

**PREVISIÓN MÉDICA, S.A.**  
Seguros de Asistencia Sanitaria

**Anexo I:**  
**Información previa a la solicitud de contratación de seguro de asistencia sanitaria.**

<p>1. Datos de la entidad aseguradora.</p>	<p>1.1 Denominación social <b>Compañía de seguros PREVISIÓN MÉDICA, S.A.</b> 1.2 Domicilio Social: Calle Liborio García 1-1º. 29005 Málaga 1.3 Clave de la entidad: C-353</p>
<p>2. Nombre del Producto.</p>	<p><b>2.1 Denominación: PÓLIZA BASE</b> Póliza de Asistencia Sanitaria sin servicios hospitalarios, que se puede contratar en dos tramos de edad (hasta 65 años y de 66 años en adelante).</p>
<p>3. Tipo de Seguro</p>	<p>3.1 Asistencia Sanitaria 3.2 Esta póliza cuenta con Asistencia Médica y, de las existentes en tarifa, se distingue por excluir todos los servicios que requieran acudir a clínicas y/o hospitales. 3.3 A diferencia de pólizas con mayor cobertura, ésta garantiza un amplio Cuadro Médico, tanto de especialistas, centros radiológicos, laboratorios de análisis, e incluso servicio de podología, etc., pero excluye incluso visita de urgencia, pruebas, tratamientos y todo lo que conlleve autorización para servicio clínico/hospitalario. 3.4 Detalle resumido de coberturas se ofrece en el punto 5 (Descripción de las garantías ofrecidas).</p>
<p>4. Cuestionario de Salud.</p>	<p>4.1 Definición: <b>Cuestionario o Declaración de Salud:</b> Formulario de preguntas, que forma parte del contrato de seguro, facilitado por el Asegurador al Tomador y/o Asegurado y cumplimentado y firmado por éste antes de la formalización de la Póliza, que tiene por objeto determinar su estado de salud y conocer las circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y en la contratación del seguro. Para más detalles puede verse el punto 6.- "Exclusiones de cobertura" de esta Guía.</p>
<p>5. Descripción de las garantías ofrecidas: 5.1.- Garantías:</p>	<p>La modalidad de PÓLIZA BASE garantiza los servicios que se detallan: <b>Medicina Primaria</b> <b>MEDICINA GENERAL.</b> Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos. Allí donde exista podrá prestarse el servicio domiciliario. <b>PUERICULTURA-PEDIATRÍA DE ZONA.</b> Para niños menores de 10 años con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil. <b>SERVICIO DE ENFERMERÍA.</b> En consultorio y a domicilio (en las localidades que esté contratado este servicio), si el enfermo guarda cama, y previa prescripción de un médico de la Entidad.</p>

### **Servicio de Urgencias**

Servicio de Urgencia Médica a Domicilio para Medicina General: Se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de urgencia (Medicina General y/o servicio de Enfermería), en las localidades que este servicio esté contratado y figure en el Cuadro Médico, de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza.

### **Especialidades Médicas**

**ALERGOLOGÍA.** Las Autovacunas son por cuenta del Asegurado.

**ANÁLISIS CLÍNICOS.**

**ANATOMÍA PATOLÓGICA.**

**APARATO DIGESTIVO.**

**CARDIOLOGÍA.**

**CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO.** Sólo consultas.

**DERMATOLOGÍA MÉDICA-QUIRÚRGICA Y**

**VENERELOGÍA.** Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos.

**ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN.**

**GERIATRÍA.**

**HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA.**

**MEDICINA INTERNA.**

**MEDICINA NUCLEAR.**

**NEFROLOGÍA.**

**NEUMOLOGÍA.**

**NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA.**

**NEUROLOGÍA.**

**OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA.**

**ODONTO-ESTOMATOLOGÍA.** Quedan cubiertas exclusivamente las curas estomatológicas y extracciones y las radiografías, excluyendo los empastes, prótesis, ortodoncias.

**OFTALMOLOGÍA.**

**ONCOLOGÍA.** Sólo consultas.

**OTORRINOLARINGOLOGÍA.**

**PODOLOGÍA.**

**PSIQUIATRÍA.**

**RADIODIAGNÓSTICO.**

**REHABILITACIÓN.**

**REUMATOLOGÍA.**

**TRAUMATOLOGÍA.**

**UROLOGÍA.**

### **Medicina Preventiva:**

Deberán ser solicitados por médicos de la Entidad y se practicarán en los centros designados por la misma.

### **OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA:**

Chequeo ginecológico. Revisión anual incluyendo visita, informe, citología, ecografía y mamografía, si procede. Periodo de carencia TRES MESES.

### **UROLOGÍA:**

Chequeo urológico. Revisión anual incluyendo visita, informe, ecografía renal y vésico-prostática y P.S.A. (antígeno prostático específico), si procede. Periodo de carencia TRES MESES.

### **CARDIOLOGÍA:**

Chequeo cardiológico. Revisión anual incluyendo visita, informe, exploración cardiovascular, electrocardiograma, analítica y si procede, prueba de esfuerzo y ecocardiograma.

Periodo de carencia TRES MESES.

**Medios de Diagnóstico:**

Deberán ser solicitados por médicos de la entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma, estando excluidos los contrastes y radiofármacos utilizados, corriendo estos por cuenta del asegurado.

**RADIODIAGNÓSTICO.** Incluye las técnicas habituales tales como Densitometría Ósea, Ecografía, Mamografía, y Radiología no Intervencionista. Periodo de carencia de TRES MESES.

**SERVICIO DE LABORATORIO.** Todo tipo de Análisis Clínicos, anatomopatológicos y biológicos sin periodo de carencia y los hormonales con un periodo de carencia de TRES MESES, previa prescripción de un Médico de la Entidad, excepto estudios preventivos.

**TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERIZADA (TAC o SCANNER).** Periodo de carencia de SEIS MESES.

**RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR (R.M.N.).** Periodo de carencia de SEIS MESES.

**DIAGNÓSTICO CARDIOLÓGICO.** Electrocardiograma, Pruebas de Esfuerzo, Ecocardiograma, Holter, Doppler. Periodo de carencia de TRES MESES.

**NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA.** Incluye las técnicas habituales tales como: electroencefalograma, electromiograma, potenciales evocados. Periodo de carencia de TRES MESES.

**Tomografía de Coherencia Óptica (OCT).** Se prestará bajo prescripción de un especialista en oftalmología, en centro designado por la entidad y siempre acompañado de autorización previa de la Compañía. Periodo de carencia de SEIS MESES.

**Tratamientos**

Deberán ser solicitados por médicos de la Entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma.

**VENTILOTERAPIA Y AEROSOLES.** Periodo de carencia TRES MESES.

**FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN.** Se prestará 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 postraumáticas, siempre que las mismas hayan sido contraídas con posterioridad a la firma de la Póliza. Existiendo una limitación de 20 sesiones por año. Se excluyen los tratamientos rehabilitadores de carácter neurológico, así como la rehabilitación acuática. Periodo de carencia de SEIS MESES.

**OXIGENOTERAPIA A DOMICILIO.** Bajo prescripción médica durante un periodo máximo de 30 días. Periodo de carencia de TRES MESES.

**Otros Servicios:**

**PODÓLOGO EN CONSULTORIO.**

**PSICOLOGÍA.** Se prestará bajo la prescripción de un psiquiatra y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica. La atención será individualizada y con carácter temporal. Se limita su cobertura a una sesión semanal con un límite de 20 sesiones al año. Periodo de carencia de seis meses.

**PREPARACIÓN AL PARTO.** Sesiones de preparación al parto

POLIZA BASE

	<p>en centro designado por la Entidad, previa autorización por escrito de la misma. Periodo de carencia de SEIS MESES.</p> <p><b>SERVICIOS DE ORIENTACION TELEFONICA.</b> Ofrecida a través de nuestro teléfono de atención permanente número <b>902 158 664</b> para llamadas realizadas desde España.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Orientación Médica.</b></li> <li>• <b>Orientación Social.</b></li> <li>• <b>Orientación Psicológica.</b></li> <li>• <b>Segunda Opinión Médica.</b></li> </ul> <p><b>Como garantías accesorias opcionales, le ofertamos: LÁSER EXCÍMER PARA LA CORRECCIÓN DEL ASTIGMATISMO, HIPERMETROPÍA Y MIOPIA.</b> Se prestará con carácter ambulatorio, en los centros designados por la compañía. Franquicia a cargo del Asegurado de 900€ por cada ojo. No existe periodo de carencia.</p>
<p>6. Exclusiones de cobertura.</p>	<p>6.1. <b>Necesidad de veracidad en el contenido declarado en dicho cuestionario de salud.</b> Quedan excluidos de la cobertura de este seguro: La Asistencia Sanitaria de toda clase de enfermedades, lesiones, defectos o condiciones médicas preexistentes y sus consecuencias, así como las congénitas y las que sean consecuencia de accidentes o enfermedades y sus secuelas, siempre que sean anteriores a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza y fuesen conocidas por el Tomador del seguro o Asegurado, aun cuando no se hubiera establecido un diagnóstico concreto, y no se hubieran declarado. Quedan a salvo de esta exclusión dichas enfermedades, lesiones, condiciones médicas, defectos o deformaciones cuando hayan sido declaradas por el Tomador o Asegurado en el Cuestionario de salud y expresamente aceptada su cobertura por el Asegurador en Condiciones Particulares. Asimismo, esta exclusión no afectará a los Asegurados incorporados a la póliza desde su nacimiento.</p> <p>6.2. La Asistencia Sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de riñas/agresiones, guerras, motines, revoluciones, represiones y maniobras militares, aún en tiempos de paz y terrorismo, en cualquiera de sus formas; las causados por epidemias declaradas oficialmente; las que guarden relación directa o indirecta con contaminaciones químicas, biológicas, con radiación nuclear o contaminación nuclear o radiactiva, así como las que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y fenómenos sísmicos o meteorológicos).</p> <p>6.3. La Asistencia Sanitaria que se precise como consecuencia de las enfermedades o lesiones producidas durante la práctica como aficionado o profesional de actividades de alto riesgo como: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, quad, hípica, parapente, puenting, barranquismo, toreo y encierro de reses bravas, deportes de aventura, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.</p> <p>6.4. La Asistencia Sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte incluidos los entrenamientos.</p> <p>6.5. La Asistencia Sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción o intoxicaciones debidas al abuso de alcohol, psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos,</p>

POLIZA BASE

intento de suicidio y autolesiones, así como la Asistencia Sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por el dolo, negligencia o imprudencia del Asegurado.

6.6. 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.

6.7. La Medicina y chequeos de carácter preventivo (salvo los detallados en el Anexo de Servicios de la póliza). Los productos farmacéuticos fuera del régimen de hospitalización y también queda excluido todo tipo de vacunas y autovacunas (salvo los detallados en el Anexo de Servicios de la póliza).

6.8. La interrupción voluntaria del embarazo en cualquier supuesto, así como las pruebas diagnósticas relacionadas con dicha interrupción. También está excluido el tratamiento de la esterilidad e infertilidad y las técnicas de fecundación asistida. Está excluido el tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil.

6.9. La cirugía estética y cualquier otro tratamiento, infiltración o actuación que tenga una finalidad estética y/o cosmética, a no ser que existiera un defecto funcional de la parte afectada (no siendo válidas las razones puramente psicológicas). Quedan asimismo excluidos los tratamientos de varices con fin estético, las curas de adelgazamiento y los tratamientos dermoestéticos en general, incluidos los tratamientos capilares.

6.10. El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos, la psicoterapia individual o en grupo y cualquier método de asistencia psicológica (salvo los detallados en el Anexo de Servicios de la póliza).

6.11. La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar, así como los ingresos hospitalarios derivados de procesos terminales.

6.12. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto los indicados en el Anexo de Servicios de la Póliza. La Aseguradora no se hace cargo de la conservación, traslado y del órgano a trasplantar.

6.13. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, cualquier tipo de material ortopédico, materiales biológicos o sintéticos, injertos y el corazón artificial; salvo las que figuran expresamente incluidas en el Anexo de Servicios de la póliza que figura en las Condiciones Particulares.

6.14. Cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia genética, estudios para la determinación del mapa genético y cualesquiera otras técnicas genéticas, con la exclusiva excepción de aquellas que figuren expresamente incluidas en el Anexo de Servicios de la Póliza que figura en las Condiciones Particulares.

6.15. Las terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturoterapia, homeoterapia, quiromasaje, drenaje linfático, mesoterapia, gimnasia, osteoterapia, hidroterapia, oxigenoterapia trifásica, presoterapia, ozonoterapia, y otras prestaciones similares y especialidades no reconocidas oficialmente. Además, quedan excluidos los tratamientos quirúrgicos con técnicas

de radiofrecuencia.

6.16. La Asistencia Sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, la derivada de la utilización de vehículos a motor cubierta por el Seguro del Automóvil de Suscripción Obligatoria, salvo que se especifique lo contrario en las Condiciones Particulares de la Póliza.

6.17. Los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada en centros de la Seguridad Social o centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con el Asegurador y no haya existido autorización previa para su uso.

6.18. Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase.

6.19. La cirugía robótica y los tratamientos que usan láser, salvo los detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

6.20. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta, cuando se convierta 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 diverso origen. Queda excluida la estimulación precoz.

6.21. Los tratamientos de Logopedia y foniatría.

6.22. Tratamientos de diálisis y hemodiálisis.

6.23. La asistencia sanitaria derivada de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades relacionadas con éste.

6.24. Cirugía de cambio de sexo.

6.25. Los gastos de viaje y desplazamientos incluso servicio de ambulancia.

6.26. Las estancias y tratamientos en centros hospitalarios/no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, centros spa, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares, aunque sean prescritos por un facultativo, así como los ingresos relacionados con el ocio, descanso y los tratamientos dietéticos.

6.27. Quedan expresamente excluidos todos aquellos procedimientos diagnósticos o terapéuticos cuya seguridad y eficacia clínicas no estén debidamente contrastadas científicamente o hayan quedado 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 y los que consistan en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. Los tratamientos en balnearios y curas de reposo aunque sean prescritos por un facultativo.

**El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:** En caso de inexactitud por parte del Tomador del seguro o, en su caso, del Asegurado, a la hora de declarar el riesgo (cumplimentar el Cuestionario de Salud) antes de la suscripción de la póliza, ya sea no respondiendo con veracidad, ya sea ocultando de manera consciente

POLIZA BASE

	<p>circunstancias relevantes, ya sea no observando la debida diligencia para proporcionar los datos que se le pidan y siempre y cuando haya mediado dolo o culpa grave del Tomador del seguro o, en su caso, del Asegurado.</p>
<p>7.- Condiciones, plazos y vencimientos de las primas.</p> <p>7.1.- Cuestiones generales.</p> <p>7.2.-Comunicación anual del vencimiento de las primas y actualizaciones.</p>	<p>7.1. La prima anual se puede fraccionar, sin recargo alguno, a pagos semestrales, trimestrales o mensuales y se domiciliarán en la entidad bancaria que aporte el Tomador del Seguro.</p> <p>7.2. Las primas de esta Póliza se han calculado siguiendo métodos matemáticos que prevén una provisión técnica de envejecimiento y que aplica un suplemento de prima destinado a constituir un margen de seguridad suficiente.</p> <p>De acuerdo con lo establecido en la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Asegurador fijará anualmente las primas a aplicar en cada anualidad, en función de los cálculos técnico-actuariales realizados, adaptándolas a la variación de costes de los servicios sanitarios, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del contrato u otros hechos de similares consecuencias. Dichas primas y franquicias serán comunicadas al Tomador del seguro antes del vencimiento del periodo de cobertura del seguro en curso.</p> <p>El Tomador del seguro, recibida, en su caso, la comunicación escrita del Asegurador relativa a la variación de la cuantía de las primas para la siguiente anualidad, lo que habrá de notificarse con una antelación mínima de dos meses a la fecha de su efectividad, podrá optar entre la prórroga del contrato de seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o la extinción del mismo al vencimiento del periodo de seguro en curso. En este último caso, el Tomador del seguro deberá comunicar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.</p> <p>La aceptación por el Tomador del seguro de las nuevas condiciones del contrato se entenderá realizada con el pago del primer recibo de prima, correspondiente al nuevo período de la prórroga.</p> <p>La Entidad podrá actualizar anualmente las prestaciones y garantías teniendo en consideración lo dispuesto en la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, 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.</p> <p>El Tomador del seguro, recibida, en su caso, 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 habrá de notificarse con una antelación mínima de dos meses a la</p>

POLIZA BASE

<p>7.3.- Tarifas de prima. Identificación de los factores de riesgo a considerar en el cálculo de la prima.</p> <p>7.4.- Condiciones de resolución y oposición a la prórroga.</p> <p>7.5.- Derecho de rehabilitación.</p>	<p>fecha de su efectividad, 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 periodo de seguro en curso. En este último caso, el Tomador del seguro deberá notificar por escrito al Asegurador su voluntad de dar por finalizada a su término la relación contractual.</p> <p>El pago del primer recibo correspondiente a la prima del periodo de prórroga en curso supondrá la aceptación por el Tomador del seguro del conjunto de las nuevas condiciones del contrato de seguro.</p> <p>De igual modo, se informará en cada renovación, de las actualizaciones de capitales asegurados, prestaciones y cuadro médico.</p> <p>7.3. En las sucesivas renovaciones de la póliza, los factores de riesgo objetivos que se tendrán en cuenta para determinar la prima aplicable calcularán siguiendo métodos matemáticos que prevén una provisión técnica de envejecimiento y que aplica un suplemento de prima destinado a constituir un margen de seguridad suficiente.</p> <p>Para consultar la tarifa en vigor cada año, correspondiente a todos los tramos de edad y coberturas, se puede acceder a <a href="http://www.previsionmedica.com/tarifas">http://www.previsionmedica.com/tarifas</a> estando también, a disposición del asegurado, en las oficinas de la entidad. Estas tarifas referidas serán tarifas estándar de contratación (sin aplicación de bonificaciones, descuentos o recargos especiales).</p> <p>La entidad comunicará al tomador la modificación de la estructura de tramos de edad existente el momento de la contratación.</p> <p>7.4. El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con la Ley de Contrato de Seguro, se prorrogará tácitamente por períodos no superiores al año. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con una antelación no inferior a dos meses respecto de la fecha de conclusión del período en curso.</p> <p>El Asegurador no podrá oponerse a la prórroga después del tercer vencimiento anual de la Póliza, con la excepción de los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del Tomador del seguro y/o Asegurado y de existencia de dolo o culpa grave del Asegurado en las respuestas inexactas proporcionadas en el Cuestionario de Salud.</p> <p>El Asegurador no podrá oponerse a la prórroga, en los casos de edad avanzada y/o enfermedad grave, según las condiciones expuestas en el anexo II de la presente guía de buenas prácticas.</p> <p>7.5. En caso de falta de pago de la segunda y/o sucesivas primas, la cobertura del Asegurador quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el contrato queda extinguido. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme</p>
---	--



POLIZA BASE

<p>7.6.- Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador.</p>	<p>a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador del seguro pague la prima. Si la prima no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.</p> <p>7.6. Dentro del Cuadro Médico de la Póliza Salud, el asegurado podrá elegir libremente el prestador de la asistencia sanitaria entre los concertados para cada especialidad, prueba o acto médico, y acceder a sus servicios con los límites y condiciones establecidos en la póliza y con la autorización previa de la aseguradora en los casos en los que ésta sea requerida. A tal efecto, está disponible en la página web de PREVISIÓN MÉDICA S.A. (<a href="http://www.previsionmedica.com">www.previsionmedica.com</a>)</p>
<p>8.- Tributos repercutibles.</p>	<p>En la actualidad, el recargo de liquidación en relación con los tributos repercutibles en cada momento al asegurado es del 1,5 por mil de la prima.</p>
<p>9.- Instancias de reclamación.</p>	<p>En aplicación a lo dispuesto en la Ley General de Seguros, esta Compañía dispone del "Servicio de Atención Al Cliente", donde el Tomador del Seguro o en su defecto una persona legitimada, podrá presentar sus reclamaciones.</p> <p>Medios de reclamación:</p> <p><b>Sistema de reclamación interna de la compañía:</b> En las oficinas del Asegurador existe un Departamento de Atención al Cliente en el que se podrán realizar las consultas y reclamaciones que el cliente estime oportunas a través de las hojas de reclamación interna que les serán facilitadas en las oficinas del asegurador. El funcionamiento del mismo es el siguiente: El cliente que desee realizar alguna consulta o reclamación tiene que rellenar y entregar uno de los formularios creados para tal fin. Una vez cumplimentados se procederá al registro de la reclamación entregando copia sellada al cliente. Esta reclamación será estudiada por el Departamento de Atención al Cliente. Se dará respuesta al asegurado en el plazo máximo de 30 días hábiles mediante correo certificado. El sistema de reclamación interna es requisito previo indispensable para poder acudir posteriormente a otras vías.</p> <p><b>Comisionado para la Defensa del Cliente de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones.</b> Conforme al procedimiento que establece el Reglamento de Ordenación de los Seguros Privados.</p> <p><b>Jurisdicción Ordinaria:</b> Acudir a los Tribunales de Justicia sometiendo a los mismos la reclamación producida.</p>
<p>10.- Legislación aplicable.</p>	<p>La legislación aplicable al contrato de seguro concertado 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.</p>
<p>11.- Régimen fiscal.</p>	<p>Serán deducibles: Las primas de seguro de enfermedad satisfechas por el autónomo para él, su cónyuge o hijos menores de 25 años que convivan en el domicilio familiar, con un máximo de 500 euros por persona.</p> <p>Art. 30.2.5 redactado Ley 26/2014 de la ley del IRPF.</p>

## Anexo II:

### **Limitaciones a la oposición a la prórroga por parte de las entidades aseguradoras en los Contratos de Seguro con Particulares en la modalidad de prestación de Asistencia Sanitaria con cuadro médico en casos de edad avanzada o enfermedades graves.**

Los contratos de seguro de salud con particulares en la modalidad de prestación de servicios con cuadro médico suelen ser contratos de duración anual que se prorrogan automáticamente por otra anualidad si ninguna de las partes se opone a la misma. Esta posibilidad de oposición a la prórroga es una facultad que las entidades aseguradoras sólo ejercitan excepcionalmente en casos extremos y graves por mal uso de la póliza pero nunca por exceso de siniestralidad o edad. No obstante lo anterior, la entidad aseguradora adherida a la presente Guía no se opondrá a la prórroga del contrato en los supuestos recogidos en este anexo y siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. No oponerse a la prórroga de contratos de seguro que tengan asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato de las que se enumeran a continuación:
  - Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
  - Insuficiencia renal aguda.
  - Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
  - Hepatopatías crónicas (Excluidas las de origen alcohólico).
  - Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardiaca.
  - Degeneración macular.
2. No ejercitar oposición a la prórroga respecto de contratos de seguro que tengan asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 o más años.
3. Los compromisos anteriores no serán de aplicación o quedarán sin efecto en aquellos supuestos en los que:
  - El asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.
  - Se produjese impago de la prima o negativa a aceptar su actualización por parte del tomador.
4. La renuncia por parte de la compañía a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza requiere, de forma inexcusable, que el tomador acepte la prima y la participación en el coste de los servicios que le correspondan, y que la aseguradora podrá actualizar periódicamente para adecuarlos a la evolución de los costes del seguro, siempre conforme a criterios actuariales y dentro de los límites de la ley y del contrato.