorizado previamente los mismos.

Los datos actualizados de los facultativos se encuentran en las instalaciones de la aseguradora a disposición del asegurado.

3.2. Por cada uno de los servicios recibidos en una misma cita, el asegurado deberá presentar la tarjeta sanitaria personal FIATC, que el asegurador le entregará a tal efecto, y deberá firmar los recibos justificativos de los servicios recibidos, una de cuyas copias será entregada al asegurado como comprobante.

En su caso, el asegurado también deberá mostrar el documento de autorización previsto en la presente cláusula. Los recibos debidamente firmados servirán de comprobante al asegurador para abonar el coste de la prestación.

Por su parte, el asegurado abonará por el servicio recibido el importe que se establezca en las condiciones particulares en concepto de franquicia o participación en el coste de los mismos.

El asegurado efectuará el pago de las franquicias directamente al profesional o centro que haya prestado los servicios franquiciados.

El importe de las franquicias podrá ser actualizado por FIATC de conformidad con lo establecido en las condiciones de la póliza.

3.3. En particular, la cobertura de la prestación tendrá lugar de la forma siguiente:

A) ASISTENCIA DOMICILIARIA

Las visitas domiciliarias se efectuarán **cuando el asegurado no pueda trasladarse al consultorio del facultativo a causa de la enfermedad que padezca**. En los casos de urgencia, deberá acudir al servicio permanente que tenga establecido el asegurador, en los centros de urgencias cuyas direcciones figuran en la Guía Médica de la entidad.

La entidad se compromete a prestar los servicios únicamente en el domicilio del asegurado que figure en la póliza, siempre y cuando dicho servicio esté concertado por la entidad en esa zona; cualquier cambio del mismo deberá ser notificado al asegurador por cualquier medio fehaciente, con una antelación mínima de 8 días al requerimiento de cualquier servicio. La entidad se compromete a emitir el suplemento correspondiente.

Se podrá solicitar un servicio a domicilio cuando, debido al estado de salud del enfermo, el desplazamiento a una consulta o centro hospitalario sea médicamente desaconsejable.

B) LIBRE ELECCIÓN DE FACULTATIVO

La asistencia por parte de un especialista concertado dentro de la Guía Médica se realizará en el consultorio del facultativo, al cual se podrá acudir por propia iniciativa o por indicación de otro médico de la entidad.

C) HOSPITALIZACIÓN

La hospitalización o prestación de un servicio asistencial deberá ordenarlas por escrito un médico de la entidad y el asegurado tendrá que obtener su confirmación por parte de las oficinas de la misma. Una vez otorgada, esta vinculará económicamente a la entidad, **salvo que en dicha confirmación se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta por la póliza.**

En los casos de urgencia será suficiente, a estos efectos, la orden del médico de la entidad, pero **el asegurado deberá obtener la confirmación de la misma dentro de las 72 horas siguientes al ingreso.** En este último supuesto, la entidad quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en caso de entender que la póliza no cubre la hospitalización o el servicio asistencial requeridos.

Para que la entidad se haga cargo de los gastos, será requisito indispensable que la hospitalización haya tenido lugar en el centro más próximo al lugar donde se haya producido la urgencia vital y que no se trate de un centro público. En cuanto sea posible, se deberá trasladar al asegurado a un centro concertado con la entidad.

Las autorizaciones de internamiento en centros hospitalarios facilitadas por la entidad tendrán un límite de días de estancia relacionado con las previsiones escritas por el médico que ordene el ingreso.

Para obtener una o más prórrogas de los días de hospitalización, el asegurado deberá solicitarlas a la entidad aportando un nuevo informe médico en el que se señalen las razones de dicha prórroga y las previsiones de estancia al respecto. En ningún caso se aceptarán como motivo de permanencia problemas de tipo social, familiar o laboral (dificultades de atención familiar en el domicilio, etc.).

La permanencia en régimen de hospitalización de un enfermo estará determinada por el criterio exclusivo del médico que lo asista, quien podrá indicar que continúe el tratamiento en el domicilio del asegurado si su internamiento en este régimen de hospitalización ya no es indispensable.

D) PRÓTESIS

Las prótesis irán a cargo del asegurado, a excepción de las prótesis y sistemas de fijación internos traumatológicos, válvulas cardíacas, marcapasos y prótesis de bypass vascular, **que quedarán garantizados hasta el límite especificado en la póliza y con el requisito imprescindible de que la compra de las mismas sea gestionada y autorizada por FIATC.**

E) SERVICIOS ASISTENCIALES

Los servicios asistenciales podrán requerirse en función de lo establecido en los diferentes apartados de la Guía Médica de la entidad.

F) ENFERMERÍA

El servicio de enfermería podrá solicitarse cuando la enfermedad no permita al asegurado trasladarse normalmente al centro asistencial que tenga establecido la entidad.

G) URGENCIAS

Los servicios de urgencias domiciliarias serán prestados por los servicios que tenga concertados la entidad para tales efectos y que figuren en la Guía Médica de la propia entidad y en el dorso de la tarjeta sanitaria personal de cada asegurado. La asistencia prestada irá a cargo de un médico generalista, un pediatra o un DUE.

H) PARTOS

Los partos, tanto los normales como los distócicos, serán asistidos por un tocólogo auxiliado por una matrona en centros adecuados para tal fin.

I) AUTORIZACIONES

Los servicios cubiertos por la póliza pueden ser de libre acceso o requerir una autorización previa por parte del asegurador. Son de libre acceso las consultas de

asistencia primaria, las de especialistas y las de urgencia, así como los medios de diagnóstico básicos. Requerirán autorización previa los ingresos hospitalarios, las intervenciones quirúrgicas, los traslados en ambulancia, los actos terapéuticos, los medios de diagnóstico complejos, la medicina preventiva y los trasplantes detallados en las condiciones especiales de la póliza.

Las prestaciones sanitarias que requieran la autorización expresa previa por parte del asegurador deberán ser ordenadas por escrito por un médico, siendo necesario, en el caso en que así lo requiera la entidad, presentar un informe del médico prescriptor además de la citada prescripción. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un centro concertado con la entidad y el motivo de la prestación tendrá que estar incluido entre los servicios cubiertos por la póliza. Una vez otorgada la autorización, esta vinculará económicamente a la entidad dentro de los límites detallados en la misma, salvo que en dicha comunicación se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta por la póliza. En los casos de asistencia de urgencia será suficiente, a estos efectos, la orden de un médico, pero el asegurado, en los supuestos en que la urgencia derive en un ingreso hospitalario, deberá obtener la confirmación escrita de la entidad dentro de las 72 horas siguientes al ingreso.

En este último supuesto, la entidad quedará vinculada económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en caso de entender que la póliza no cubre el acto médico o la hospitalización.

J) TARJETA SANITARIA PERSONAL FIATC

FIATC facilitará a los asegurados la tarjeta MEDIFIATC, que no contiene información sanitaria y es exclusivamente identificativa, con validez limitada por períodos de tiempo. El asegurado deberá identificarse al requerir los servicios que procedan con la tarjeta de MEDIFIATC; no obstante, cuando el médico o el centro que preste el servicio lo estimen conveniente, podrán requerir también el documento nacional de identidad.

Cada acto sanitario prestado requerirá un único pase de la tarjeta, que se podrá efectuar en soporte de papel o por datáfono.

La tarjeta MEDIFIATC es personal e intransferible y FIATC se reserva la posibilidad de emprender las acciones legales que procedan respecto al uso fraudulento

de la misma. En caso de robo, hurto o extravío, el asegurado está obligado a comunicar esta circunstancia a FIATC a la mayor brevedad posible; asimismo, el asegurado deberá devolver la tarjeta MEDIFIATC al finalizar la vigencia del seguro.

ARTÍCULO 4.º

PERÍODO DE CARENCIA

Las garantías del presente contrato entrarán en vigor una vez que el mismo haya tomado efecto. **No obstante**, para determinadas garantías, salvo pacto en contrario recogido en las condiciones particulares de la póliza para cada uno de los Asegurados, **será necesario que hayan transcurrido los períodos de carencia siguientes:**

- Seis meses para intervenciones quirúrgicas ambulatorias o que requieran hospitalización, hospitalizaciones no quirúrgicas y hospital de día.
- Seis meses para tratamientos especiales, incluida la rehabilitación y la fisioterapia, la litotricia renal, la recuperación cardíaca post-infarto y cualquier otro tipo de rehabilitación garantizada.
- Tres meses para los medios complementarios de diagnóstico (salvo analítica básica y radiología convencional), excepto el PET, las endoscopias y colonoscopias de cualquier tipo y las pruebas de medicina nuclear y de neurofisiología clínica, que tendrán un período de carencia de 6 meses.
- Las pruebas de seguimiento del embarazo y parto tendrán un período de carencia de 6 meses.
- Ocho meses para partos.
- Doce meses para las prótesis garantizadas, las ligaduras de trompas y las vasectomías.

De forma excepcional, en casos de urgencia vital, de partos en los que peligre la vida del feto o de la madre, o en partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28.ª semana de gestación, se tendrá derecho a la asistencia desde la fecha de entrada en vigor del contrato, excepto para la medicación oncológica cuando la administración se realice de forma ambulatoria.

Podrán establecerse períodos de carencia distintos para servicios complementarios o modificarse los expresados en los números indicados, siempre que se determine su duración en las condiciones particulares.

ARTÍCULO 5.º

FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO

El presente contrato ha sido concertado de acuerdo con las declaraciones efectuadas por el tomador del seguro y, en su caso, el asegurado en el cuestionario previo, que han servido como base para la aceptación del riesgo y el establecimiento de la prima.

El contrato de seguro y sus modificaciones no surtirán efecto mientras no se haya firmado la póliza y abonado el primer recibo de la prima, salvo que se establezca pacto en contrario en las condiciones particulares.

Si el contenido de la póliza difiere de la solicitud del seguro o de las cláusulas acordadas, el tomador del seguro podrá reclamar a FIATC que subsane la divergencia existente en el plazo de 1 mes a contar desde la entrega de la póliza.

Si transcurre dicho plazo sin haber efectuado ninguna reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

CONTRATACIÓN A DISTANCIA DEL SEGURO

En caso de contratación a distancia, se aplicará lo dispuesto en este artículo. Se considerará que existe contratación de un seguro a distancia cuando, para su negociación y celebración, se utilice exclusivamente una técnica de comunicación a distancia sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros medios similares.

En caso de contratación a distancia, el seguro entrará en vigor a las 00:00 horas del día siguiente a aquel en que el tomador haya prestado su consentimiento, salvo que se concierte otra fecha por acuerdo expreso. En todo caso, la fecha de efecto quedará reflejada en las condiciones particulares de la póliza.

Sin perjuicio de lo indicado en los párrafos anteriores, el contrato y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito. El asegurador está obligado a entregar la póliza al tomador del seguro. El tomador deberá devolver al asegurador un ejemplar firmado por él de las condiciones particulares de la póliza, así como la documentación acreditativa de las circunstancias que configuren el riesgo.

El tomador, cuando sea consumidor (esto es, persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia), dispondrá de un plazo de 14 días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro.

Dicho plazo se contará desde el día de la celebración del contrato o desde la fecha en que el asegurador entregue la póliza.

ARTÍCULO 6.º

DURACIÓN DEL SEGURO

El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las condiciones particulares y, salvo pacto en contrario, la duración de la póliza se ajustará al año natural.

La póliza se prorrogará tácitamente por períodos anuales. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea FIATC.

En las modalidades que correspondan, si el asegurado se encontrase hospitalizado, la comunicación efectuada por FIATC oponiéndose a la prórroga de la póliza no surtiría efecto respecto de dicho asegurado hasta la fecha en que este obtuviera el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del asegurado a seguir el tratamiento.

ARTÍCULO 7.º

PAGO DE PRIMAS

Uno. El tomador del seguro, de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima mediante domiciliación bancaria, salvo que se acuerde otra cosa en las condiciones particulares.

Con este fin, el tomador del seguro entregará a FIATC los datos de la cuenta bancaria o libreta de ahorros en la que se domiciliará el pago de los recibos de este seguro, y autorizará a la entidad financiera a hacerlos efectivos.

Dos. La primera prima o fracción de la misma será exigible, conforme con la Ley de Contrato de Seguro, una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del tomador, FIATC tendría derecho a resolver el contrato o a exigir el pago por vía ejecutiva con base en la póliza y, si no hubiera sido pagada antes de que se produjera el siniestro, el asegurador quedaría liberado de su aplicación salvo pacto en contrario. En todo caso, si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produjera el siniestro, el asegurador quedaría liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

Tres. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas primas o fracciones de esta, la cobertura del asegurador quedará **suspendida 1 mes** después del día del vencimiento del recibo y, si FIATC no reclama el pago dentro de **los 6 meses** siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura volvería a tener efecto **transcurridas 24 horas** del día en que el tomador pague la prima. En cualquier caso, cuando el contrato esté en suspenso, el asegurador solo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. En todo caso, si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produjera el siniestro, el asegurador quedaría liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

El tomador del seguro puede solicitar el fraccionamiento del pago de las primas anuales en períodos semestrales, trimestrales o mensuales. En estos casos se aplicará el recargo que corresponda. El fraccionamiento de la prima no exime al tomador de su obligación de abonar la prima anual completa.

FIATC queda obligada únicamente 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 entregue al tomador del seguro el recibo de prima emitido por el asegurador.

En caso de extinción anticipada del contrato imputable al tomador del seguro, la parte de prima anual no consumida corresponderá al asegurador.

En las condiciones particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el tomador para el pago de los recibos de la prima.

ARTÍCULO 8.º

OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL TOMADOR O ASEGURADO

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

a) Declarar al asegurador, de acuerdo con el cuestionario al que este lo someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el asegurador no lo somete al cuestionario o cuando, aun sometiéndolo, se trate de circunstancias que puedan inferir en la valoración del riesgo y no estén comprendidas en él.

Comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio. Si el cambio de domicilio supone una agravación del riesgo, el asegurador podrá proponer una modificación de las condiciones del contrato o rescindir el mismo si el tomador del seguro rechaza la propuesta.

d) Comunicar al asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente contrato, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la fecha de su notificación y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, adaptándose la prima a la nueva situación.

En su caso, los hijos **recién nacidos** de la madre asegurada serán incorporados automáticamente en la póliza, a menos que durante el embarazo se excluyan expresamente por el tomador del seguro con todos sus derechos y obligaciones, no aplicándose un período de carencia superior al que faltase por consumir a la madre y, en su defecto, al padre.

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

f) 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, si el asegurador hubiera cubierto la asistencia, el asegurado, o en su caso el tomador, estarán obligados a facilitar a FIATC los datos y colaboración necesarios para ello.

g) 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 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.

h) Acreditar ante cualquier facultativo o centro sanitario de la Guía de Servicios su condición de asegurado, mediante la presentación del carné de la compañía. Igualmente, estará obligado a mostrar su documento nacional de identidad o, en su caso, un documento oficial identificativo (pasaporte, NIE, etc.), si le fuese requerido.

Dos. El tomador del seguro podrá reclamar al asegurador, en el plazo **de 1 mes** desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre esta y la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, según dispone la Ley de Contrato de Seguro.

El tomador del seguro o el asegurado podrán, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento del asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por este en el momento de la perfección del contrato, este lo habría concluido en condiciones más favorables para el asegurado.

En tal caso, al finalizar el período en curso cubierto por la prima, deberá reducirse el importe de la prima futura en la proporción correspondiente, teniendo derecho el tomador del seguro, en caso contrario, a la resolución del contrato y a la devolución de la diferencia entre la prima satisfecha y la que le hubiera correspondido pagar desde la puesta en conocimiento de la disminución del riesgo.

ARTÍCULO 9.º

OTRAS OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL ASEGURADOR

a) Además de prestar la asistencia garantizada, el asegurador deberá entregar al tomador del seguro la póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en la Ley de Contrato de Seguro, y así como el resto de documentos que haya suscrito el tomador.

En caso de extravío de la póliza, el asegurador, a petición del tomador del seguro y, en su defecto, del beneficiario, tendrá la obligación de expedir una copia de la misma, que tendrá igual eficacia que la original. La petición se hará por escrito y el solicitante se compromete a devolver la póliza original si esta apareciese.

b) El asegurador entregará al tomador del seguro una tarjeta sanitaria FIATC por cada uno de los asegurados incluidos en la póliza.

Asimismo, en el momento de suscribir la póliza, FIATC pondrá a disposición del tomador la Guía Médica correspondiente a su provincia de residencia, con especificación del centro de urgencia permanente, así como con las direcciones y horarios de consulta de los profesionales, centros y servicios sanitarios concertados.

La Guía Médica podrá ser actualizada por FIATC mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que la integren.

A estos efectos, la Guía Médica se encontrará a disposición del tomador a través de la página web de FIATC o en las oficinas del asegurador, previa solicitud por escrito de la misma.

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

c) El asegurador, una vez asumidos los gastos derivados de los servicios sanitarios, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de dichos gastos.

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

El asegurador no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a la responsabilidad del asegurado, de acuerdo con la Ley de Contrato de Seguro, ni contra el causante del siniestro que sea, respecto al asegurado, cónyuge, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el asegurado. No obstante, esta forma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si 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 asegurador y asegurado frente a terceros responsables, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

d) Cuando el asegurador tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el tomador del seguro o el asegurado en la declaración o cuestionario de salud con anterioridad a la suscripción de la póliza, podrá rescindir el contrato mediante una declaración dirigida al tomador del seguro o, en su caso, al asegurado en el plazo de 1 mes desde que tenga el citado conocimiento.

Si el siniestro sobreviene antes de que el asegurador haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de este se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo, salvo que el tomador del seguro o el asegurado hubiesen actuado con dolo o culpa grave a la hora de declarar el riesgo, en cuyo caso perderían el derecho a la prestación garantizada.

e) En el caso de agravación del riesgo sobre un contrato ya celebrado:

- El asegurador puede, en el plazo de 2 meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo le haya sido declarada por el tomador del seguro o asegurado, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el tomador del seguro dispone de 15 días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del tomador del seguro, el asegurador

puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al tomador del seguro, otorgándole un nuevo plazo de 15 días para que conteste. Transcurridos estos y dentro de los 8 días siguientes, comunicará al tomador del seguro la rescisión definitiva.

- El asegurador podrá rescindir igualmente el contrato comunicándolo por escrito al tomador del seguro o, en su caso, al asegurado dentro de 1 mes a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el tomador del seguro o el asegurado no hayan efectuado su declaración de agravación del riesgo y sobrevenga un siniestro, el asegurador quedará liberado de su prestación si el tomador del seguro o el asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

ARTÍCULO 10.º

PÉRDIDA DE DERECHOS Y RESCISIÓN DEL CONTRATO

Uno. El asegurado pierde el derecho a la cobertura de la prestación garantizada:

a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario de salud. El asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al tomador en el plazo de 1 mes, a contar desde la fecha en que este 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 período en curso en el momento en que se 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 este 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) En caso de agravación del riesgo, si el tomador del seguro o el asegurado no lo comunican al asegurador y han actuado con mala fe.

- c) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima, salvo pacto en contrario.
- d) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del asegurado.

Dos. Si el tomador hubiera declarado de forma inexacta la fecha de nacimiento de uno o más asegurados al solicitar el seguro, FIATC solo podrá rescindir el contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la póliza, excediera los límites de admisión establecidos por el asegurador. En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento, la prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el tomador estará obligado a pagar a FIATC la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a este en concepto de prima y las que, de conformidad con las tarifas, le hubiera correspondido pagar según su verdadera edad. Si la prima pagada hubiese sido superior a la que debería haberse abonado, el asegurador estará obligado a reintegrar al tomador el importe correspondiente al exceso percibido.

ARTÍCULO 11.º

EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Los profesionales, centros y servicios sanitarios debidamente autorizados que la entidad pone a disposición del asegurado y de quienes este solicita la asistencia gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, **FIATC no responderá en ningún caso de los actos u omisiones de los profesionales y centros y servicios sanitarios antes mencionados**, siendo la relación entre estos y los asegurados totalmente ajena a FIATC.

ARTÍCULO 12.º

PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven de este contrato de seguro prescribirán a los 5 años desde el día en que pudieron ejercitarse.

ARTÍCULO 13.º

COMUNICACIÓN Y JURISDICCIÓN

Uno. Las comunicaciones al asegurador por parte del tomador del seguro, del asegurado o del beneficiario se realizarán en el domicilio social de aquel señalado en la póliza, pero si se realizan a un agente afecto representante del asegurador, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a este. Asimismo, el pago de los recibos de prima efectuado por el tomador del seguro al referido agente se entenderá realizado al asegurador, salvo que ello se haya excluido expresamente y destacado de modo especial en la póliza de seguro.

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 entregue al tomador del seguro el recibo de la prima del asegurador.

Las comunicaciones del asegurador al tomador del seguro, al asegurado o beneficiario se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al asegurador.

Las comunicaciones efectuadas por un agente libre o un corredor al asegurador en nombre del tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio tomador, salvo indicación en contrario de este.

Dos. El presente contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del asegurado, a cuyo efecto este designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese en el extranjero.

ARTÍCULO 14.º

BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA

La entidad, anualmente, podrá modificar las primas, actualizar, en su caso, el importe correspondiente a la franquicia o participación del asegurado en el coste de los servicios, o bien revisar las prestaciones teniendo en consideración lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entida-

des aseguradoras y reaseguradoras, en función de los cálculos técnico-actuariales realizados y en base a las modificaciones de los costes asistenciales, de los servicios, de los capitales garantizados y de las innovaciones tecnológicas de incorporación necesaria.

Al recibir la notificación de las anteriores actualizaciones para la siguiente anualidad, el tomador del seguro podrá optar entre la prórroga del contrato, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá notificar fehacientemente al asegurador su voluntad de dar por finalizada la relación contractual a su término.

En cualquier caso, cada vez que se modifiquen las garantías del presente contrato por la inclusión o exclusión de prestaciones, se emitirá a tal efecto un suplemento en el cual se harán constar dichas modificaciones.

El pago del primer recibo correspondiente a la prima del período de prórroga en curso supondrá la aceptación del conjunto de las nuevas condiciones del contrato de seguro.

La prima se establecerá de acuerdo con el domicilio que figure en la póliza y la edad alcanzada por cada uno de los asegurados de la póliza en cada momento y de acuerdo con las tarifas que el asegurador tenga en vigor para ese ejercicio. El tomador da su conformidad a las variaciones que se produzcan por tal motivo, tanto dentro de una misma anualidad como en cada vencimiento en el importe de las primas.

ARTÍCULO 15.º

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRESTACIONES

La entidad podrá actualizar anualmente las prestaciones y garantías teniendo en consideración lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, en función de los cálculos técnico-actuariales realizados y en base a las modificaciones de los costes asistenciales, de los servicios, de los capitales garantizados y de la incorporación posterior de nuevas técnicas diagnósticas o terapéuticas y servicios sanitarios que pasen a formar parte de las coberturas de la póliza como consecuencia de los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica.

En caso de que el tomador del seguro reciba la comunicación del asegurador relativa a la inclusión o exclusión de prestaciones y garantías mediante la emisión a tal efecto del suplemento correspondiente (lo que deberá notificarse con una antelación mínima de 2 meses respecto a la fecha de su efectividad), aquel podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas prestaciones y garantías, o la extinción del mismo al vencimiento del período de seguro en curso. En este último caso, el tomador del seguro deberá notificar por escrito al asegurador su voluntad de dar por finalizada la relación contractual a su término.

El pago del primer recibo correspondiente a la prima del período de prórroga en curso supondrá la aceptación por parte del tomador del seguro del conjunto de las nuevas condiciones del contrato de seguro.

ARTÍCULO 16.º

DERRAMA ACTIVA Y PASIVA DE FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA

En cumplimiento de lo previsto en la vigente Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, se hace constar que los socios mutualistas tendrán los derechos y obligaciones que se determinen en los Estatutos de la Mutua con respecto a la derrama activa y pasiva. Dichos Estatutos están a disposición de los socios mutualistas. La derrama pasiva estará limitada a un importe igual a la prima pagada en la última anualidad.

La falta de pago de la derrama pasiva será causa de baja del socio, una vez transcurrido sesenta días desde que hubiera sido requerido para el pago. No obstante, el contrato de seguro continuará vigente hasta el próximo vencimiento del período de seguro en curso, subsistiendo la responsabilidad de satisfacer la derrama pasiva.

ARTÍCULO 17.º

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de la normativa sobre protección de datos le recordamos que los datos personales que nos haya aportado se incluirán en un fichero responsabilidad de FIATC MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS A PRIMA FIJA, con las finalidades de evaluar la solicitud de contratación del correspondiente producto de seguro interesado, desarrollo, control y ejecución del contrato finalmente celebrado, gestionar y tramitar las coberturas y/o prestaciones en su caso contratadas, y a efectos estadístico actuariales y de prevención del fraude, así como para el envío electrónico, telefónico o postal de comunicaciones comerciales y sobre operatividad de nuestros productos que pudieran ser de su interés, salvo que usted manifieste o hubiere manifestado su negativa a recibirlas. Pueden ser destinatarios de la información los ficheros de profesionales y/o entidades con las que FIATC suscriba acuerdos de colaboración por motivos de coaseguro, reaseguro y prestación de los servicios asegurados. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición mediante escrito dirigido a FIATC, Avenida Diagonal 648, 08017 Barcelona, al que deberá acompañar una fotocopia de su DNI. En caso de oposición al referido régimen de tratamiento y/o comunicación de los datos, no podrán hacerse efectivas las prestaciones de la póliza durante el tiempo que dure dicha oposición, por carecer FIATC de los datos necesarios para el cálculo de la indemnización o para el cumplimiento de los demás fines garantizados en el contrato celebrado. Finalmente, y para el caso que haya facilitado datos de terceras personas, se obliga a informarles de forma expresa, precisa e inequívoca acerca del contenido del tratamiento de los datos en los términos expuestos en la presente cláusula.

ARTÍCULO 18.º

INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

El Reglamento de Defensa del Cliente de FIATC, se encuentra a disposición de los Sres. Clientes de la Mutua en cualquier oficina abierta al público, en el domicilio social de la entidad, Avenida Diagonal, 648 de Barcelona así como en la página web www.fiatc.es.

1. DEPARTAMENTO O SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE (SCAC)

El Departamento o Servicio de Atención al Cliente atenderá, instruirá y resolverá la integridad de las quejas y reclamaciones que presenten los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios o Terceros Perjudicados relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos por cualquier razón derivada del contrato de seguro.

El Departamento de Atención al Cliente (SCAC) se encuentra en nuestra sede sita en Avenida Diagonal, núm.648, -08017- de Barcelona, Teléfono Atención de Incidencias y Reclamaciones 900 567 567, Fax 936 027 374 y dirección de correo electrónico scac@fiatc.es. El SCAC dispondrá de UN MES a contar desde la presentación de la queja o reclamación para dictar un pronunciamiento definitivo.

2. PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO

El reclamante en caso de disconformidad con el resultado emitido o bien en ausencia de resolución en el plazo de un mes por parte del SCAC puede presentar su reclamación ante el **Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros Fondos de Pensiones**, dependiente de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con domicilio en Paseo de la Castellana, núm. 44, -28046- de Madrid.

3. JUECES Y TRIBUNALES

Con carácter general y sin obligación de acudir a los anteriores procedimientos, los conflictos se resolverán por los Jueces y Tribunales que correspondan

GARANTÍA COMPLEMENTARIA DE ASISTENCIA DE VIAJE EN EL EXTRANJERO

DISPOSICIONES PREVIAS

Asegurados. Lo serán aquellas personas físicas beneficiarias del seguro de asistencia sanitaria MEDIFIATC relacionadas en las condiciones particulares de la póliza.

Ámbito territorial. El mundo entero excepto España y aquellos países que, durante el viaje o desplazamiento del asegurado, se hallen en estado de guerra o de sitio, insurrección o conflicto bélico de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente.

Validez. Para beneficiarse de la ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO, el asegurado debe residir en España y su tiempo de permanencia fuera de su residencia habitual **no deberá exceder los 60 días** por viaje o desplazamiento.

GARANTÍAS CUBIERTAS

1. ASISTENCIA MÉDICA Y SANITARIA

El asegurador tomará a su cargo la organización de la asistencia y los gastos correspondientes a la intervención de los profesionales y establecimientos sanitarios requeridos para la atención del asegurado herido o enfermo.

Quedan expresamente incluidos, sin que la enumeración tenga carácter limitativo, los servicios siguientes:

- a) Atención por equipos médicos de emergencia y por especialistas.
- b) Exámenes médicos complementarios.
- c) Hospitalización, tratamientos e intervenciones quirúrgicas.
- d) Suministro de medicamentos en internado o reintegro de su costo en lesiones o enfermedades que no requieran hospitalización.
- e) Atención de problemas odontológicos agudos, entendiéndose por tales los que, por infección, dolor o trauma, requieran un tratamiento de urgencia.
- f) Traslado en ambulancia, por prescripción facultativa, de recorrido exclusivamente local.

El asegurador toma a su cargo los gastos correspondientes a estas prestaciones **hasta un límite por asegurado y año de 12.000 euros, o su equivalente en moneda local del país donde se hagan efectivas.**

Los gastos odontológicos se limitan, en cualquier caso, a 60 euros o su equivalente en moneda local.

2. REPATRIACIÓN O TRANSPORTE SANITARIO DE HERIDOS

Si las circunstancias del caso requieren, según criterio médico, el traslado sanitario del asegurado, el asegurador toma a su cargo el transporte del mismo por el medio idóneo (incluso bajo vigilancia médica, si procede) hasta el centro hospitalario que disponga de las instalaciones necesarias.

Si la hospitalización se realizase en un lugar alejado del domicilio del asegurado, el asegurador se hará igualmente cargo del subsiguiente traslado al domicilio, en cuanto este pueda efectuarse. **El medio de transporte utilizado en cada caso se decidirá por el equipo médico del asegurador en función de la urgencia y gravedad del caso.**

3. REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DE LOS DEMÁS ASEGURADOS

Cuando, en aplicación de la garantía anterior, se haya repatriado o trasladado por enfermedad o accidente a uno de los asegurados y ello impida al resto de los asegurados la continuación del viaje por los medios inicialmente previstos, el asegurador se hará cargo del transporte de los mismos a su domicilio o al lugar de hospitalización.

4. REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DE MENORES

Si el asegurado repatriado o trasladado en aplicación de la garantía n.º 2 viajara en la única compañía de hijos menores de 15 años, el asegurador organizará y tomará a su cargo el desplazamiento (de ida y vuelta) de una azafata o de una persona designada por el asegurado, a fin de acompañar a los niños en el regreso a su domicilio.

5. DESPLAZAMIENTO DE UN FAMILIAR EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN

Si el estado del asegurado enfermo o herido requiere su hospitalización **durante un período superior a 5 días**, el asegurador pondrá a disposición de un familiar del asegurado, o de la persona que este designe, un billete de ida y vuelta en avión (clase turista) o tren (1.ª clase) para que pueda acompañarlo.

El asegurador, además, abonará, en concepto de gastos de estancia del acompañante y contra la presentación de las facturas correspondientes, **hasta 30 euros por día y por un período máximo de 10 días.**

6. CONVALECENCIA EN HOTEL

Si el asegurado enfermo o herido no puede regresar a su domicilio por prescripción médica, el asegurador tomará a su cargo los gastos de hotel motivados por la prórroga de estancia **hasta 30 euros diarios y por un período máximo de 10 días.**

7. REPATRIACIÓN O TRANSPORTE DEL ASEGURADO FALLECIDO

En caso de defunción de un asegurado, el asegurador organizará el traslado del cuerpo hasta el lugar de inhumación en España, haciéndose cargo del mismo.

No estarán comprendidos los gastos de inhumación y ceremonia.

El asegurador organizará y tomará a su cargo el regreso a su domicilio de los demás asegurados que lo acompañen en el momento de la defunción, si estos no pudieran hacerlo por los medios inicialmente previstos.

8. REGRESO ANTICIPADO

Si cualquiera de los asegurados debe interrumpir su viaje a causa del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, o hermano, el asegurador pondrá a su disposición un billete de avión (clase turista) o de tren (1.ª clase) desde el lugar en que se encuentre hasta el de inhumación en España y de regreso al lugar donde se encontrara.

Alternativamente y a su elección, el asegurado podrá optar por 2 billetes de avión (clase turista) o de tren (1.ª clase) hasta su domicilio habitual.

9. TRANSMISIÓN DE MENSAJES

El asegurador se encargará de **transmitir los mensajes urgentes** que le encarguen los asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes garantías.

10. ENVÍO DE MEDICAMENTOS

El asegurador se encargará del **envío de los medicamentos necesarios** para la curación del asegurado prescritos por un facultativo y que no puedan encontrarse en el lugar donde este se encuentre.

11. SERVICIO DE INFORMACIÓN DE VIAJES

El asegurador facilitará al asegurado, mediante un servicio gratuito e ininterrumpido de **24 horas, información** referente a:

a) Vacunación y petición de visados para países extranjeros, así como aquellos requisitos que estén especificados en la publicación más reciente del TIM (*Travel Information Manual*), una publicación conjunta de 14 miembros de líneas aéreas de IATA. El asegurador no se responsabiliza de la exactitud de la información contenida en el TIM ni de las variaciones que puedan realizarse en la citada publicación.

b) Direcciones y números de teléfono de las embajadas españolas y consulados en todo el mundo, donde los hubiere, según figura en la *Guía de las representaciones de España en el extranjero*, editada por el Ministerio de Asuntos Exteriores.

12. DELIMITACIONES DE LA COBERTURA. EXCLUSIONES

Las garantías concertadas en la presente ampliación de ASISTENCIA EN EL EXTRANJERO no comprenden:

- a) Las dolencias o enfermedades crónicas o preexistentes, así como sus consecuencias, padecidas por el asegurado con anterioridad al inicio del viaje, salvo la asistencia necesaria para resolver una eventual «urgencia vital», en cuyo caso la prestación queda limitada a un 1 día.
- b) La muerte por suicidio, o bien las lesiones o enfermedades producidas intencionalmente por el asegurado a sí mismo, así como las derivadas de una empresa criminal del asegurado.
- c) Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión de alcohol, psicotrópicos, alucinógenos o cualquier droga o sustancia de características similares.
- d) Los tratamientos estéticos y el suministro o reposición de audífonos, lentes, gafas y prótesis en general.
- e) Los embarazos, salvo afecciones por complicación súbita e imprevisible y partos prematuros imprevisibles.
- f) Las lesiones derivadas de la participación del asegurado en competiciones o pruebas deportivas, el rescate de personas en mar, montaña o desierto y la práctica de deportes de los denominados de aventura.
- g) Las lesiones o enfermedades que dimanen en forma directa o indirecta de hechos producidos por energía nuclear, radiaciones radioactivas, catástrofes naturales y acciones bélicas.
- h) Las enfermedades mentales.
- i) Cualquier gasto médico o farmacéutico inferior a 9 euros.

13. PETICIÓN DE ASISTENCIA DE VIAJE EN EL EXTRANJERO

TELÉFONO DE URGENCIA: se indica en el dorso de la tarjeta sanitaria personal MEDIFIATC y en la Guía Médica vigente.

Ante la producción de un evento que pueda dar lugar a las prestaciones cubiertas, el asegurado deberá comunicarse indispensablemente con el servicio telefónico de urgencia establecido por el asegurador e indicar el nombre del asegurado, el número de póliza MEDIFIATC, el lugar donde se encuentre y el número de teléfono del mismo, y el tipo de asistencia que precise. Esta comunicación podrá hacerse a **cobro revertido**.



FIATC 
S E G U R O S

www.fiatc.es

CONDICIONES
ESPECIALES

MEDIFIATC MULTI 125

FIATC 
S E G U R O S

CONDICIONES ESPECIALES

El presente contrato da derecho a los siguientes servicios en las condiciones y términos que en los mismos se señalan y para cada una de las personas aseguradas en la póliza a la que se incorporan las condiciones especiales siguientes.

1. MEDICINA PRIMARIA

101. **Medicina Familiar y Comunitaria.** Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.
102. **Pediatría y Puericultura de Zona** para niños menores de 16 años, con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
103. **Servicio de Enfermería** en consultorio y previa prescripción de un médico de la entidad.

2. SERVICIO DE URGENCIAS

201. **Asistencia Permanente de Urgencia.** Se prestará en los centros concertados por el asegurador y que figuran en el cuadro médico.
202. **Servicio de Ambulancia.** Se prestará en caso de necesidad urgente y justificada por un médico de la entidad para el traslado del enfermo a las clínicas de urgencias de la entidad para ser ingresado o intervenido quirúrgicamente, dentro y fuera del término municipal con ámbito provincial. Incluye los traslados en incubadora. Bajo prescripción médica y únicamente en caso de que sea inviable el traslado al domicilio por cualquier otro medio después de un ingreso hospitalario, el asegurador autorizará el traslado del asegurado de regreso al domicilio de la póliza. **Este servicio se solicitará al teléfono de atención al asegurado: 902 182 182.**
203. **Servicio de Urgencia a Domicilio.** Se facilitará el servicio a domicilio por parte de los servicios permanentes de guardia (Medicina General o servicio de ATS/DUE), **de conformidad con lo establecido en las condiciones generales de la póliza. En el caso de la enfermería, se requerirá la prescripción previa de un facultativo de la entidad. Este servicio se solicitará al teléfono de atención al asegurado: 902 182 182.**
204. **Asistencia Permanente de Urgencia Médica en el Extranjero.** Se prestará la asistencia hasta un límite de 12.000 € anuales por asegurado y dentro de los límites establecidos a tal efecto en la garantía complementaria de las condiciones generales de la póliza.

3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y MÉDICO-QUIRÚRGICAS

301. **Alergia.** Las vacunas y autovacunas correrán por cuenta del asegurado.
302. **Análisis Clínicos.**
303. **Anatomía Patológica.**
304. **Anestesiología y Reanimación.** Toda clase de anestésicos prescritos por médicos de la entidad, incluida la anestesia epidural, en los servicios cubiertos por la póliza.
305. **Angiología y Cirugía Vascolar.**
306. **Aparato Digestivo.**
307. **Cardiología.**
308. **Cirugía Cardiovascular.**
309. **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
310. **Cirugía Maxilofacial.**
311. **Cirugía Pediátrica.**
312. **Cirugía Plástica y Reparadora.** Únicamente la necesaria para eliminar las secuelas de un accidente o de una intervención quirúrgica que estén cubiertos en esta póliza y que el asegurado haya sufrido durante el periodo de vigencia de la misma. Incluida la reconstrucción mamaria tras la mastectomía, exclusivamente como consecuencia de un proceso oncológico mamario. Excluida la cirugía puramente estética.
313. **Cirugía Torácica.**
314. **Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.** Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos.
315. **Endocrinología y Nutrición.** Excluidos los tratamientos de adelgazamiento y dietéticos.

- 316. **Geriatría.** Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos.
- 317. **Hematología y Hemoterapia.** Incluye la medicación necesaria (**EPO y hierro intravenoso exclusivamente**) para la preparación y estabilización del asegurado hospitalizado previas a una intervención quirúrgica.
- 318. **Medicina de la Educación Física y del Deporte.** La cobertura se limita a la atención de afecciones o lesiones deportivas. Quedan excluidos los controles de carácter preventivo.
- 319. **Medicina Interna.**
- 320. **Medicina Nuclear.** Incluye exclusivamente las pruebas de diagnóstico descritas en el apartado de Medios de Diagnóstico.
- 321. **Nefrología.**
- 322. **Neonatología.**
- 323. **Neumología.**
- 324. **Neurocirugía.**
- 325. **Neurofisiología Clínica.**
- 326. **Neurología.**
- 327. **Obstetricia y Ginecología.** Incluida la vigilancia del embarazo, así como la asistencia por Médico Tocólogo en todo tipo de partos hospitalarios auxiliados por matrona.
- 328. **Odonto-Estomatología.** Quedan cubiertas exclusivamente las extracciones, las curas estomatológicas derivadas de éstas y las radiografías, **excluyendo los empastes, implantes, prótesis y ortodoncias.**
- 329. **Oftalmología.**
- 330. **Oncología.**
- 331. **Otorrinolaringología.**

- 332. **Psiquiatría.** Excluidos cualquier tipo de test, tratamiento de drogadicción y alcoholismo, así como terapias tanto de grupo como individuales.
- 333. **Radiodiagnóstico.**
- 334. **Rehabilitación.**
- 335. **Reumatología.**
- 336. **Traumatología y Cirugía Ortopédica.**
- 337. **Urología.**

4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Deberán ser solicitados por médicos de la entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma. Están incluidos los contrastes y radiofármacos utilizados en los centros designados por la entidad, salvo expresa exclusión en las presentes condiciones especiales. Cualquier otro medio de diagnóstico no incluido en la presente relación estará excluido de la cobertura del seguro.

4.A. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO BÁSICOS:

- 401. **Radiología Simple.**
- 402. **Servicio de Laboratorio Básico.** Exclusivamente para Análisis Clínicos, Anatómo-patológicos, Biológicos y Hormonales, previa prescripción de un médico de la entidad, excepto estudios preventivos.

4.B. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO COMPLEJOS:

- 403. **Radiodiagnóstico.** Incluye las Angiografías, Arteriografías Digitales, Densitometrías Óseas y la Radiología no Intervencionista. **Periodo de carencia de TRES MESES.**

- 404. **Mamografías.**
- 405. **Ecografías.**
- 406. **Tomografía Axial Computerizada (TAC o ESCÁNER).** Periodo de carencia de TRES MESES.
- 407. **Resonancia Magnética Nuclear (RMN).** Periodo de carencia de TRES MESES.
- 408. **Endoscopias.** Incluye tanto las digestivas como las diagnósticas o terapéuticas. Incluida la técnica de la cápsula endoscópica (el coste del dispositivo correrá a cargo del asegurado). **Período de carencia de TRES MESES.**
- 409. **Fibrobronoscopias.** Tanto diagnósticas como terapéuticas. **Período de carencia de TRES MESES.**
- 420. **Medicina Nuclear: Isótopos Radioactivos y Gammagrafías,** como medio complementario de diagnóstico. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 411. **Tomografía por Emisión de Positrones (PET).** Exclusivamente como medio de diagnóstico para la detección de neoplasias. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**
- 412. **Tomografía por Múltiples Detectores (DMD)** Exclusivamente para patologías del sistema coronario. **Período de carencia de TRES MESES.**
- 413. **Diagnóstico Cardiológico.** Pruebas de Esfuerzo, Ecocardiograma, Holter y Doppler. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 414. **Neurofisiología Clínica.** Incluye Electroencefalograma, Electromiograma y Potenciales Evocados. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 415. **Polisomnografía.** Exclusivamente para el estudio del Síndrome de la Apnea Obstruktiva del Sueño. **Período de carencia de TRES MESES.**
- 416. **Radiología Intervencionista Vascular y Visceral.** El producto utilizado correrá a cargo del asegurado. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**
- 418. **Tomografía de Coherencia Óptica.** **Período de carencia de TRES MESES.**
- 419. **Otoemisiones Acústicas Espontáneas (OAE),** exclusivamente en recién nacidos.

420. **PET-TAC**, exclusivamente para el seguimiento de procesos cancerígenos en neoplasias. Periodo de carencia de SEIS MESES.
421. **PET-Colina**. Exclusivamente para neoplasias prostáticas. Periodo de carencia de SEIS MESES.

5. TRATAMIENTOS

Deberán ser solicitados por médicos de la entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma. **En la relación de delimitaciones temporales se entiende por año el tiempo transcurrido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre, empezando otro año en la siguiente anualidad cuyo inicio vuelve a ser el 1 de enero. Periodo de carencia de SEIS MESES.**

5.A.- RADIOTERAPIA

501. **Cobaltoterapia**, con carácter ambulatorio.
502. **Acelerador Lineal de Partículas**. Se prestará con carácter ambulatorio para el tratamiento con radioterapia de alta energía en procesos neoplásicos. **Se excluye la radiocirugía.**

5.B.- QUIMIOTERAPIA

503. **Quimioterapia**. Comprende los tratamientos quimioterápicos que pueda precisar el enfermo, en tantos ciclos como sean necesarios, siempre que los mismos estén prescritos por el médico de la especialidad que se encargue de la asistencia del enfermo. Los tratamientos quimioterápicos correrán por cuenta de la entidad, tanto en régimen ambulatorio como en clínica cuando el internamiento se hiciera necesario y siendo en todos los casos el médico especialista encargado de la asistencia quien dispondrá la forma y los tratamientos quimioterápicos a realizar. **En estos tratamientos, por lo que se refiere a los medicamentos, será la entidad quien corra con los gastos correspondientes de los productos farmacéuticos que por su administración vía intravenosa requieran de la estancia del asegurado en un centro hospitalario. Solo quedan garantizados aquellos tratamientos en**

los que se utilicen productos farmacéuticos específicamente citostáticos (excepto los anticuerpos monoclonales) de administración por vía intravenosa, así como los adyuvantes y coadyuvantes que se expendan en el mercado nacional y que estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad. El resto de medicamentos necesarios correrán a cargo del asegurado. Se limita la estancia en internamiento hospitalario a 60 días por asegurado en un único periodo o en varios periodos en el mismo año o en años distintos.

5.C.- REHABILITADORES

504. **Fisioterapia y Rehabilitación (incluye Laserterapia y Magnetoterapia).**

Se prestarán con carácter ambulatorio, a cargo de fisioterapeutas y en los servicios que la compañía designe, previa prescripción escrita de un especialista de la entidad, para el tratamiento de enfermedades y lesiones post-traumáticas, siempre que las mismas hayan sido contraídas con posterioridad a la firma de la póliza. Asimismo también se prestarán en el centro hospitalario mientras el asegurado deba estar ingresado a causa de una cobertura amparada en la póliza. **Existe una limitación máxima de 40 sesiones por año o proceso exclusivamente para dolencias o afecciones no derivadas de un proceso quirúrgico o fractura ósea. Se excluyen los tratamientos rehabilitadores de carácter neurológico, así como la rehabilitación acuática.**

507. Rehabilitación Cardiológica. Para la prevención de la cardiopatía isquémica tras el alta hospitalaria del asegurado por una afección cardiovascular. Se prestará en régimen ambulatorio o en consulta. **Existe una limitación máxima de 30 sesiones por año o proceso.**

508. Rehabilitación del Suelo Pélvico. Exclusivamente para casos de incontinencia urinaria. Existe una limitación de 3 sesiones por proceso si la incontinencia deriva directamente de un parto y de 10 sesiones por asegurado y año en el resto de casos.

509. Tratamiento del Dolor. Se prestará en régimen ambulatorio para casos con dolor crónico derivado de actuaciones quirúrgicas y para casos oncológicos con dolor que no pueda ser controlado por la unidad oncológica. **Límite máximo de 15 sesiones por la misma dolencia y en toda la vigencia de la póliza.** Asimismo se cubre el internamiento producido por una complicación aguda del tratamiento y por la implantación de aparatos médicos, **durante**

un periodo máximo de 7 días anuales. Quedan excluidos los gastos de cualquier tipo de medicación, material, aparatos médicos específicos y prótesis.

- 510. **Logopedia y Foniatría.** Se prestarán exclusivamente para tratamientos como consecuencia de intervenciones mayores de laringe y en la recuperación neurológica post-accidente vascular cerebral. **Se prestará un máximo de 60 sesiones por asegurado en toda la vigencia de la póliza.**
- 511. **Ventiloterapia y Aerosoles.** En patologías pulmonares o respiratorias. **Únicamente en régimen hospitalario.**
- 513. **Oxigenoterapia a Domicilio y en Centro Asistencial.** En patologías pulmonares o respiratorias. **La medicación correrá a cargo del asegurado. Excluida la oxigenoterapia portátil.**

5.D.- OTROS TRATAMIENTOS

- 514. **Litotricia y Litiasis Renal.** El tratamiento de los cálculos renales por ondas de choque en un centro sanitario designado por la compañía, previa prescripción por escrito de un médico de la misma.
- 515. **Transfusiones de Sangre o Plasma.** A cargo de la entidad el acto médico de la transfusión en todos los casos, así como la sangre o plasma a transfundir dentro del centro hospitalario.
- 516. **Hemodiálisis y Riñón Artificial.** Exclusivamente para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas y con función renal normal previa, **durante un período máximo de 15 sesiones por proceso y en toda la vigencia de la póliza. Quedan excluidos de dicho tratamiento los procesos crónicos.**
- 517. **Tratamiento de la Pleóptica y Ortóptica en asegurados menores de 10 años. Período máximo de 10 sesiones por proceso.**
- 505. **Laserterapia Oftálmica.** Se realizará previa prescripción de un especialista de la entidad, en tratamientos no quirúrgicos de oftalmología. **Existiendo una limitación máxima de 10 sesiones por año o proceso.**
- 506. **Administración de Hierro Endovenoso.** Exclusivamente para el tratamiento de las Anemias.

- 518. **Tratamientos Urológicos.** Queda incluida la Hipertermia Prostática y el Tratamiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata mediante la técnica del Láser Verde y Láser Omnium. Franquicia a cargo del asegurado de 4.500 €.
- 519. **Tratamientos Dermatológicos.** Se incluyen los tratamientos de la piel por láser de lesiones cutáneas no estéticas, así como el diagnóstico por medio de Mole-Max con un máximo de una exploración anual y de acuerdo con los parámetros señalados por la Sociedad Española de Dermatología. Franquicia a cargo del asegurado de 150 € por sesión.
- 520. **Bisturí Armónico.**
- 521. **Inyección Intravítrea en el tratamiento de la Degeneración Macular.** Medicación a cargo del asegurado.
- 522. **Nucleotomía Percutánea.**

6. SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO Y PARTO

- 601. **Vigilancia del embarazo a través de las visitas y ecografías necesarias para el seguimiento del embarazo.** De acuerdo con la SEGO, se establecen como pauta usual 3 ecografías para casos de embarazos normales y 5 para embarazos de riesgo. Periodo de carencia de SEIS MESES.
- 602. **Ecografía Morfológica.** Una única Ecografía que se corresponde con la Ecografía de las 20 semanas. Periodo de carencia de SEIS MESES.
- 603. **Analítica de Control Necesaria.** Periodo de carencia de SEIS MESES.
- 604. **Anestesia Epidural para Partos.** Periodo de carencia de SEIS MESES.
- 605. **Amniocentesis, Estudio del Cariotipo Fetal y Biopsia Corial en Embarazo de Riesgo y por prescripción médica.** Máximo una por embarazo. Periodo de carencia de SEIS MESES.
- 606. **Triple Screening, EBA Screening.** Máximo uno por embarazo. Periodo de carencia de SEIS MESES.

- 607. Hospitalización por Maternidad.** En una clínica designada por la entidad, la asegurada ocupará una habitación individual con cama de acompañante y correrán por cuenta de la entidad las estancias, la manutención de la asegurada, las curas y su material, así como los gastos de quirófano o sala de partos, productos anestésicos y medicamentos empleados en ellos. También correrán por cuenta de la entidad los medicamentos que la asegurada consume durante su estancia en el centro hospitalario. Se incluye, en caso de necesidad, la estancia en incubadora del recién nacido. Incluye la estancia, durante el periodo necesario, en las Unidades de Reanimación y Vigilancia Intensiva. **La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la entidad responsable de la asistencia.** Incluidos los gastos de asistencia neonatal. **Periodo de carencia de OCHO MESES**
- 608. Cursillos de preparación al parto. Periodo de carencia de SEIS MESES.**
- 609. Comadrona. Todo tipo de actos y asistencia al parto en clínicas del cuadro médico de la entidad. Periodo de carencia de SEIS MESES.**

7. MEDICINA PREVENTIVA

7.A.- OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

- 701. Chequeo Ginecológico.** Revisión anual que incluye visita, informe, citología, ecografía y mamografía, si procede.

7.B.- UROLOGÍA

- 702. Chequeo Urológico.** Revisión anual que incluye visita, informe, ecografía renal y véscico-prostática, y PSA (antígeno prostático específico), si procede.
- 703. Prevención del cáncer prostático.** Programa de prevención para personas mayores de 45 años que comprende consulta, exploración física, análisis clínicos y ecografía transrectal en caso necesario. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**

7.C.- CARDIOLOGÍA

- 705. Chequeo Cardiológico.** Revisión anual para personas mayores de 50 años que incluye visita, informe, exploración cardiovascular, electrocardiograma, analítica y, si procede, prueba de esfuerzo y ecocardiograma. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 706. Prevención del Riesgo Coronario.** Programa de prevención para personas mayores de 45 años que comprende consulta, análisis clínicos, radiografía de tórax y, si procede, una prueba de esfuerzo y ecocardiograma cada 3 años. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**

7.D.- PEDIATRÍA

- 707. Chequeo Pediátrico.** Control de salud en las edades clave del desarrollo infantil, durante los 4 primeros años.
- 708. Programa de Vacunación Infantil.** Las vacunas irán a cargo del asegurado.
- 709. Programa de Control al Recién Nacido.** Examen de salud al recién nacido que incluye pruebas de metabolopatías, otoemisiones acústicas, test de agudeza visual y ecografía neonatal, si se estima necesaria.

7.E.- GENERAL

- 710. Revisión Médica de Adultos Anual.** Comprende una visita al médico de medicina familiar y analítica básica. **Periodo de carencia de TRES MESES.**
- 704. Programa de Prevención General.** Programa de prevención para personas mayores de 45 años que comprende consulta, exploración física, análisis clínicos básicos y colonoscopia en caso necesario. Para menores de 55 años se garantiza, en caso de ser necesaria, una colonoscopia cada 5 años y en mayores de 55 años, una cada 3 años si fuera necesaria. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**

7.F.- ODONTOLOGÍA

711. Limpieza de boca anual.

7.G.- PLANIFICACIÓN FAMILIAR

712. Implantación del DIU. El coste del dispositivo corre a cargo del asegurado.

713. Vasectomía y Ligadura de Trompas. Periodo de carencia de SEIS MESES.

714. Pruebas Diagnósticas de la Esterilidad. Se cubre exclusivamente la Histerosalpingografía y el Seminograma. Periodo de carencia de SEIS MESES.

7.H.- REVISIONES

715. Revisión Médica para la obtención o renovación del carné de conducir.

8. HOSPITALIZACIÓN

Todos los servicios de hospitalización deberán ser solicitados por médicos de la entidad y los ingresos se efectuarán en clínicas designadas por la compañía previa autorización del ingreso por parte de la misma.

801. Hospitalización Quirúrgica. Las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requieran serán practicadas en una clínica designada por la entidad y el enfermo ocupará una habitación individual con cama de acompañante. Correrán por cuenta de la entidad las estancias, la manutención del enfermo, las curas y su material (incluido el material laparoscópico), así como los gastos de quirófano, productos anestésicos y medicamentos empleados en él. También correrán por cuenta de la entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el centro hospitalario. Incluye la estancia,

durante el periodo necesario, en las Unidades de Reanimación y Vigilancia Intensiva. **Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la entidad responsable de la asistencia. Periodo de carencia de SEIS MESES.**

- 802. Hospitalización en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).** El internamiento en Unidades de Cuidados Intensivos que exija el tratamiento de enfermedades y afecciones, a juicio del facultativo de la entidad responsable de la asistencia en centros designados por la entidad, haciéndose cargo la compañía de la factura de los medicamentos suministrados al enfermo. **Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la entidad responsable de la asistencia. El límite máximo vendrá determinado por los límites específicos de cada tipo de hospitalización.**
- 804. Hospitalización Médica.** El tratamiento en un centro hospitalario designado por la compañía, previa prescripción por escrito de un facultativo de la misma, de alguna enfermedad o afección. El asegurado tiene derecho a una habitación individual con cama de acompañante y corren por cuenta de la entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el centro hospitalario. **Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la entidad responsable de la asistencia. Período de carencia de SEIS MESES.**
- 805. Hospitalización Pediátrica.** El tratamiento en un centro hospitalario designado por la compañía, previa prescripción por escrito de un facultativo de la misma, de alguna enfermedad o afección. El asegurado tiene derecho a una habitación individual con cama de acompañante y corren por cuenta de la entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el centro hospitalario. **Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la entidad responsable de la asistencia. Período de carencia de SEIS MESES.**
- 806. Hospitalización Psiquiátrica.** El tratamiento en un centro psiquiátrico designado por la compañía, previa prescripción por escrito de un facultativo de la misma, **exclusivamente de las crisis esquizofrénicas y trastornos**

mentales en fase aguda que no puedan tratarse en el domicilio del paciente y que precisen internamiento, sin cama de acompañante. Se incluyen los gastos de medicación durante el periodo de hospitalización. **Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La entidad limita la cobertura hasta la fecha de alta determinada por el médico de la entidad responsable de la asistencia. Periodo máximo de cobertura: 30 días al año. Periodo de carencia de DIEZ MESES.**

- 807. Hospitalización Ambulatoria/Hospital de Día.** Las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requieran serán practicadas en una clínica designada por la entidad y serán aquellas en las que el paciente requiera para su recuperación una estancia hospitalaria inferior a 24 horas. Correrán por cuenta de la entidad los gastos de quirófano, materiales, productos anestésicos y medicamentos empleados en él, así como cualquier otro concepto correspondiente a los servicios médicos prestados durante la intervención quirúrgica. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**

9. OTROS SERVICIOS

- 901. Podólogo en Consultorio. Limitado a 6 sesiones al año.**
- 902. Asistencia Sanitaria que exija el Tratamiento de Accidentes Laborales, Profesionales, Deportivos y los amparados por el Seguro Obligatorio de Automóviles.** Si existiera un tercero civilmente responsable, la entidad quedará subrogada en todos los derechos y acciones del asegurado o del tomador.
- 903. Prótesis.** Quedan garantizadas las siguientes prótesis por asegurado e intervención o proceso en función de los límites establecidos:
- **Prótesis Traumatológicas.** Las prótesis articulares, tornillos y placas de fijación interna. Material necesario para la fijación de columna. Disco intervertebral. Material de interposición intervertebral. Material necesario para la vertebroplastia-cifoplastia.
 - **Material de Osteosíntesis**
 - **Prótesis Cardiovasculares:** válvulas cardíacas, marcapasos y prótesis de bypass vascular.

- **Prótesis Mamarias, exclusivamente tras Mastectomía por Neoplasia.**
- **Otros Materiales:** Mallas abdominales, sistemas de suspensión urológica y sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia).
- **Quimioterapia o Tratamiento del Dolor:** Reservorios.

LÍMITES DE PRÓTESIS

Prótesis de Cadera	4.500 €
Prótesis de Rodilla	4.500 €
Material Fijación de Columna	3.000 €
Prótesis de Otras Articulaciones (hombro, codo, pie, mano...)	3.000 €
Material de Osteosíntesis	2.000 €
Kit Vertebroplastia-Cifoplastia	2.000 €
Kit Nucleotomía Endoscópica	1.500 €
Discos Intervertebrales + Material de Interposición Intervertebral o Interespinal	4.000 €
Bypass Vasculare	3.000 €
Stent Vasculare	2.000 €
Válvulas Cardíacas	3.000 €
Marcapasos (no está incluido ningún tipo de desfibrilador)	3.000 €
Stent Cardíaco	2.000 €
Coils	2.000 €
Mallas Abdominales	600 €
Mallas Inguinales	600 €
Incontinencia Urinaria sistemas tipo TOT; TVT	1.000 €
Prótesis de Mama en la Reconstrucción Post-cirugía Oncológica (por glándula mamaria)	600 €
Prótesis de Mama con utilización de Expansores en la Reconstrucción Post-Cirugía Oncológica (por glándula mamaria)	1.000 €
Válvulas Endocraneales en pediatría	2.000 €
Válvulas Endocraneales en adulto	2.000 €
Reservorios (Port-a-Cath)	450 €
Prótesis Intraluminare en Cirugía Oncológica (esófago, colon y vías biliares)	3.000 €

Cualquier otro tipo de prótesis, piezas anatómicas y ortopédicas correrán por cuenta del asegurado.

Será condición imprescindible para la cobertura de prótesis que la gestión de las mismas sea tramitada a través de la organización asistencial de FIATC. **Período de carencia de SEIS MESES.**

- 904. Enfermedades o Defectos Congénitos en Recién Nacidos.** Los recién nacidos que causen alta como asegurados recibirán asistencia médica derivada de enfermedades o defectos congénitos.
- 905. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).** Cubre los gastos derivados del tratamiento de enfermedades o lesiones que tuvieran lugar como consecuencia directa o indirecta de sufrir el asegurado el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, **con un límite en los gastos por asegurado de 3.000 € y en toda la vigencia de la póliza. Periodo de carencia de DOCE MESES.**
- 908. Segunda Opinión Médica.** Comprende una segunda opinión médica sobre el diagnóstico o tratamiento médico, en el caso de enfermedades graves.
- 909. Servicio Telefónico de Orientación Médica. Información telefónica de apoyo, todos los días del año, referente a enfermedades, tratamientos y prevención de la salud, así como acerca de la utilización de medicamentos, comprensión de informes de laboratorio, terminología médica e interpretación de informes. En horario de 09:00 a 21:00 h los 365 días del año. Se prestará adicionalmente un servicio de orientación y asesoramiento de tipo psicológico y nutricional en horario de 09:00 a 19:00 h de lunes a viernes.**

11.- COPAGO

El tomador del seguro pagará en concepto de franquicia o participación en el coste del servicio una cantidad determinada por cada servicio que utilice de las garantías cubiertas por la presente póliza. Los importes del copago son los siguientes:

	COPAGO
Consultas	Copago
Medicina General	Sin copago
Pediatría - Puericultura	Sin copago
Especialidades Médico-Quirúrgicas	Sin copago
Pruebas Diagnósticas y Actos Terapéuticos	Copago
Pruebas Alérgicas	Sin copago
Análisis Clínicos (excepto Pruebas Genéticas)	Sin copago
Anatomía Patológica	Sin copago
Ecografías	Sin copago
Mamografías	Sin copago
Diagnóstico por la Imagen (Radiología Convencional)	Sin copago
Resto de pruebas y actos	Sin copago
Pruebas Diagnósticas y Actos Terapéuticos de Alta Tecnología	Copago
Medicina Nuclear	Sin copago
Arteriografía	Sin copago
Hemodinámica Vascular	Sin copago
Polisomnografía	Sin copago
Resonancia Magnética Nuclear (RMN)	Sin copago
Tomografía Axial Computerizada (TAC/Escáner)	Sin copago
PET	Sin copago
Endoscopias	Sin copago
Amniocentesis	Sin copago
Diagnóstico Cardiológico	Sin copago
Pruebas de Seguimiento del Embarazo	Sin copago
Ph-Metría	Sin copago
Litotricia	Sin copago
Otros Servicios	Copago
ATS/Enfermería	Sin copago
Podología	Sin copago
Limpieza Bucal y Extracciones	Sin copago
Tratamiento y Pruebas de Oncología (acto o sesión)	Sin copago
Quimioterapia (sesión)	Sin copago
Oxigenoterapia – Ventiloterapia (sesión)	Sin copago
Rehabilitación y Fisioterapia (sesión)	Sin copago
Preparación al Parto	Sin copago
Tratamiento del Dolor (por acto)	Sin copago
Otros Tratamientos (sesión)	Sin copago
Chequeos Medicina Preventiva	Sin copago

Ambulancias	Sin copago
Urgencias	Sin copago
Psicoterapia	Sin copago
Hospitalización	Copago
Por día	Sin copago
Prótesis	Sin copago
Resto de Servicios Garantizados	Copago
Resto de Servicios	Sin copago
Duplicado Guía Médica en el mismo año	5,00 €

12.- SEGUNDO DIAGNÓSTICO

Se garantiza la obtención de un informe médico de segundo diagnóstico, nacional o internacional, de las enfermedades graves siguientes:

- Cáncer
- Enfermedades Cardiovasculares
- Enfermedades Neurológicas y Neuroquirúrgicas, incluidos los Accidentes Cerebro-Vasculares.
- Insuficiencia Renal Crónica
- Enfermedad de Alzheimer
- Esclerosis Múltiple
- Y las que el Comité Médico Asesor de FIATC Salud estime de nivel similar

Las consultas necesarias para la obtención del citado informe se realizarán a través del facultativo especialista de la Guía Médica Española FIATC que lleve el tratamiento médico o quirúrgico del asegurado.

El facultativo confeccionará el expediente clínico del asegurado que se hará llegar, a través de FIATC Salud, al especialista o centro que la dirección médica del asegurador considere como idóneos a nivel mundial en función de su acreditación y de la patología de que se trate.

La dirección médica de FIATC Salud, con la debida confidencialidad, remitirá al facultativo de la Guía Médica Española FIATC la respuesta solicitada, y este comunicará a su vez al paciente los resultados de la misma y las posibles alternativas.

No quedan cubiertos los gastos de traslado y estancia extrahospitalaria que en algún caso pudiera requerir la obtención del informe médico de segundo diagnóstico garantizado.

13. GARANTÍA COMPLEMENTARIA OPCIONAL DE REEMBOLSO DE GASTOS 125 MIL

En el caso de acudir a un facultativo o centro asistencial no incluido en la Guía Médica de la entidad, el asegurado/tomador tendrá derecho al reembolso de los gastos sanitarios dentro de los límites garantizados en la póliza y descritos con anterioridad.

En ningún caso se indemnizará económicamente mediante reembolso de gastos cualquier factura emitida por facultativos, profesionales o centros médicos que figuren en la Guía de Servicios de FIATC.

La cobertura de esta garantía se extinguirá en el momento en que el asegurado cumpla los 65 años de edad.

Dicho reembolso de gastos presentará una serie de franquicias y límites económicos, que se definen a continuación:

El límite general de reembolso es de:

- Límite de reembolso anual	125.000 €
- Límite de reembolso hospitalario	90.000 €
- Límite de reembolso extrahospitalario	35.000 €

No obstante, en función de dónde se haya originado el siniestro, se aplicarán franquicias a cargo del asegurado sobre el total de la factura presentada que no minorarán el límite o sublímite establecido para cada servicio:

Servicios prestados en territorio español:

- Servicios Hospitalarios	Franquicia del 10 %
- Servicios Extrahospitalarios	Franquicia del 20 %

Servicios NO prestados en territorio español:

- Servicios Hospitalarios Franquicia del 20 %
- Servicios Extrahospitalarios Franquicia del 20 %

SUBLÍMITES DE REEMBOLSO HOSPITALARIO

En el concepto de reembolso hospitalario se incluyen los honorarios de los facultativos derivados directamente de una intervención quirúrgica, así como los gastos originados por el asegurado durante su estancia en el centro hospitalario donde haya permanecido ingresado.

Honorarios Médicos. En función del grado de dificultad de la intervención, se establecen unos límites de reembolso máximo en el que se incluyen tanto los honorarios del facultativo como los del anestesista, los de los ayudantes y, en caso de que fuera preciso, los de la matrona. Dichos límites son los siguientes:

Por tipo de intervención	
- Grupo I	450 €
- Grupo II	650 €
- Grupo III	1.200 €
- Grupo IV	1.700 €
- Grupo V	2.100 €
- Grupo VI	2.500 €
- Grupo VII	2.800 €
- Grupo VIII o superior	4.000 €
- Parto	2.500 €
- Cesárea	3.500 €

Las estancias en centros hospitalarios presentarán un límite de reembolso en función del número de días que el asegurado haya permanecido ingresado y del tipo de internamiento:

Hospitalización	
- Quirúrgica/día	350 €
- Médica/día	300 €, máximo 60 días al año
- Pediátrica/día	300 €, máximo 60 días al año
- UCI/día	500 €
- Incubadora/día	120 €
- Ambulatoria (proceso)	700 €
(incluidos los honorarios de los facultativos y el coste del centro sanitario)	

SUBLÍMITES DE REEMBOLSO EXTRAHOSPITALARIO

Los servicios garantizados en las garantías de carácter extrahospitalario presentan sublímites para cada uno de los grupos de garantías descritos en las presentes condiciones especiales.

Medicina Primaria. Límite por asegurado de 2.000 € anuales.

Los sublímites son los siguientes:

- Visita de Medicina General 35 €
- Visita de Pediatría 50 €
- Servicio de ATS/DUE 20 €

En la visita se incluyen todas las pruebas que se hagan durante la misma.

Urgencias. Límite por asegurado de 2.000 € anuales.

Los sublímites son los siguientes:

- Ambulancia 200 € por traslado
- Servicios de Urgencias (sin ingreso) 300 € por urgencia

Especialidades Médico-Quirúrgicas. Límite por asegurado de 4.000 € anuales.

- Visitas 150 € por visita
- Visita compleja (incluye pruebas) 300 € por visita
- La Odontología no tiene derecho a reembolso

Medios de Diagnóstico. Límite por asegurado de 8.000 € anuales. Los Medios de Diagnóstico solicitados por un facultativo y no realizados por él mismo en la consulta deberán acogerse a las limitaciones de reembolso siguientes si el asegurado no desea ser atendido en un centro de los concertados en la Guía de Servicios.

- Medios de Diagnóstico Básicos 150 € por asegurado y día
- Ecografía 75 € por prueba
- TAC 350 € por prueba
- RMN 500 € por prueba
- Endoscopias 700 € por prueba

- Medicina Nuclear	350 €	por prueba
- PET	900 €	por prueba
- DMD	500 €	por prueba
- Amniocentesis	300 €	por prueba
- Resto de pruebas	350 €	por asegurado y día

Tratamientos. Límite por asegurado de 12.000 € anuales. Los tratamientos solicitados por un facultativo y no realizados por él mismo en la consulta deberán acogerse a las limitaciones de reembolso siguientes si el asegurado no desea ser atendido en un centro de los concertados en la Guía de Servicios:

- Radioterapia	3.000 €	anuales
- Quimioterapia	6.000 €	anuales
- Tratamientos Rehabilitadores	50 €	por sesión
	3.000 €	anuales o por proceso
- Litotricias	1.000 €	anuales
- Hemodiálisis y Riñón Artificial	3.000 €	anuales o por proceso
- Láser Excímer	Sin cobertura de reembolso	
- Otros tratamientos	2.500 €	anuales o por proceso

Medicina Preventiva. Límite por asegurado de 1.000 € anuales. El reembolso se garantiza exclusivamente en los actos de Medicina Preventiva siguientes:

- Chequeo Ginecológico anual	250 €	anuales
- Chequeo Urológico	200 €	anuales
- Chequeo Pediátrico	100 €	por chequeo
- Limpieza de Boca anual	200 €	anuales
- Revisión Médica Carné de Conducir	100 €	anuales

Otros Servicios. Límite por asegurado de 6.000 € anuales.

- Prótesis	4.500 €	anuales
- Preparación al Parto	150 €	por embarazo
- Homeopatía y Acupuntura	40 €	por sesión, máximo 12 sesiones
- Osteopatía y Quiropráctica	40 €	por sesión, máximo 12 sesiones
- Resto de servicios	Sin cobertura de reembolso	

- 935. Homeopatía y Acupuntura.- Se cubrirán exclusivamente las consultas de Homeopatía y los tratamientos de Acupuntura que sean prestados por médicos colegiados y con un límite de 12 sesiones anuales por asegurado. Se da acceso a esta cobertura únicamente a través de la opción de reembolso. Período de carencia de SEIS MESES.**
- 936. Osteopatía y Quiropráctica.- Se cubrirán exclusivamente las consultas o sesiones de Osteopatía y Quiropráctica que sean prestadas por médicos o fisioterapeutas colegiados, previa prescripción de un facultativo de la entidad y hasta un límite de 12 sesiones anuales por asegurado. Se da acceso a esta cobertura únicamente a través de la opción de reembolso. Período de carencia de SEIS MESES.**

Forma de prestar los servicios.

En el caso de que el asegurado utilice los servicios asistenciales médicos u hospitalarios en España recomendados por el asegurador, el tomador del seguro o el asegurado no tendrán que hacer efectivo el pago por dichos servicios, ya que la totalidad de los gastos médicos u hospitalarios correrá por cuenta y a cargo del asegurador, quien efectuará directamente el pago de los mismos. Para ello, el asegurado no desembolsará cantidad alguna y solo deberá presentar su tarjeta de salud. Igualmente, deberá mostrar el último recibo de prima satisfecho y su documento nacional de identidad o tarjeta de residencia, si le fuesen requeridos.

En el caso de que el asegurado no utilice los servicios recomendados por el asegurador, el asegurado deberá pagar los gastos por él incurridos y, posteriormente, cumplir las normas siguientes para llevar a cabo el reembolso de los gastos a los que tenga derecho por la presente garantía de reembolso:

1. El asegurado o cualquier persona en su nombre deberá comunicar el siniestro dentro de los plazos siguientes:
 - 1.1. En los casos de asistencia sanitaria de urgencia, dentro de los 5 días laborables siguientes a la fecha en que tenga lugar el internamiento hospitalario.
 - 1.2. En el caso de intervención quirúrgica o internamiento hospitalario programados, dentro de los 7 días laborables inmediatamente anteriores a la fecha de dicha intervención quirúrgica o internamiento hospitalario.

- 1.3. Los plazos anteriormente señalados se entenderán sin perjuicio de lo establecido en el artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.
2. En los casos de intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y métodos terapéuticos, el tomador del seguro o el asegurado enviarán al asegurador, junto con la comunicación de enfermedad o accidente, el informe médico en el que se especifiquen el diagnóstico y la naturaleza de las enfermedades, así como, en su caso, el centro asistencial, la fecha de ingreso, el tipo de tratamiento y la duración probable del mismo. Además, el asegurado necesitará la autorización previa del asegurador para la realización de cualquier servicio. Sin dicha autorización, el asegurador no se hará cargo de ninguna de las facturas presentadas por el tomador o asegurado.
3. El asegurado deberá, además, seguir fielmente todas las prescripciones del médico encargado de la curación y deberá proporcionar al asegurador toda clase de información sobre las circunstancias o consecuencias del siniestro.
4. El tomador del seguro o el asegurado o sus familiares deberán permitir que los médicos designados por el asegurador visiten al asegurado tantas veces como el asegurador lo estime oportuno, así como que se realice cualquier averiguación o comprobación que el asegurador considere necesarias sobre su estado de salud.
5. En caso de hospitalización, una vez finalizada esta, el tomador del seguro o el asegurado comunicarán tal circunstancia al asegurador con indicación del período de duración del internamiento.
6. El tomador del seguro o, en su caso, el asegurado deberán presentar al asegurador la documentación siguiente:
 - 6.1. Impreso de solicitud de reembolso, debidamente cumplimentado.
 - 6.2. Justificantes o facturas originales de los gastos en los que realmente haya incurrido el asegurado, debidamente desglosados en cada uno de los conceptos incluidos en las facturas, donde se reflejen:
 - 6.2.1. La persona a la que se ha realizado la asistencia médica u hospitalaria.
 - 6.2.2. La naturaleza del acto o actos médicos realizados (consulta, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, etc.), detallando fechas e importes.

- 6.2.3. Identificación de la persona física o jurídica que ha prestado la asistencia (médico, ATS o DUE, clínica u hospital, etc.), haciéndose constar, en su caso, los apellidos, nombre o razón social, domicilio, número de colegiado y número de identificación fiscal (NIF).
- 6.3. Justificación del pago de las facturas por parte del asegurado.
- 6.4. Prescripciones médicas originales de los servicios médicos u hospitalarios recibidos por el asegurado.
- 6.5. Informe médico original explicativo de los servicios médicos u hospitalarios prestados al asegurado, el proceso de la enfermedad y su evolución.
- 6.6. Informe de alta médica u hospitalaria. El incumplimiento de las normas establecidas será considerado como renuncia expresa al cobro del reembolso, salvo que no haya sido posible cumplirlas por causas ajenas a la voluntad del tomador del seguro, del asegurado o de sus familiares.



FIATC 
S E G U R O S

www.fiatc.es