



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

CONDICIONADO
GENERAL

Premaat Salud



INDICE

CAPÍTULO I. DEFINICIONES	3
CAPÍTULO II. NORMAS GENERALES	4
ARTÍCULO 1. CLAUSULA PRELIMINAR	4
ARTÍCULO 2. DERECHOS Y DEBERES DEL TOMADOR Y ASEGURADOS	4
ARTÍCULO 3. SUBROGACIÓN	5
ARTÍCULO 4. INDISPUTABILIDAD	5
ARTÍCULO 5. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN	5
ARTÍCULO 6. RELACIÓN JURÍDICA, COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN	5
ARTÍCULO 7. INSTANCIAS DE QUEJA Y RECLAMACIÓN	6
ARTÍCULO 8. PRESCRIPCIÓN	6
ARTÍCULO 9. TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL	6
CAPÍTULO III. OBJETO, COBERTURAS Y EXCLUSIONES	7
ARTÍCULO 10. OBJETO DEL SEGURO	7
ARTÍCULO 11. COBERTURA DEL SEGURO	7
ARTÍCULO 12. EXCLUSIONES	10
ARTÍCULO 13. PERIODOS DE CARENCIA	11
ARTÍCULO 14. UTILIZACIÓN DEL CUADRO MÉDICO	11
ARTÍCULO 15. PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO	12
CAPÍTULO IV. DURACIÓN DEL SEGURO Y PRIMAS	12
ARTÍCULO 16. DURACIÓN DEL SEGURO	12
ARTÍCULO 17. PRIMAS	13
ARTÍCULO 18. TRIBUTOS	13
CAPÍTULO V. ANEXOS A LAS CONDICIONES GENERALES	13
ARTÍCULO 19. ASISTENCIA EN VIAJE	13
ARTÍCULO 20. SEGUNDA OPINIÓN MEDICA INTERNACIONAL	14
ARTÍCULO 21. COBERTURA DENTAL	14
ARTÍCULO 22. CLUB VITA	16
ARTÍCULO 23. SERVICIO MÉDICO TELEFÓNICO	16
ARTÍCULO 24. SERVICIO DE CONSEJO PSICOLÓGICO TELEFÓNICO	16
DISPOSICION FINAL	16



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

CAPÍTULO I. DEFINICIONES

A los efectos de este contrato, se entiende por:

Accidente: Todo evento acaecido durante la vigencia de esta Póliza derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca lesiones corporales y haga preciso tratamiento médico o quirúrgico.

Acto Médico: Toda asistencia sanitaria realizada por un profesional de la medicina, prueba médica diagnóstica o terapéutica, y/o tratamiento médico, encaminado a la recuperación del estado de salud de un Asegurado.

Asegurado: Persona física sobre la que se estipula la cobertura de los riesgos objeto de esta Póliza.

A.T.S./D.U.E.: Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la actividad de enfermería.

Carencia: Periodo de tiempo computado desde la Fecha de efecto de la Póliza para cada Asegurado, durante el cual no son efectivas determinadas coberturas para dicho Asegurado.

Copago: Pago que debe satisfacer el Tomador o Asegurado a la Entidad Aseguradora por el uso del Cuadro Médico Concertado, según las condiciones establecidas en la Póliza.

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

Cuadro Médico: Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por Premaat a nivel nacional. En el Cuadro Médico se relacionan, los profesionales y establecimientos sanitarios concertados, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. El Tomador y los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la Prestación sanitaria que les es propia.

Cuestionario de Salud: Declaración de salud del Asegurado, validada escrita, telefónica o electrónicamente en entorno seguro antes de la formalización de la Póliza, que sirve a la Entidad Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

Enfermedad: Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por Accidente, que sea diagnosticada por un Médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad congénita: Toda Enfermedad con la que nace el Asegurado, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético.

Enfermedad de larga duración: Procesos patológicos con tendencia a la cronicación, tales como los Accidentes cerebrovasculares (ACV), Procesos comatosos, Procesos rehabilitadores en personas de edad avanzada, Enfermedades terminales, etc., con Hospitalización del Asegurado por prescripción facultativa por un periodo superior a 60 días de forma continuada en cada año natural. Es decir, patologías cuyo tratamiento, una vez superada su fase crítica o aguda, pasa a ser de carácter paliativo y no curativo.

Enfermedad pre-existente Toda Enfermedad del Asegurado contraída y/o padecida con anterioridad a la contratación de este seguro.

Entidad Aseguradora: Persona jurídica que, en contraprestación al cobro de la correspondiente Prima, asume la cobertura del riesgo

objeto de esta Póliza y garantiza las prestaciones que correspondan con arreglo a las estipulaciones de la misma.

Fecha de efecto: Fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada para cada uno de los Asegurados.

Franquicia: Pago que debe de satisfacer el Tomador o Asegurado a la Entidad Aseguradora previo a un Acto Médico determinado, según lo previsto en las condiciones establecidas en la Póliza.

Hospital: Todo establecimiento autorizado legalmente para el tratamiento médico o quirúrgico de Enfermedades o lesiones corporales, atendido permanentemente por un Médico. No se consideran hospitales, a efectos de esta Póliza, los hoteles, residencias de tercera edad, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento o tratamiento de Enfermedades crónicas, drogadictos o alcohólicos, o instituciones similares.

Hospitalización: Se entiende por Hospitalización a efectos de este contrato la permanencia del Asegurado como paciente en un Hospital por un periodo mínimo de 24 horas.

Hospitalización de carácter socio-familiar: Es la atención ambulatoria o mediante ingreso necesario para el tratamiento rehabilitador o paliativo de enfermedades crónicas o de enfermedades incurables en fase terminal.

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

Médico: Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la medicina en el lugar en que la practica.

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

Mutualista: Miembro socio de la mutualidad que es inseparable de la condición de Tomador del seguro o de Asegurado.

Póliza: Documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la Póliza: las Condiciones Generales, las Particulares, así como los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

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

Prima: Precio de la cobertura cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente Póliza.

Proceso: Conjunto de Actos Médicos y/o quirúrgicos destinados al tratamiento y/o curación de una patología, con independencia de que se hayan llevado a cabo todos y cada uno de dichos actos.

Prótesis: Todo aquel aparato o dispositivo destinado a reparar artificialmente la falta de un órgano o parte de él.

Siniestro: Acontecimiento que ocasiona un daño cuya reparación requiere la asistencia sanitaria objeto de cobertura por la Póliza.

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

Tomador: Persona física o jurídica que contrata la cobertura del riesgo objeto de esta Póliza para cada Asegurado.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

Transporte Sanitario: Comprende el transporte especial de enfermos o accidentados cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

- Una situación de urgencia que implique riesgo vital o daño irreparable para la salud del interesado y así lo ordene o determine el facultativo correspondiente.
- Imposibilidad física del interesado u otras causas médicas que, a juicio del facultativo, le impidan o incapaciten para la utilización de transporte ordinario para desplazarse a un centro sanitario o a su

domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente.

Urgencia: Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato, **entendiéndose por tal aquella situación en la que la demora por más de 6 horas en la realización de la intervención o tratamiento ponga en peligro la vida del Asegurado**, a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

Urgencia domiciliaria: Asistencia en el domicilio del Asegurado en caso de urgencia prestada por Médico generalista y/o A.T.S./D.U.E.

CAPÍTULO II. NORMAS GENERALES

ARTÍCULO 1. CLAUSULA PRELIMINAR

- 1.1. Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, Mutualidad de Previsión Social a prima fija, denominada en lo sucesivo "PREMAAT" es la Entidad de Previsión Social fundada el 16 de junio de 1944 por la Federación Nacional de Aparejadores, hoy Consejo General de Colegios Oficiales de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, en adelante Consejo General,, inscrita en el Registro Administrativo de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, con la clave P-0081 y en el Registro Mercantil de Madrid en el Tomo 5313, Folio 46, Sección 8, Hoja M.87081, Inscripción 1ª, tiene su domicilio social en España, sito en la calle Juan Ramón Jiménez 15 de Madrid y tiene como número de identificación fiscal G-28618536.
- 1.2. PREMAAT se rige por la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y por el Real Decreto 1430/2002, de 27 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de Mutualidades de Previsión Social. Así como por todas aquellas normas legales y reglamentarias que sean de aplicación, sus Estatutos y normas que los desarrollan, y además por los acuerdos de los órganos rectores de PREMAAT.
- 1.3. La actividad aseguradora que lleva a cabo PREMAAT está sometida al control de las autoridades del Estado Español siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad.

ARTÍCULO 2. DERECHOS Y DEBERES DEL TOMADOR Y ASEGURADOS

- 2.1. El Tomador y cada Asegurado para contratar la presente Póliza, formalizarán una solicitud de aseguramiento que incluirá, tanto un Cuestionario de Salud como todas aquellas circunstancias personales por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.
- 2.2. La cumplimentación de dicha solicitud podrá realizarse por el Tomador y Asegurado de forma telemática, con y sin firma electrónica, o telefónica o presencial. En la misma, el Tomador y cada Asegurado declararán que:
 - Son ciertos y veraces todos los datos y contestaciones expresados a la Entidad Aseguradora, no existiendo ocultación

de circunstancias o hechos que pudiesen influir en la valoración de los riesgos cubiertos.

- Han sido informados de los extremos contenidos en los artículos 122 y 126 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y, en su caso, de los artículos 42 y 43 de la Ley de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados y de la normativa de consumidores y usuarios que resulte de aplicación y, en particular, pero sin limitación en la Ley 22/2007, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
 - Conocen las Condiciones Generales y Particulares y aceptan las mismas y, en concreto, las Cláusulas Limitativas y Exclusiones Expresas.
 - Han sido informados del tratamiento de sus datos de carácter personal conforme a la normativa reguladora, aceptando que sus datos sean tratados conforme se recoge en el artículo 9 de las presentes Condiciones Generales.
- 2.3. En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma telemática y el Tomador disponga de firma electrónica para todos los Asegurados mayores de 18 años, la Póliza quedará formalizada de forma inmediata. Si no dispusiera de firma electrónica la formalización será inmediata a través del intercambio de correos electrónicos previsto en la legislación vigente sobre contratación electrónica, los cuales serán autenticados a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo.
 - 2.4. En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma telefónica, la Póliza quedará formalizada para el Tomador y los menores de edad mediante la grabación y el registro de la llamada. Cada mayor de edad ratificará sus datos personales mediante llamada telefónica para formalizar su incorporación a la Póliza. Los ficheros en los que se registre la grabación de estas llamadas telefónicas serán igualmente autenticados a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo.
 - 2.5. En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma presencial, la formalización de la Póliza se realizará por escrito.
 - 2.6. A la vista del Cuestionario de Salud y de todas las circunstancias personales, la Entidad Aseguradora



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

comunicará a cada posible Asegurado la aceptación de su solicitud de aseguramiento o, en su caso, la denegación de la misma.

- 2.7. Una vez aceptada por parte de la Entidad Aseguradora, se le remitirá al Tomador y a cada Asegurado la documentación correspondiente a esta Póliza, poniéndole asimismo ésta a su disposición de forma telemática a través de una clave de acceso.
- 2.8. El Tomador y cada Asegurado, una vez recibida esta documentación, deberán comprobar que los datos en ella contenidos son correctos. En caso de no ser así, podrán solicitar, en el plazo de un mes, la rectificación de los errores producidos. **Transcurrido dicho plazo sin efectuar reclamación alguna, surtirán efecto las disposiciones contenidas en las mismas.** La Entidad Aseguradora deberá rectificar, en el plazo de un mes, los errores producidos, lo que podrá conllevar la modificación de las Primas, sin que la modificación entre en vigor hasta que la mayor Prima, en su caso, se satisfaga.
- 2.9. Ni el Asegurado, ni el Tomador tienen la obligación de comunicar a la Entidad Aseguradora la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo contratado.
- 2.10. **El Asegurado deberá minorar las consecuencias del Siniestro, empleando los medios a su alcance. El incumplimiento de este deber liberará a la Entidad Aseguradora de toda Prestación relacionada con el Siniestro.**
- 2.11. **La Entidad Aseguradora podrá solicitar del Asegurado los informes médicos que se determinen necesarios para proceder a la autorización de prestaciones solicitadas o en los Procesos de control y detección de lesiones, Enfermedades o dolencias previas a la contratación del seguro.**

ARTÍCULO 3. SUBROGACIÓN

El Asegurado deberá facilitar la subrogación a la Entidad Aseguradora, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del Siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo.

La Entidad Aseguradora no podrá ejercitar en perjuicio del Asegurado los derechos en que se haya subrogado. **El Asegurado será responsable de los perjuicios que, en sus actos u omisiones, pueda causar a la Entidad Aseguradora en su derecho a subrogarse.**

La Entidad Aseguradora no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del Asegurado, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del Siniestro que sea, respecto del Asegurado, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el Asegurado. **Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un contrato de seguro.**

En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

En caso de concurrencia de la Entidad Aseguradora y Asegurado frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

ARTÍCULO 4. INDISPUTABILIDAD

- 4.1. En el supuesto de existencia de reserva o declaración inexacta en las declaraciones del Tomador o del Asegurado, **la Entidad Aseguradora podrá rescindir la relación contractual en el plazo de un mes desde que se haya conocido dicha reserva o inexactitud.**
- 4.2. Transcurrido el plazo de un año desde que se hubiera satisfecho la primera Prima o fracción de ésta, la Entidad Aseguradora no podrá impugnar la Póliza, salvo que el Tomador o el Asegurado hubieran actuado con dolo al efectuar las declaraciones esenciales.

ARTÍCULO 5. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN

En caso de extravío o destrucción de la Póliza, la Entidad Aseguradora, a petición del Tomador del seguro o, en su defecto, del Asegurado, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original.

ARTÍCULO 6. RELACIÓN JURÍDICA, COMUNICACIONES Y JURISDICCIÓN

- 6.1. La persona que suscribe la presente Póliza adquiere la condición de Mutualista, de conformidad con lo establecido en el artículo 10 de los Estatutos Generales de Premaat, siendo la condición de Tomador del seguro o de Asegurado inseparable del de Mutualista. Cuando no coincidan en la misma persona las características de Tomador del seguro y de Asegurado, la condición de Mutualista la adquirirá el Tomador del seguro.
- 6.2. La relación jurídica entre la mutualidad y el Mutualista en particular, derivada de su condición de socio se regirán por los Estatutos Generales de Premaat y por lo dispuesto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y normas de desarrollo.
- 6.3. La relación jurídica entre mutualidad y Mutualista, en su condición de Tomador de seguro, asegurado y/o beneficiario, se rige por lo previsto en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras. El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, la Ley), y por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean específicamente aceptadas por el Tomador, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales, estatutarios o reglamentarios imperativos.

El Tomador del seguro, mediante la contratación de este seguro, acepta, específicamente, las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que se resaltan en letra "negrita".

- 6.4. Las comunicaciones a la Aseguradora por parte del Tomador y/o del Asegurado, se efectuarán en el domicilio social de la mutualidad, pero si se realizan a un agente representante de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

directamente a ésta, conforme a lo dispuesto en el artículo de la Ley.

Las comunicaciones de la mutualidad al Tomador o Asegurado, se efectuarán en el domicilio indicado por éste en el momento de la suscripción del contrato, salvo que hubiese notificado el cambio de su domicilio a aquella.

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

6.5. La mutualidad y los Mutualistas, en su condición de socios y no de Asegurados, quedarán sometidos a la jurisdicción de los Tribunales del domicilio social.

Respecto de la relación aseguradora, serán competentes los Tribunales de Justicia del domicilio del Asegurado.

ARTÍCULO 7. INSTANCIAS DE QUEJA Y RECLAMACIÓN

7.1. El Tomador y/o Asegurado y, en su caso, los beneficiarios, podrán presentar reclamaciones ante el Servicio de Atención al Cliente que en el caso de PREMAAT lo constituye la Comisión Arbitral.

El Servicio de Atención al Cliente resolverá las reclamaciones formuladas frente al Asegurador por las personas legitimadas en relación con el presente contrato de seguro, con obligación de dictar resolución en el plazo de un mes. Transcurrido el plazo mencionado sin que se haya resuelto, o cuando el contenido de la resolución resulte negativo para sus intereses, el interesado podrá interponer su reclamación en soporte papel, dirigiendo el escrito al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, situado en el Paseo de la Castellana nº 44, 28046 Madrid, o por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web <http://www.dgsfp.mineco.es/reclamaciones>.

7.2. Sin perjuicio de las instancias anteriores, si las dos partes estuviesen conformes, podrán someter sus diferencias al juicio de árbitros de conformidad con la legislación vigente o al órgano judicial del domicilio del asegurado en España.

7.3. Si cualquiera de las partes contratantes o ambas decidiera ejercitar sus acciones ante los Organismos Jurisdiccionales deberán recurrir al Juez correspondiente al del domicilio del asegurado, quien será el único competente para el conocimiento de las acciones derivadas de este contrato de Seguro.

ARTÍCULO 8. PRESCRIPCIÓN

Todas las acciones para el reconocimiento de los derechos que puedan derivarse de la presente Póliza quedarán extinguidas en el plazo de 5 años a computar desde el día en que aquéllos pudieron ejercerse.

ARTÍCULO 9. TRATAMIENTO DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, MPS es el responsable del tratamiento de los datos personales del interesado y le informa que estos datos serán tratados de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente de protección de datos personales, el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de

Protección de Datos de Carácter Personal, por lo que se le facilita la siguiente información del tratamiento:

9.1. Responsable del tratamiento:

Identidad: Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, MPS (en adelante PREMAAT)

Dirección Postal: C/ Juan Ramón Jiménez 15, 28036 Madrid

Teléfono: 91 572 08 12

Correo electrónico: dpo@premaat.es

Delegado de Protección de Datos: mismos datos de contacto

9.2. Finalidades del tratamiento

Finalidad Principal: Todos los datos personales facilitados por el Tomador, solicitados para la celebración del contrato o que fueran facilitados con posterioridad a lo largo de la vigencia del seguro serán tratados bajo la responsabilidad de PREMAAT a los solos efectos de garantizar el pleno desenvolvimiento del contrato de seguro, entre los que se encuentran:

- el mantenimiento y ejecución de la relación contractual y estatutaria
- la gestión de los siniestros
- la prevención del fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros
- la realización de análisis de siniestralidad
- estudios estadísticos y realización de encuestas

Adicionalmente, sus datos serán utilizados para remitirle por cualesquiera medios de comunicación (incluidos medios electrónicos):

- información de su interés acerca de los productos y servicios ofrecidos por la entidad, de acuerdo con sus intereses.
- con el fin de dar cumplimiento a los derechos políticos que ostenta el Tomador, en su condición de Mutualista, las convocatorias a la Asamblea General y Territorial de Mutualistas.

Tiempo de conservación de los datos: Los datos personales proporcionados se conservarán mientras se mantenga la relación contractual y durante el plazo de 1 año desde la finalización. No obstante, algunos de sus datos personales podrán conservarse en virtud de la normativa que así lo requiera.

Legitimación para el tratamiento de los datos:

Las bases legales para el tratamiento de sus datos son:

- Garantizar el pleno desenvolvimiento de los contratos de seguro que tiene suscrito con Premaat y el cumplimiento de las obligaciones establecidas en la legislación: Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (LCS) y Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR).
- El interés legítimo de la mutualidad en la prevención del fraude en el seguro y la reducción del de siniestralidad, a través de la cesión en reaseguro.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

- El interés legítimo de ofrecer productos similares a los contratados que justifica el tratamiento de sus datos para la gestión de envío de información y publicidad sobre productos de seguro y servicios, de acuerdo con sus intereses.
- El interés legítimo derivado de su condición de mutualista, en informarle de la gestión de la mutualidad, las celebraciones de asambleas (territoriales o generales), o cualquier otra información relativa a la mutualidad, que pueda ser de su interés a través del Boletín de Noticias.

Para cualquier otro tratamiento será necesario haber obtenido su consentimiento previo, el cual podrá revocar en cualquier momento.

9.3. Destinatarios

Sus datos podrán ser comunicados a:

- A otras entidades con el objeto de realizar la gestión del seguro y la tramitación de posibles siniestros, así como por razones de coaseguro y reaseguro.
- A otras instituciones colaboradoras con el sector asegurador, con fines estadísticos actuariales y de lucha contra el fraude.
- Las Administraciones Públicas en los casos previstos por la Ley.
- Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y al Centro Nacional de Inteligencia en virtud de lo establecido en la Ley.

- Los Bancos y entidades financieras para el cobro de los servicios contratados.
- Los registros públicos de solvencia patrimonial y a los sistemas de prevención contra el fraude, podrán ser comunicados los datos relativos a impagos e incidencias en el pago de productos o servicios contratados a Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, MPS o a terceros.
- A los efectos de dar cumplimiento a los derechos políticos en su condición de Mutualista, los datos referidos a su nombre y domicilio podrán ser objeto de cesión al Colegio de Arquitectos Técnicos de la demarcación territorial correspondiente a su domicilio, con la exclusiva finalidad de comunicar las convocatorias a la Asamblea General y Territorial de Mutualistas.

9.4. Derechos

El tomador, asegurado y/o beneficiario tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como consultar sobre derechos de sus datos, mediante escrito dirigido al domicilio social de Previsión Mutua de Aparejadores y Arquitectos Técnicos, MPS o en la dirección de mail arco@premaat.es. Igualmente, tiene derecho a revocar el consentimiento que ahora presta en cualquier momento.

A partir del día 25 de mayo de 2018, los interesados podrán ejercer su derecho a la portabilidad de sus datos.

Así mismo, puede presentar una reclamación ante la Autoridad de Control en materia de Protección de Datos competente en la web www.agpd.es.

CAPÍTULO III. OBJETO, COBERTURAS Y EXCLUSIONES

ARTÍCULO 10. OBJETO DEL SEGURO

La Entidad Aseguradora se compromete, dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la Prima y Copagos que en cada caso corresponda, a facilitar al Asegurado la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de Enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en el listado de prestaciones sanitarias referentes a las especialidades indicadas en la Cláusula Cobertura del Seguro. **La asistencia se prestará en los centros concertados a tal efecto, salvo que expresamente se disponga otra cosa.**

ARTÍCULO 11. COBERTURA DEL SEGURO

Con arreglo a las presentes condiciones y con las limitaciones indicadas en las mismas, se garantizan las coberturas que el Tomador haya pactado en las Condiciones Particulares de su Contrato y que podrán ser las siguientes:

11.1. Atención primaria

11.1.1. Enfermería

Incluye la asistencia en consultorio y de Urgencia domiciliaria de A.T.S./D.U.E. **Este último caso sólo previa prescripción de un Médico de la Entidad Aseguradora.**

11.1.2. Medicina Familiar

Incluye la asistencia médica familiar en consulta, prescripción de pruebas y medios diagnósticos.

En los casos urgentes, el Asegurado podrá acudir a los servicios permanentes de Urgencia que tiene establecidos la Entidad Aseguradora, solicitar el servicio de Urgencia domiciliaria **en aquellas zonas donde se disponga de este servicio**, o bien ponerse

en contacto con el Servicio de Atención Telefónica cuyo teléfono aparece en el pie de página.

11.1.3. Pediatría

Incluye la asistencia pediátrica de niños **hasta cumplir los 16 años de edad**, en consulta, la prescripción de pruebas y medios diagnósticos aplicándose las mismas normas ya citadas para la cobertura de medicina familiar. Cuando el niño supere la edad mencionada pasará a ser atendido por Médicos de medicina familiar.

Adicionalmente se incluye el reembolso de las consultas, prestadas por facultativos ajenos al Cuadro Médico, **de acuerdo con los límites que se fijan en Condiciones Particulares. Esta cobertura de reembolso tendrá vigencia hasta la segunda renovación de la Póliza.**

11.2. Urgencias

Comprende la asistencia sanitaria en casos de Urgencia que se prestará en los centros de Urgencia permanente que formen parte del Cuadro Médico de Premaat para este producto.

En caso justificado, se facilitará el Servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia, **únicamente en aquellas poblaciones en las que la Entidad Aseguradora tenga concertada la Prestación de dicho servicio.**

Para los casos en que la asistencia médica sea de Urgencia no resultan aplicables los periodos de Carencia.

11.3. Especialidades médicas

Con carácter general **las consultas, pruebas diagnósticas, métodos terapéuticos, intervenciones quirúrgicas, ingresos hospitalarios, y otros servicios asistenciales de las especialidades médicas incluidas, relacionadas a continuación, serán realizados**



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

exclusivamente por los servicios que la Entidad Aseguradora designe y será necesaria la prescripción escrita de un Médico concertado de la Entidad Aseguradora, siempre con las limitaciones y exclusiones indicadas en el apartado Exclusiones.

11.3.1. Alergología e inmunología

No incluye el coste de las vacunas, que serán a cargo del Asegurado.

11.3.2. Anestesiología y reanimación

Incluye las consultas y toda clase de anestésicos prescritos por un facultativo.

11.3.3. Angiología y cirugía vascular

Incluye el tratamiento esclerosante de varices, la microespuma y el láser vascular. **La finalidad terapéutica de estos tratamientos deberá ser confirmada mediante la aportación de pruebas diagnósticas.**

11.3.4. Aparato digestivo

Incluye la prevención del cáncer colorrectal, consulta, exploración física, exploraciones endoscópicas en caso necesario, previa prescripción escrita de un Médico concertado con la Entidad Aseguradora.

11.3.5. Cardiología

Incluye la prevención de riesgos cardiovasculares consistente en una anamnesis, exploración, analítica básica y electrocardiograma, en personas mayores de 40 años. **Será necesaria la previa prescripción escrita de un Médico concertado con la Entidad Aseguradora.**

11.3.6. Cirugía cardiovascular

11.3.7. Cirugía general y digestiva

Incluye la cirugía realizada con técnica laparoscópica.

11.3.8. Cirugía maxilofacial

No incluye la asistencia y los tratamientos ya incluidos en las especialidades de estomatología y de odontología, salvo los actos médicos previstos en el Artículo 21. Cobertura dental de este Condicionado General que sean prestados por los facultativos incluidos en la Guía Médica Dental de la Entidad Aseguradora.

11.3.9. Cirugía pediátrica

11.3.10. Cirugía plástica y reparadora

Incluye las consultas, pruebas diagnósticas y actos terapéuticos realizados en consulta, para restablecer lesiones, siempre que las mismas sean causadas por Accidentes sufridos por el Asegurado durante el periodo de vigencia del contrato.

Asimismo incluye la reconstrucción mamaria con Prótesis de mama cuando sea consecuencia de un carcinoma de mama y los injertos óseos de materiales biológicos.

No incluye en ningún caso la cirugía estética, aun cuando se alegasen razones puramente psicológicas o traumatológicas. Ver alternativas en Artículo 22. Club Vita.

11.3.11. Cirugía torácica

11.3.12. Dermatología

No se incluyen:

- Tratamiento del cuero cabelludo
- Lesiones actínicas de las piel
- Dermatoscopia (mole-max, epiluminiscencia, etc.)
- Dermatología cosmética

11.3.13. Endocrinología

No se incluyen los tratamientos dietéticos.

11.3.14. Geriatría

11.3.15. Medicina Interna

11.3.16. Nefrología

Incluye el estudio y tratamiento de la insuficiencia renal aguda.

11.3.17. Neonatología

En caso de parto que haya sido objeto de cobertura, el recién nacido tendrá la consideración de Asegurado durante un período máximo de 30 días, desde su nacimiento hasta la fecha de alta del centro hospitalario en el que haya tenido lugar el parto.

Asimismo, cuando el parto haya sido objeto de cobertura, la Entidad Aseguradora incorporará como Asegurado al recién nacido, sin solicitar Cuestionario de Salud, **si así se solicita dentro de los primeros 30 días desde su nacimiento.**

11.3.18. Neumología

11.3.19. Neurocirugía

11.3.20. Neurología

11.3.21. Obstetricia y ginecología

Incluye:

- a) Las Enfermedades de los órganos genitales femeninos.
- b) Incluye adicionalmente una revisión ginecológica anual.
- c) Las intervenciones ginecológicas por vía laparoscópica.
- d) La planificación familiar incluyendo el control del tratamiento con anovulatorios, la ligadura de trompas, así como el coste y colocación de DIU (**excepto DIU medicalizado**).
- e) Las consultas para la detección de problemas de infertilidad.
- f) Los servicios necesarios para la vigilancia del embarazo por Médico tocólogo y asistencia por éste a los partos, **siempre que éstos sean objeto de cobertura en la presente Póliza.**
- g) La biopsia de corion, el triple screening y la amniocentesis. **Esta última cuando la Asegurada tenga más de 35 años o exista un factor de riesgo conocido.**
- h) La asistencia al parto normal o por cesárea, incluyendo la anestesia epidural.
- i) El reembolso de los gastos incurridos en la conservación del cordón umbilical, **con el máximo previsto en Condiciones Particulares, siempre que el parto hubiera sido objeto de la cobertura de la presente Póliza.**
- j) El reembolso de las consultas, prestadas por facultativos ajenos al Cuadro Médico, **de acuerdo con los límites que se fijen en Condiciones Particulares.** Esta cobertura de reembolso tendrá vigencia hasta la segunda renovación de la Póliza.

11.3.22. Oftalmología

Incluye la Intervención quirúrgica para la corrección con Láser Excimer o Lasik de la miopía, hipermetropía y astigmatismo. **En todo caso el Asegurado abonará a la Entidad Aseguradora, con carácter previo a la intervención, una Franquicia que será la fijada en las Condiciones Particulares.** Serán de aplicación los plazos de carencia previstos en las Condiciones Particulares para intervenciones quirúrgicas.

No se incluyen las consultas para la adaptación de lentes o lentillas. Ver alternativas en Artículo 22. Club Vita.

11.3.23. Oncología médica



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

11.3.24. Otorrinolaringología

Se excluyen las Prótesis auditivas (audífonos). Ver alternativas en Artículo 22. Club Vita.

11.3.25. Proctología

11.3.26. Psiquiatría

Con el límite máximo de consultas previstas en Condiciones Particulares.

Se excluyen las curas de desintoxicación y las curas de sueño, así como los tratamientos de psicoterapia y psicoanálisis.

11.3.27. Reumatología

11.3.28. Traumatología y cirugía ortopédica

Incluye la cirugía artroscópica, la nucleotomía percutánea y la quimionucleolisis.

11.3.29. Urología

Incluye la vasectomía como planificación familiar, el estudio de la esterilidad y el diagnóstico de la impotencia.

No se incluye la cirugía realizada mediante técnica láser, a excepción de los tratamientos con láser verde en urología, en los centros del Cuadro Médico que cuenten con esta última tecnología y esté concertada a tal fin, con la Entidad Aseguradora.

11.4. Medios de diagnóstico

La presente Póliza incluye, previa prescripción facultativa, los siguientes medios de diagnóstico:

11.4.1. Análisis clínicos, anatomopatológicos y biológicos

Incluye las siguientes pruebas:

- Bioquímica
- Hematología
- Microbiología
- Parasitología
- Inmunohistoquímica

11.4.2. Radiodiagnóstico

Incluye los siguientes medios de radiodiagnóstico:

- Radiología general, digestiva, ortopantomografías y telerradiografías laterales realizadas en centros de radiología.
- Ecografía.
- Mamografía.
- Scanner (TAC).
- Resonancia Magnética (RMN).
- Angiografía.
- Arteriografía digital.
- PET.
- Densitometría ósea.
- Radiología intervencionista o invasiva.

Incluye los medios de contraste que hayan sido suministrados por el Centro Médico concertado por la Entidad Aseguradora que haya realizado la prueba.

11.4.3. Cardiología

La cobertura de la presente Póliza incluye los siguientes medios de diagnóstico en la especialidad de cardiología:

- Electrocardiograma.

- Holter TA y Holter ECG.
- Prueba de esfuerzo (Ergometría).
- Ecocardiograma y Eco-doppler.
- Hemodinámica.
- Estudios Electrofisiológicos.

11.4.4. Endoscopias

Incluye los servicios de endoscopia.

No se incluye la endoscopia en píldora.

11.4.5. Medicina Nuclear

Incluye los siguientes medios de diagnóstico en la medicina nuclear:

- Gammagrafía.
- Tratamiento con isótopos radiactivos.

11.4.6. Neurofisiología clínica

Incluye los siguientes medios de diagnóstico en la neurofisiología clínica:

- Electroencefalograma.
- Electromiograma.
- Potenciales evocados.
- Polisomnografía (estudio del sueño).

11.4.7. Urodinámica

Incluye los servicios de urodinámica.

11.5. Hospitalización e Intervención quirúrgica

La Hospitalización se realizará en los centros concertados por la Entidad Aseguradora incluyendo la cobertura de los siguientes conceptos:

- 11.5.1. **Gastos por honorarios médicos**, de ayudantes, de anestesistas, de ATS, de DUE, por utilización de quirófano, por medicamentos o por cualquier otro servicio médico prestado durante la Hospitalización o Intervención quirúrgica.
- 11.5.2. **Gastos por estancia hospitalaria** en habitación individual con cama para acompañante.
- 11.5.3. **Gastos por internamiento psiquiátrico**, con el límite máximo de los días de Hospitalización previsto en Condiciones Particulares.
- 11.5.4. **Gastos por estancia hospitalaria en Unidades de Vigilancia Intensiva (U.V.I.)** o en Unidades de Cuidados Intensivos (U.C.I.).
- 11.5.5. **Gastos por estancia del recién nacido en incubadora.**

No se incluye la cama de acompañante en los supuestos de Hospitalización en Unidades de Vigilancia Intensiva (U.V.I.) o Unidades de Cuidados Intensivos (U.C.I.), de Hospitalización psiquiátrica y de estancia del recién nacido en incubadora.

En ningún caso se cubren los gastos correspondientes a uso de teléfono, televisión, cafetería, manutención del acompañante o cualquier otro no directamente relacionado con el tratamiento de la Enfermedad o Accidente.

11.6. Otros servicios

11.6.1. Ambulancias

Incluye los traslados en ambulancia terrestre o UVI móvil terrestre, siempre que, siendo prescritos por un facultativo, se hayan realizado con ocasión de la Hospitalización del Asegurado o en situaciones de urgencia hospitalaria.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

11.6.2. Logopedia y foniatría

Incluye el tratamiento de la logopedia y foniatría cuando tengan por causa una Intervención quirúrgica o una Enfermedad sobrevenida, **con el límite máximo previsto en Condiciones Particulares.**

11.6.3. Matronas

Incluye servicio de matrona en la asistencia al parto en Sanatorio, Clínica u Hospital.

11.6.4. Podología

Incluye quiropodias, **con el límite previsto en Condiciones Particulares.**

11.6.5. Preparación al parto

Incluye los gastos por asistencia a programas de preparación al parto.

11.6.6. Prótesis

Incluye el coste de las siguientes Prótesis: válvulas cardíacas, marcapasos, bypass vascular, Prótesis de cadera, Prótesis internas traumatológicas, las Prótesis mamarias consecuencia de un carcinoma de mama, injertos óseos, LIO monofocal, stent, mallas quirúrgicas y port-a-cath.

11.6.7. Trasplantes

Incluye los gastos que se deriven del trasplante de riñón, de médula ósea y de córnea que se realicen en los centros sanitarios debidamente autorizados.

En ningún caso la Entidad Aseguradora se hará cargo de la obtención y localización de los órganos para trasplante.

11.7. Tratamientos especiales

Siempre que hayan sido prescritos por un facultativo del Cuadro Médico, se incluyen los gastos derivados de los siguientes tratamientos especiales:

11.7.1. Aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia

Incluye los servicios de aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia a domicilio, **siendo la medicación a cargo del Asegurado.**

11.7.2. Diálisis y riñón artificial

Incluye los tratamientos de diálisis y riñón artificial en Procesos agudos, **con el límite previsto en Condiciones particulares.**

11.7.3. Fisioterapia y tratamientos de rehabilitación

Incluye los tratamientos, con fines curativos, de rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor, prescritos por un Médico, **siempre que deriven de Enfermedad o Accidente cubiertos por la presente Póliza.**

No se incluye la rehabilitación acuática ni por causa de patologías crónicas.

11.7.4. Radioterapia

Incluye los servicios de radioterapia y los tratamientos con acelerador lineal y la radioneurocirugía.

11.7.5. Quimioterapia

Incluye el coste de los medicamentos citostáticos. **No obstante, en el caso del tratamiento con anticuerpos monoclonales los medicamentos citostáticos solo quedan incluidos para el tratamiento del cáncer de mama y linfoma.**

También se incluye la medicación para mitigar los efectos secundarios de los mismos **que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad y Consumo.**

11.7.6. Tratamiento del dolor

Incluye las técnicas diagnósticas y terapéuticas para el tratamiento sintomático paliativo del dolor.

ARTÍCULO 12. EXCLUSIONES

Quedan formalmente excluidos de la cobertura los siguientes conceptos:

- La Hospitalización de carácter socio-familiar, así como la Hospitalización por Enfermedad de larga duración cuando no exista posibilidad de curación. A esos efectos no se entenderá por curación la Hospitalización cuya finalidad sea el mantenimiento y/o la mejoría.
- Los tratamientos de reproducción asistida en cualquiera de sus formas, como por ejemplo, inducción ovular, inseminación artificial, fertilización "in vitro" o técnicas de microcirugía para tratamiento de la esterilidad. Así como la interrupción del embarazo.
- Los test genéticos.
- Las técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos cuyo uso no sea habitual, o no estén aceptados en el sistema nacional de salud, o no estén reconocidos por la Comunidad Científica, o sean experimentales o no tengan suficientemente probada su contribución eficaz al tratamiento o curación de las Enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, eliminación o disminución del dolor y/o el sufrimiento, así como los tratamientos de medicina alternativas.
- Los honorarios por tratamientos o diagnósticos en balnearios, curas de reposo o similares, aun cuando hayan sido prescritas.
- Los gastos de estancia en residencias de tercera edad o instituciones similares.
- Los gastos que deriven de Enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes ni Enfermedades congénitas, que no hayan sido declarados en el Cuestionario de Salud presentado al Asegurado y la Entidad Aseguradora no haya aceptado expresamente su cobertura en Condiciones Particulares.
- Los gastos de farmacia, así como el correspondiente a las vacunas, los tratamientos desensibilizantes, infiltración con factores de crecimiento o ácido hialurónico y los tratamientos dietéticos.
- Los honorarios, gastos de pruebas complementarias y tratamientos realizados o prescritos por facultativos ajenos al Cuadro Médico.
- Los gastos de desplazamiento para recibir asistencia en la misma o distinta provincia del Estado español o en el extranjero.
- Gastos de Transporte Sanitario.
- Los gastos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de las Enfermedades que del mismo se deriven.
- El tratamiento y pruebas diagnósticas de alcoholismo, drogadicción y el uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, así como Enfermedades o Accidentes que traigan causa de ellos.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

- La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte.
- Las Enfermedades o Accidentes derivados de guerras, actos de terrorismo o de carácter político y social, así como las epidemias declaradas oficialmente.
- La tentativa de suicidio, la mutilación voluntaria, cualquier Accidente causado por mala fe o intencionadamente por el Asegurado, así como su participación en riñas o en actividades delictivas.
- La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de cualquier deporte de riesgo.
- Las intervenciones quirúrgicas realizadas mediante técnica robótica.

ARTÍCULO 13. PERIODOS DE CARENCIA

Se establecen los periodos de Carencia, reflejados en Condiciones Particulares, para los servicios o especialidades que se indican a continuación:

- 13.1. Para la Hospitalización e intervenciones quirúrgicas.
- 13.2. Para los siguientes medios de diagnóstico de alta tecnología:
 - 13.2.1. Cariotipos.
 - 13.2.2. Scanner (TAC).
 - 13.2.3. Resonancia Magnética (RMN).
 - 13.2.4. Angiografía y Arteriografía digital.
 - 13.2.5. PET.
 - 13.2.6. Radiología intervencionista o invasiva.
 - 13.2.7. Polisomnografía.
 - 13.2.8. Medicina nuclear.
- 13.3. Para la planificación familiar.
- 13.4. Para los siguientes tratamientos especiales:
 - 13.4.1. Aerosolterapia.
 - 13.4.2. Diálisis.
 - 13.4.3. Fisioterapia.
 - 13.4.4. Radiofrecuencia.
 - 13.4.5. Quimioterapia.
 - 13.4.6. Tratamiento del dolor, Transfusiones y Litotricia Renal.
- 13.5. Para la cirugía Bariátrica.
- 13.6. Para los trasplantes.
- 13.7. Para los gastos derivados del parto. **En ningún caso estarán incluidos los gastos ginecológicos y obstétricos incurridos por una asegurada cuyo parto no quede cubierto por la presente Póliza.**

Se exonerará de estos periodos de Carencia a la asistencia médica por Accidente o en caso de Urgencia vital.

ARTÍCULO 14. UTILIZACIÓN DEL CUADRO MÉDICO

La Entidad Aseguradora pondrá el Cuadro Médico a disposición del Tomador y de los Asegurados, en el momento de suscribir esta Póliza. El Cuadro Médico incluirá los Médicos, A.T.S./D.U.E., laboratorios de análisis y cualquier otro centro o profesional

necesarios, para prestar los servicios médicos incluidos en las coberturas de esta Póliza.

En cualquier caso no existe ningún tipo de limitación o restricción a nivel geográfico de acceso a la utilización del Cuadro Médico por parte del Asegurado.

En el supuesto de que no exista algún servicio de los recogidos en la Póliza en la provincia de residencia del Asegurado, le serán facilitados en otra provincia a su elección.

14.1. Tarjeta Sanitaria

14.1.1. La Entidad Aseguradora proporcionará a cada Asegurado una Tarjeta Sanitaria, que podrá incluir una fotografía digital del Asegurado. Esta Tarjeta Sanitaria es propiedad de la Entidad Aseguradora y su uso es personal e intransferible por el Asegurado.

14.1.2. El Asegurado deberá comunicar inmediatamente la pérdida o sustracción de la Tarjeta en un plazo de 72 horas, para su anulación por la Entidad Aseguradora. La Entidad Aseguradora no será responsable por el uso indebido o fraudulento de la Tarjeta en tales supuestos. El Asegurado deberá devolver en un plazo de 72 horas la Tarjeta Sanitaria en el momento de su baja o en el que quede resuelta esta Póliza de seguro.

14.1.3. El Asegurado se obliga a presentar la citada Tarjeta Sanitaria al requerir del Cuadro Médico cualquiera de los servicios médicos cubiertos por esta Póliza.

14.1.4. La Entidad Aseguradora liquidará directamente la totalidad de los gastos correspondientes a la utilización de tales servicios.

14.1.5. La Entidad Aseguradora queda exonerada de efectuar reembolso alguno de los gastos que el Asegurado hubiera podido satisfacer por no presentar su Tarjeta Sanitaria, así como lo que hubiese abonado por mejoras por él solicitadas y no comprendidas en los acuerdos firmados por la Entidad Aseguradora con el Profesional Sanitario para la confección del Cuadro Médico.

14.2. Autorización de prestaciones

14.2.1. **Prestaciones que precisan de Autorización Previa.** Precisan autorización previa de la Entidad Aseguradora para su realización por el Cuadro Médico:

- a. Cualquier Intervención quirúrgica u Hospitalización del Asegurado en un Centro del Cuadro Médico.
- b. Los medios diagnósticos y tratamientos especiales que se relacionan a continuación:
 - Análisis clínicos: Cariotipos.
 - Radiodiagnóstico: Scanner (TAC), Resonancia Magnética (RMN)
 - Radiología Vasculár: Angiografía, Arteriografía Digital, etc.
 - PET.
 - Radiología intervencionista.
 - Cardiología: Hemodinámica.
 - Neurofisiología: todas las técnicas (Electromiograma, Electroencefalograma, etc.).
 - Medicina Nuclear.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

- Diálisis y riñón artificial.
- Tratamientos de rehabilitación: todas las técnicas.
- Radioterapia y Quimioterapia.
- La corrección con Láser Excimer o Lasik de la miopía, hipermetropía y astigmatismo.

14.2.2. Documentación necesaria para Autorización:

Todas las solicitudes de autorización del Asegurado deberán ir acompañadas necesariamente por la prescripción médica correspondiente.

- a. Si su Médico o Especialista le prescribe una prueba que requiere Autorización previa, por favor asegúrese de disponer de la siguiente documentación antes de abandonar la consulta:
 - Descripción de la prueba a realizar.
 - Antecedentes y detalles acerca del Proceso para el que se solicita la realización de la prueba.
- b. La Entidad Aseguradora podrá solicitar del Asegurado toda la información médica adicional que precise para su adecuada tramitación.
- c. La Entidad Aseguradora comunicará al Asegurado, en el plazo máximo de 48 horas, la concesión o denegación, si fuese el caso, de dicha autorización.
- d. En el supuesto de que se superase ese plazo, la Entidad Aseguradora abonará al Asegurado la indemnización que tenga establecida.
- e. Para garantizar una correcta gestión, las solicitudes de autorizaciones médicas han de realizarse con al menos 24 horas de antelación a la cita médica.

14.3. Copagos

- 14.3.1. En el caso en que la modalidad de la Póliza sea con Copago, el Asegurado abonará a la Entidad Aseguradora un importe por cada acto o servicio médico que reciba del Cuadro Médico.

- 14.3.2. El importe vigente a la contratación inicial correspondiente a cada Copago será el fijado en las Condiciones Particulares.

- 14.3.3. Con anterioridad al día 31 de octubre de cada año, la Entidad Aseguradora comunicará al Tomador el importe de los Copagos aplicables a la siguiente anualidad, de existir alguna variación respecto de los anteriores.

- 14.3.4. El Tomador podrá optar, en caso de discrepancia con las condiciones previstas para la siguiente anualidad, por comunicar a la Entidad Aseguradora su voluntad de extinguir la Póliza de seguro al vencimiento de la anualidad en curso.

ARTÍCULO 15. PROCEDIMIENTO DE REEMBOLSO

- 15.1. **Prestaciones reembolsables:** Especialidades de ginecología y pediatría hasta la segunda renovación de la Póliza.
- 15.2. **Modo de reembolso:** La Entidad Aseguradora efectuará transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o Asegurado.
- 15.3. **Documentación necesaria:** El Asegurado deberá cumplimentar la correspondiente solicitud de reembolso, según modelo de la Entidad Aseguradora, a la que se acompañarán necesariamente las facturas originales correspondientes, que deberán reunir los requisitos exigidos en cada momento por la normativa tributaria y, en todo caso, incluirán los datos identificativos de:
 - 15.3.1. La persona física o jurídica que ha prestado el servicio (nombre y apellidos o denominación social, número de identificación fiscal, domicilio, número de colegiado y especialidad médica).
 - 15.3.2. El Asegurado objeto del servicio (nombre y apellidos).
 - 15.3.3. El Acto Médico prestado (descripción, fecha y coste).

CAPÍTULO IV. DURACIÓN DEL SEGUO Y PRIMAS

ARTÍCULO 16. DURACIÓN DEL SEGUO

- 16.1. La presente Póliza de seguro entrará en vigor en el día indicado en las Condiciones Particulares y vence el día 31 de diciembre siguiente a la suscripción de la misma. La Póliza será renovable tácitamente por periodos anuales. Asimismo, las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada en un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea la Entidad Aseguradora. Este seguro podrá rescindirse por la Entidad Aseguradora mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes desde el conocimiento de una reserva o inexactitud en la declaración del Tomador o de cualquiera de los Asegurados.
- 16.2. Las coberturas de la Póliza cesarán automáticamente al producirse la resolución del contrato, quedando el Asegurado sin derecho a la Prestación de los servicios.

- 16.3. En todo caso, la presente Póliza de seguro se extinguirá para un Asegurado:
 - A su fallecimiento.
 - Si al contratar incurrió en dolo o culpa grave o en caso de agravación del riesgo si no lo comunica a la Entidad Aseguradora, o actuó de mala fe.
 - Si no emplea los medios a su alcance para limitar razonablemente los costes de la Prestación, pudiendo perder el derecho a la misma si se comprueba que ha obrado con mala fe o abuso manifiesto.
 - Si no facilita a la Entidad Aseguradora, en caso de Accidente con un tercero civilmente responsable, la información y documentación necesarias para la reclamación que proceda.
- 16.4. La extinción de la Póliza para un Asegurado por cualquiera de estos motivos se producirá en el día de su ocurrencia o en el día en que la Entidad Aseguradora tenga



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

conocimiento de ellos, **no existiendo para el Asegurado derecho a la devolución de la Prima no consumida en el mes en el que se hace efectiva.**

- 16.5.** En caso de solicitarse por parte del Tomador la baja de alguno de los Asegurados de una Póliza, con anterioridad a su segunda renovación, y como consecuencia de dicha baja se agravase el riesgo global, **la Entidad Aseguradora se reserva el derecho de rescindir la misma, puesto que, de haber sido esas las condiciones en el momento de la suscripción de la Póliza, la Entidad Aseguradora no habría celebrado este contrato de acuerdo con su política de selección de riesgos.**

ARTÍCULO 17. PRIMAS

- 17.1.** La Prima se determinará en el momento del alta en la Póliza, teniendo en cuenta el número de Asegurados incluidos en la misma, así como sus características personales declaradas a la Entidad Aseguradora. Esta Prima se recalculará cuando se produzcan altas o bajas de Asegurados.
- 17.2.** Esta Prima se determinará para cada anualidad, si bien las Condiciones Particulares podrán prever su fraccionamiento mensual, trimestral o semestral, incluyendo en su caso el correspondiente recargo. Si la cobertura es contratada una vez iniciado el año natural, se prorrateará la Prima anual por los meses que resten hasta el día 31 de diciembre.
- 17.3.** El pago de la Prima se realizará mediante la domiciliación bancaria facilitada por el Tomador a la Entidad Aseguradora para efectuar el pago de los recibos correspondientes.

CAPÍTULO V. ANEXOS A LAS CONDICIONES GENERALES

ARTÍCULO 19. ASISTENCIA EN VIAJE.

La Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado un servicio de Asistencia en Viaje, por el que dispondrá, **en los viajes que realice fuera del Territorio Español**, para periodos de estancia máxima continuada de hasta 90 días, de las coberturas que a continuación se detallan, siendo el **coste máximo cubierto por esta cobertura de asistencia en viaje de 12.000 euros por persona y año.**

19.1. Repatriación o Transporte Sanitario del Asegurado enfermo o herido.

Según la Urgencia o gravedad del caso y a criterio del Médico, se organizará el transporte del Asegurado, incluso bajo vigilancia médica si procede, hasta su ingreso en un centro hospitalario en España, cercano a su residencia, o a su propio domicilio habitual, cuando no necesite Hospitalización. Si el ingreso no pudiera lograrse en lugar cercano al domicilio, en su momento se organizará el subsiguiente traslado hasta la residencia del Asegurado, si fuera preciso realizarlo en un medio de transporte especial.

Medio de transporte:

- Avión sanitario especial para los países de Europa o aquellos que sean limítrofes del mar Mediterráneo.
- Avión de líneas regulares, tren o barco.
- Ambulancia.

- 17.4.** La primera Prima o fracción de ésta será exigible una vez suscrita la presente Póliza de seguro. **Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Entidad Aseguradora podrá resolver la Póliza o exigir el pago de la Prima en vía ejecutiva. En todo caso, si esta Prima no hubiera sido pagada en el plazo de 30 días desde su emisión, la Póliza quedará resuelta.**
- 17.5.** Transcurrido un mes desde el impago de cualquier otra Prima, el contrato de seguro quedará en suspenso, excluyéndose, a partir de ese momento, la cobertura de cualquier Acto Médico o quirúrgico que pudiese requerir el Asegurado. Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los tres meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que la Póliza queda extinguida.
- 17.6.** Si el contrato no ha quedado resuelto o extinguido conforme a lo previsto en los números anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la Prima.
- 17.7.** Con anterioridad al día 31 de octubre de cada año, la Entidad Aseguradora comunicará al Tomador el importe de las Primas aplicables en la siguiente anualidad. El Tomador podrá optar, en caso de discrepancia con las Primas previstas para la siguiente anualidad, por comunicar con anterioridad al 30 de noviembre a la Entidad Aseguradora, su voluntad de extinguir la Póliza de seguro al vencimiento de la anualidad en curso.

ARTÍCULO 18. TRIBUTOS

Todos **los tributos** que graven la presente Póliza, y que sean legalmente repercutibles, **serán por cuenta del Tomador.**

En caso de afecciones benignas o heridas leves que no den motivo a repatriación, el transporte se realizará por ambulancia o cualquier otro medio, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados adecuados.

En ningún caso se sustituirá a los organismos de socorro de Urgencia, ni la Entidad Aseguradora se hará cargo del coste de estos servicios.

19.2. Repatriación o Transporte Sanitario del Asegurado enfermo o herido.

Cuando el retorno del Asegurado se hubiera realizado por cualquiera de las causas descritas en el apartado anterior, y ello impida al resto de los acompañantes siempre que tuvieran condición de cónyuge, ascendientes (siempre que convivan en el mismo domicilio que el Asegurado), o descendientes (en tanto dependan económicamente de él), continuar su viaje por los medios inicialmente previstos, se organizará el transporte para el regreso de los mismos a su domicilio.

19.3. Repatriación o transporte de menores de edad.

Cuando el retorno del Asegurado se hubiera realizado por cualquiera de las causas descritas anteriormente, y éste viajara en la única compañía de hijos menores de 15 años, se organizará el desplazamiento, ida y vuelta, de una azafata o de una persona designada por el Asegurado, a fin de acompañar a los menores en el regreso al domicilio.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

19.4. Regreso anticipado por fallecimiento de un familiar directo del Asegurado.

Si el Asegurado en Viaje, debe interrumpirlo en razón del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, de hermano o hermana, se organizará la entrega de un billete de tren (primera clase) o avión (clase turista), desde el lugar en que se encuentre en tal momento, al de inhumación en España del familiar fallecido, y un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse tal evento.

19.5. Desplazamiento de un acompañante familiar junto al Asegurado hospitalizado.

Si el estado del Asegurado, enfermo o herido, impide su repatriación o regreso inmediato y si la Hospitalización en el lugar donde se encuentre debe exceder de 10 días, se organizará la entrega de:

- Un billete de ida y vuelta de tren (primera clase) o de avión (clase turista), que permita a un miembro de la familia del Asegurado, o persona que éste designe, acudir al lado del hospitalizado.
- De producirse la Hospitalización en el extranjero, se abonará además, con los justificantes oportunos, **los gastos de estancia de esta persona hasta 60 euros por día, sin que el total pueda exceder de 600 euros.**

19.6. Repatriación o transporte de Asegurado fallecido.

En caso de defunción del Asegurado, se organizará el transporte del cuerpo, desde el lugar del óbito hasta el de su inhumación en España, así como del regreso hasta su domicilio de las otras personas que lo acompañan, siempre que tengan condición de cónyuge, ascendientes (siempre que convivan en el mismo domicilio del Asegurado), o descendientes (en tanto dependan económicamente del Asegurado).

Quedan igualmente cubiertos los gastos del tratamiento post-mortem y acondicionamiento (tales como embalsamamiento y ataúd obligatorio para el traslado), conforme a requisitos legales, hasta un límite de 900 euros.

En cualquier caso, el coste del ataúd habitual y los gastos de inhumación y de ceremonia, no son a cargo de la Entidad Aseguradora.

19.7. Inmovilización en un hotel del Asegurado enfermo o herido.

Si el Asegurado enfermo o herido no puede regresar, por así estimarlo el Médico que lo trate, se organizará la prórroga de estancia en el hotel **hasta una cantidad de 60 euros diarios y con un total máximo de 600 euros.**

19.8. Envío de medicamentos al extranjero para el Asegurado enfermo o herido.

Se gestionará la localización y el envío de posibles medicamentos que sean de vital importancia y que no puedan ser obtenidos en el país donde se encuentre el Asegurado hospitalizado.

El coste de los medicamentos será siempre por cuenta del Asegurado.

19.9. Información sobre asistencia médica en el extranjero para el Asegurado enfermo o herido.

Si el Asegurado necesitara acudir particularmente a la consulta de un Médico en el lugar del país extranjero donde se encuentre, y

éste no dispusiera de la información suficiente para su localización, se le facilitarán los datos necesarios para que pueda acudir a una consulta médica.

19.10. Intérprete en caso de Enfermedad o Accidente en el extranjero.

Si, como consecuencia de Enfermedad grave o Accidente ocurrido en el extranjero cubierto por la Póliza, fuera necesaria la intervención de un intérprete en el lugar de ocurrencia, se pondrá a disposición del Asegurado un intérprete.

19.11. Gastos médicos

En caso de que, como consecuencia de Enfermedad grave o Accidente ocurrido en el extranjero y cubierto por la Póliza, el Asegurado precisase asistencia médica, la Entidad Aseguradora pondrá a su disposición el profesional o Centro Médico que le atienda y se hará cargo del coste **hasta el límite máximo cubierto por este servicio de Asistencia en Viaje.**

No comprende este servicio de Asistencia en Viaje los siguientes supuestos:

- Las prestaciones que no hayan sido solicitadas a través de la Central de Asistencia en Viaje, salvo en caso de fuerza mayor o de imposibilidad material demostrada.
- Las recaídas de Enfermedades existentes con riesgo de agravación brusca y conocidas por el Asegurado en el momento de iniciar el viaje.
- Los estados patológicos conocidos por el Asegurado y con antecedentes médicos, susceptibles de empeoramiento en caso de viaje.
- Los embarazos. No obstante, hasta el sexto mes, quedan cubiertos los casos de complicaciones imprevisibles.
- El rescate de personas en montaña, mar, desierto u otros lugares de difícil accesibilidad.

ARTÍCULO 20. SEGUNDA OPINIÓN MEDICA INTERNACIONAL

La Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado un servicio de segundo diagnóstico internacional, por el que podrá solicitar a través de la Entidad Aseguradora un informe de segunda opinión médica de la Enfermedad que padezca, así como recomendaciones diagnósticas y/o terapéuticas, a los Especialistas, centros asistenciales o académicos internacionales que a tal efecto la Entidad Aseguradora le facilite.

Este servicio cubrirá las siguientes Enfermedades graves:

- Cáncer.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Trasplantes de órganos.
- Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cardiovasculares.
- Insuficiencia renal crónica.
- Enfermedad idiopática de Parkinson (paralysis agitans).
- Enfermedad de Alzheimer.
- Esclerosis múltiple.

ARTÍCULO 21. COBERTURA DENTAL

La Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado, en todo el territorio nacional, un Servicio Odonto-Estomatológico por el que



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

podrá acceder a un Cuadro Médico de Odontólogos y Estomatólogos privados.

En este Cuadro Médico de Odontólogos y Estomatólogos podrá solicitar dos tipos de servicio:

- Servicios incluidos en su Póliza y a los que podrá acceder sin coste:

21.1. Primeras visitas

- Primera visita y entrega de presupuesto.
- Visita de revisión.
- Visita de urgencia

21.2. Odontología preventiva

- Curas.
- Educación bucodental.
- Enseñanza de técnicas de cepillado.
- Fluorizaciones.
- Selladores oclusales.
- Limpieza de boca. Tartrectomía - (ambas arcadas) sobre periodonto sano.
- Planificación de dieta para control de caries.
- Tinción e índice de placa.
- Tratamiento desensibilizante.

21.3. Radiología

- Radiografías Odontológicas (periapical, aleta, oclusal).
- Ortopantomografía (Panorámica Dental) (*).
- Telerradiografía Lateral o frontal de Cráneo (*).
- Radiografía de ATM (*).
- Serie radiográfica periodontal.

***Cobertura a través de Cuadro Médico Premaat. Requieren autorización**

21.4. Obturaciones

- Obturación provisional.
- Poste prefabricado o retención radicular.
- Pins o espigas en dentina.

21.5. Endodoncias

- Prueba de vitalidad (por limpieza)

21.6. Periodoncia

- Diagnóstico y sondaje.
- Tallado selectivo.
- Análisis oclusal.

21.7. Ortodoncia

- Primera visita para reconocer al paciente.
- Cajitas de ortodoncia.
- Visitas periódicas de revisión post-tratamiento.

21.8. Prótesis fija

- Recementado del mantenedor.
- Cementado o recementado de coronas o puentes (aplicable en la clínica que ha realizado la Prótesis).

21.9. Prótesis removible

- Composturas simples de Prótesis removibles (por pieza a colocar

o gancho no colado) (aplicable en la clínica que ha realizado la Prótesis).

- Compostura soldadura (cada una) (aplicable en la clínica que ha realizado la Prótesis).
- Soldar gancho o retenedor (aplicable en la clínica que ha realizado la Prótesis).
- Rebase de Prótesis removible (aplicable en la clínica que ha realizado la Prótesis).
- Rebase con resina o similares acondicionadores de forma provisional, en la Prótesis removibles (aplicable en la clínica que ha realizado la Prótesis).
- Ajustes oclusales sin montaje en articulador para Prótesis (aplicable en la clínica que ha realizado la Prótesis).
- Ajustes oclusales con montaje en articulador con toma de impresiones estudio oclusal (aplicable en la clínica que ha realizado la Prótesis).

21.10. Cirugía oral

- Retirar puntos.
- Extracciones que no precisen cirugía (excluidos cordales o piezas incluidas).
- Extracción complicada y/o sutura.
- Extracción diente temporal.
- Extracción por odontosección.
- Extracción de cordal semi incluido.
- Extracción de cordal (una sola pieza) (*).
- Quistectomía (quistes maxilares).
- Frenillo lingual o labial. Frenectomía.
- Toma de biopsia.
- Cirugía Menor (tejidos blandos) (*).
- Cirugía preprotésica (*).
- Apertura y drenaje abscesos (cada uno).

***Cobertura a través de Cuadro Médico Premaat. Requieren autorización.**

21.11. Implantología

- Estudio implantológico.
- Falso muñón de titanio.
- Tornillo de cicatrización.
- Tornillo de cementación.
- Férula quirúrgica.
- Férula radiológica.
- Revisiones implantología.

21.12. Patología articulación temporomandibular-ATM

- Análisis oclusal y tallado selectivo en paciente con interferencias.
- **El resto de servicios dentales requeridos por el Asegurado a esos profesionales, los abonará directamente a los mismos a los precios fijados en la Guía Médica Dental para este servicio odonto-estomatológico baremado.**

Todas las pruebas relacionadas en este Artículo 21 deberán ser prescritas por dentistas del Cuadro Médico Concertado.



PREMAAT

SEGUROS Y AHORRO

ARTÍCULO 22. CLUB VITA

La Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado, CLUB VITA (clubvita.avantsalud.es), una web con un amplio abanico de servicios de Medicina Estética, Terapias alternativas, entre otros, avalados por la garantía de calidad de Avantsalud.

22.1. ¿Qué es Avantsalud?

Avantsalud pertenece a hna Servicios Corporativos, Sociedad participada al 100% por Grupo hna con más de 70 años de experiencia en salud y bienestar.

Actualmente Avantsalud cuenta con más de 2,5 millones de usuarios repartidos por toda España, pertenecientes a diferentes compañías que confían en nosotros para cuidar la salud y el bienestar de sus clientes.

La característica principal y lo que hace diferente a Avantsalud es la calidad de los proveedores médicos con los que trabajamos. En Avantsalud siempre buscamos a los mejores profesionales y las técnicas más avanzadas para que los clientes puedan cuidarse sabiendo que están en buenas manos.

Ofrecemos la máxima garantía de calidad de todos nuestros servicios optimizando nuestras relaciones con los proveedores para conseguir siempre la mayor satisfacción del cliente en todos los ámbitos. Además, revisamos continuamente nuestro Cuadro Médico y proveedores basándonos en la experiencia de los usuarios para que siempre disfrutes de un servicio adecuado y satisfactorio.

22.2. Lo mejores precios y la mejor calidad en CLUB VITA

Los precios de todos nuestros servicios suponen un importante

descuento respecto a los precios medios de mercado, de un 30-40% en término medio, pudiendo llegar en ocasiones para determinados servicios al 60%. Simplemente por ser cliente de Premaat usted tendrá este descuento ya incluido en el precio final.

El coste de estos servicios será por cuenta del Asegurado, que abonará el coste de los servicios que elija, de acuerdo con los precios acordados por la Entidad Aseguradora con dichos centros y profesionales.

22.3. Equipo de atención al cliente especializado

Nuestro equipo de atención al cliente está especializado en todos nuestros servicios y le ayudará con cualquier duda o trámite que pueda necesitar. Se trata de un equipo multidisciplinar con amplios conocimientos de todos nuestros servicios y proveedores.

ARTÍCULO 23. SERVICIO MÉDICO TELEFÓNICO

La Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado un servicio médico telefónico permanente, atendido por Médicos de familia que le asesorarán sobre cualquier duda o consulta médica, cuyo teléfono aparece en el pie de página.

ARTÍCULO 24. SERVICIO DE CONSEJO PSICOLÓGICO TELEFÓNICO

La Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado, un servicio por el que recibirá el apoyo psico-emocional que precise, a través de una evaluación psicológica telefónica, ya sea de carácter inmediato o programada, de un psicólogo clínico, que le facilitará de forma personalizada y gratuita, consejos y orientaciones que no constituirán en ningún caso un diagnóstico clínico.

DISPOSICION FINAL

El Tomador/Asegurado reconoce recibir el presente condicionado general que acepta expresamente en todas sus partes, y de manera específica **las cláusulas limitativas de los derechos del Asegurado que se resaltan en letra "negrita"**.

Recibida copia y aceptado el condicionado general en todos sus términos





Juan Ramón Jiménez 15
28036 Madrid
T +34 915 720 812
F +34 915 710 901

premaat@premaat.es
www.premaat.es