

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 Compañía de seguros PREVISIÓN MÉDICA, S.A. 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>2.1 Denominación: PÓLIZA ESTÁNDAR Póliza de Asistencia Sanitaria y con servicios hospitalarios incluidos, que se puede contratar hasta la edad de 65 años.</p>
<p>3. Tipo de Seguro</p>	<p>3.1 Asistencia Sanitaria 3.2 Esta póliza incluye Clínicas y Hospitales para urgencias, intervenciones quirúrgicas y hospitalización médica (conforme a lo que se detalla en las Condiciones Generales de la misma). A diferencia de pólizas con coberturas más limitadas, como, por ejemplo, la póliza base que no ofrece servicios hospitalarios de ningún tipo, en la Póliza Estándar se garantiza un amplio Cuadro Médico, tanto de especialistas, centros radiológicos, laboratorios de análisis y los mejores hospitales y clínicas con servicio de urgencias, ingresos, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, UCI, etc., para poder ofrecerle la mejor asistencia médico-quirúrgica a su servicio. 3.3 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: Cuestionario o Declaración de Salud: Formulario de preguntas, que forma parte del contrato de seguro, facilitado por el Asegurador al Tomador y/o Asegurado, 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:</p> <p>5.1.- Garantías:</p>	<p>La modalidad de PÓLIZA ESTÁNDAR garantiza los servicios que se detallan:</p> <p>Medicina Primaria MEDICINA GENERAL. Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos. PUERICULTURA-PEDIATRÍA DE ZONA. Para niños menores de 10 años con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos. Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.</p>

SERVICIO DE ENFERMERÍA. 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.
MATRONA. Todo tipo de visitas, actos, y asistencia a partos en Clínicas del cuadro médico de la Entidad.

Servicio de Urgencias

ASISTENCIA PERMANENTE DE URGENCIA. Se prestará en los centros concertados por el Asegurador y que figuran en el Cuadro Médico.

SERVICIO DE AMBULANCIA. Se prestará en caso de necesidad Urgente y justificada para el traslado del enfermo a las clínicas de urgencias de la Entidad para ser intervenido quirúrgicamente, dentro y fuera del término municipal, con ámbito provincial.

SERVICIO DE URGENCIA A DOMICILIO DE MEDICINA GENERAL. Se facilitará el servicio a domicilio por los servicios permanentes de guardia (Medicina General y/o servicio de Enfermería), de conformidad con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza. Allí donde exista, podrá prestarse el servicio domiciliario.

ASISTENCIA PERMANENTE DE URGENCIA A DESPLAZADOS EN ESPAÑA. Servicio de Urgencia que se prestará, dentro del territorio nacional y en las capitales de provincia, a todo Asegurado que se desplace temporalmente fuera de la provincia, en las condiciones establecidas en la Póliza. Para la utilización del servicio deberá recoger en las oficinas de la Compañía la oportuna tarjeta de Desplazados con anterioridad a cada desplazamiento.

ASISTENCIA PERMANENTE DE URGENCIA MÉDICA EN EL EXTRANJERO. Llamando al 34.91.514.00.56 para llamadas realizadas desde fuera de España. Ver detalle de esta garantía complementaria en las condiciones generales de la Póliza.

Especialidades Médicas

ALERGOLOGÍA. Las Autovacunas son por cuenta del Asegurado.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN. Toda clase de anestésicos prescritos por médicos de la Entidad, incluida la anestesia epidural, en los servicios cubiertos por la póliza.

ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR.

APARATO DIGESTIVO.

CARDIOLOGÍA.

CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.

CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO.

CIRUGÍA MAXILOFACIAL.

CIRUGÍA PEDIÁTRICA.

CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA. Excluida la cirugía puramente estética.

CIRUGÍA TORÁCICA.

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.
NEUROCIRUGÍA.
NEUROFISIOLOGIA CLÍNICA.
NEUROLOGÍA.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. Incluida la vigilancia al embarazo así como la asistencia por Médico Tocólogo en todo tipo de partos, auxiliado por matrona, siempre que se hayan cumplido los plazos de carencia correspondientes.

ODONTO-ESTOMATOLOGÍA. Quedan cubiertas exclusivamente las curas estomatológicas y extracciones y las radiografías, excluyendo los empastes, prótesis, ortodoncias y limpieza de boca, salvo que ésta última sea prescrita por otro facultativo de la propia entidad.

OFTALMOLOGÍA.

ONCOLOGÍA. Visitas en consulta. Se excluyen los tratamientos oncológicos.

OTORRINOLARINGOLOGÍA.

PODOLOGÍA.

PSIQUIATRÍA. Excluidos cualquier tipo de Test, tratamiento de drogadicción y alcoholismo, y terapias tanto de grupo como individuales.

REHABILITACIÓN.

REUMATOLOGÍA.

TRAUMATOLOGÍA.

UROLOGÍA.

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 los estudios preventivos.

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

ENDOSCOPIAS. Excluida la técnica de la cápsula endoscópica. Periodo de carencia de SEIS MESES.

POLISOMNOGRAFÍA. Exclusivamente para el estudio del síndrome de la apnea obstructiva del sueño. Periodo de carencia de OCHO MESES.

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

ISÓTOPOS RADIOACTIVOS. Como medio complementario de diagnóstico, y siendo el producto utilizado a cargo del

Asegurado. Periodo de carencia de SEIS MESES.
RADIOLOGÍA VASCULAR E INTERVENCIONISTA. Tal como Arteriografía Digital, siendo el producto utilizado a cargo del Asegurado. Periodo de carencia de SEIS MESES.
TRIPLE SCREENING (CRIBAJE BIOQUÍMICO). Periodo de carencia OCHO 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.

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.

HIPERTEMIA PROSTÁTICA. Periodo de carencia de 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. Asimismo, también se prestará en el centro hospitalario mientras el Asegurado deba estar ingresado a causa de una cobertura amparada en la Póliza. Existiendo una limitación de 30 sesiones por año y/o siniestro. Se excluyen los tratamientos rehabilitadores de carácter neurológico, así como la rehabilitación acuática. Periodo de carencia de SEIS MESES.

LASERTERAPIA. Se realizará previa prescripción de un especialista de la Entidad, en tratamientos no quirúrgicos del aparato locomotor y oftalmología. Periodo de carencia de SEIS MESES.

OXIGENOTERAPIA A DOMICILIO Y EN CENTRO ASISTENCIAL. Periodo de carencia de TRES MESES. Límite máximo 30 días por asegurado.

LITOTRIZIA Y LITIASIS RENAL O BILIAR. El tratamiento de los cálculos renales o biliares por ondas de choque en un Centro Sanitario designado por la Compañía, previa prescripción por escrito de un Médico de la misma. Periodo de carencia de SEIS MESES.

TRANSFUSIONES DE SANGRE Y/O PLASMA. A cargo de la Entidad el Acto Médico de la transfusión en todos los casos, así como la sangre y/o plasma a transfundir dentro del Sanatorio.

HEMODIÁLISIS Y RIÑÓN ARTIFICIAL. Exclusivamente para el tratamiento de las insuficiencias renales agudas y con función renal normal previa, durante un período máximo de 10 sesiones por siniestro. Quedan excluidos de dicho tratamiento los procesos crónicos. Periodo de carencia de OCHO MESES.

CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DE LA MIOPIA Y TRANSPLANTE DE CÓRNEA. La cornea a trasplantar será por cuenta del Asegurado.

Hospitalización

Todos los servicios de hospitalización deberán ser solicitados por médicos de la Entidad y los ingresos se efectuarán en Clínicas designadas por la Compañía.

HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA.

Las intervenciones quirúrgicas cuya índole lo requieran serán practicadas en Clínica designada por la Entidad, ocupando el enfermo habitación individual con cama de acompañante y siendo cuenta de la Entidad las estancias, manutención del enfermo, curas y su materia (excluido material laparoscópico), así como los gastos de uso quirófano o sala de partos, productos anestésicos y medicamentos empleados en él. También serán de cuenta de la Entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el Sanatorio. Se incluye en caso de necesidad la estancia en incubadora del recién nacido. El periodo de carencia para la hospitalización quirúrgica es de SEIS MESES.

HOSPITALIZACIÓN EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (U.C.I.).

El internamiento en Unidades de Cuidados Intensivos que exija el tratamiento de enfermedades y afecciones cardiovasculares y de cualquier otra etiología, a juicio del facultativo de la Entidad responsable de la asistencia en centros designados por la Entidad, y durante un periodo máximo de 48 horas por proceso, haciéndose cargo el asegurado de la factura de los medicamentos suministrados en UCI. Están excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. Periodo de carencia de DIEZ MESES.

HOSPITALIZACIÓN PARA OBSERVACIÓN MÉDICA.

El tratamiento en un Centro Sanitario designado por la Compañía, previa prescripción por escrito de un facultativo de la misma. El Asegurado tiene derecho a habitación individual con cama de acompañante, siendo a cuenta de la Entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el sanatorio, estando excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. No obstante lo establecido, la Entidad limita la cobertura en un máximo de 3 días por año, siendo el Asegurado propio asegurador de los gastos ocasionados con posterioridad a dicho límite. Periodo de carencia de SEIS MESES.

HOSPITALIZACIÓN MÉDICA.

El tratamiento en un Centro Sanitario designado por la Compañía, previa prescripción por escrito de un facultativo de la misma, de alguna de las siguientes enfermedades: infartos de miocardio o insuficiencias coronarias, estados comatosos reversibles, hemorragias internas o insuficiencias respiratorias agudas por afecciones no infecciosas. El Asegurado tiene derecho a habitación individual con cama de acompañante, siendo a cuenta de la Entidad los medicamentos que el enfermo consuma durante su estancia en el sanatorio, estando excluidos los internamientos fundados en problemas de tipo social. La Entidad limita la

POLIZA ESTANDAR

	<p>cobertura a un máximo de 30 días por proceso anual, siendo el Asegurado propio asegurador de los gastos ocasionados con posterioridad a dicho límite. Periodo de carencia de DIEZ MESES.</p> <p>HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA. Para el tratamiento de algunas de las siguientes enfermedades: deshidrataciones, estados comatosos reversibles, hemorragias internas o insuficiencias respiratorias agudas por afecciones no infecciosas. El Asegurado tiene derecho a habitación individual con cama de acompañante, así como la incubadora si la precisara, estando incluidos los gastos de medicación. Se excluyen los internamientos de tipo social. Periodo de carencia de DIEZ MESES.</p> <p>HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA. El tratamiento en un Centro Psiquiátrico designado por la Compañía, previa prescripción por escrito de un facultativo de la misma, exclusivamente las crisis esquizofrénicas y trastornos mentales en fase aguda que no puedan tratarse en el domicilio del paciente y precisen internamiento, sin cama de acompañante. Se excluyen los gastos de medicación durante el periodo de hospitalización. Periodo máximo de cobertura 30 días al año. Periodo de carencia de DIEZ MESES.</p> <p>INCUBADORA EN CLÍNICA.</p> <p><u>Otros Servicios:</u></p> <p>PODÓLOGO EN CONSULTORIO. ASISTENCIA SANITARIA QUE EXIJA EL TRATAMIENTO DE ACCIDENTES LABORALES, PROFESIONALES Y LOS AMPARADOS POR EL SEGURO OBLIGATORIO DE AUTOMÓVILES. Siempre que exista un tercero identificable civilmente responsable, la Entidad quedará subrogada en todos los derechos y acciones del Asegurado o del Tomador.</p> <p>SERVICIOS DE ORIENTACION TELEFONICA. Ofrecida a través de nuestro teléfono de atención permanente número 902 158 664 para llamadas realizadas desde España.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación Médica. • Orientación Social. • Orientación Psicológica. • Segunda Opinión Médica. <p>Como garantías accesorias opcionales, le ofertamos: LÁSER EXCÍMER PARA LA CORRECCIÓN DEL ASTIGMATISMO, HIPERMETROPÍA Y MIOPÍA. Se prestará con carácter ambulatorio, en los centros designados por la compañía. Franquicia a cargo del Asegurado de 1.000€ por cada ojo. No existe periodo de carencia.</p>
<p>6. Exclusiones de cobertura.</p>	<p>6.1. Necesidad de veracidad en el contenido declarado en dicho cuestionario de salud. 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</p>

POLIZA ESTANDAR

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.

6.2. Los daños físicos que sean consecuencia de guerras, motines, revoluciones y terrorismo; los causados por epidemias declaradas oficialmente; los que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación nuclear, así como los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y fenómenos sísmicos o meteorológicos).

6.3. La Asistencia Sanitaria que se precise como consecuencia de las enfermedades o lesiones producidas durante la práctica como aficionado o profesional de las siguientes actividades de alto riesgo como: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, hípica, toreo y encierro de reses bravas, deportes de aventura, parapente, puenting, barranquismo, o cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.

6.4. La Asistencia Sanitaria derivada de la práctica profesional de cualquier deporte.

6.5. La Asistencia Sanitaria derivada de procesos crónicos o abusos de alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, y autolesiones, así como la Asistencia Sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por el dolo del Asegurado.

6.6. SIDA, su tratamiento y las enfermedades causadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

6.7. 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.

6.8. La Medicina y chequeos de carácter preventivo (salvo los detallados en el Anexo de Servicios de la póliza).

También queda excluido todo tipo de vacunas y autovacunas.

6.9. 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 y las técnicas de fecundación asistida.

6.10. 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.

6.11. El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos, la psicoterapia

POLIZA ESTANDAR

individual o en grupo y cualquier método de asistencia psicológica (salvo los detallados en el Anexo de Servicios de la póliza).

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

6.13. 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 órgano a trasplantar.

6.14. 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.

6.15. Los estudios de carácter genético.

6.16. La Asistencia Sanitaria que exija el tratamiento por enfermedades o accidentes laborales, profesionales y en competiciones deportivas, 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.

6.18. Los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando se haya conseguido la recuperación funcional o el máximo posible de ésta.

6.19. Tratamientos de diálisis y hemodiálisis salvo en aquellos casos que figuran expresamente incluidos en el Anexo de Servicios de la póliza que figura en las Condiciones Particulares.

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

6.21. Cirugía de cambio de sexo.

6.22. 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.

POLIZA ESTANDAR

	<p>El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada: En caso de reserva o 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 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. En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador, y han actuado con mala fe. Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la prima, salvo pacto en contrario. Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe 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>7.3.- Tarifas de prima. Identificación de los factores de riesgo a considerar en el cálculo de la prima.</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>La Entidad podrá modificar anualmente las primas teniendo en consideración lo dispuesto en la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, fundamentándose la misma en los cálculos técnico-actuariales realizados y basados en las modificaciones de los costes asistenciales, de los servicios, de los capitales garantizados y en las innovaciones tecnológicas de incorporación necesaria. Cada vez que se modifiquen las primas del presente Contrato, se emitirá a tal efecto el suplemento en el cual se haga constar la nueva prima, con una antelación de dos meses a la fecha de su efectividad, suponiendo el pago de la nueva prima la aceptación de los valores expresados. De no aceptarse la modificación de la prima, la póliza quedará extinguida en la fecha de efecto de la nueva prima.</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 se 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. Para consultar la tarifa en vigor cada año, correspondiente a todos los tramos de edad y coberturas, se puede acceder a http://www.previsionmedica.com/tarifas 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</p>

POLIZA ESTANDAR

<p>7.4.- Condiciones de resolución y oposición a la prórroga.</p> <p>7.5.- Derecho de rehabilitación.</p> <p>7.6.- Límites y condiciones relativos a la libertad de elección del prestador.</p>	<p>especiales). 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. El Asegurador no podrá oponerse a la prórroga, según las condiciones expuestas en el anexo II de la presente guía de buenas prácticas, en los casos de edad avanzada o enfermedades graves. La póliza será indisputable transcurridos dos años desde la conclusión del contrato, salvo que el Tomador haya actuado con dolo o tuviera conocimiento de afección anterior a la firma del contrato, no reseñada en la solicitud-cuestionario.</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 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. En cualquier caso, el Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del periodo en curso.</p> <p>7.6. Dentro del Cuadro Médico de la Póliza Estándar, 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.(www.previsionmedica.com)</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>

POLIZA ESTANDAR

	<p>Medios de reclamación:</p> <p>Sistema de reclamación interna de la compañía: 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>Comisionado para la Defensa del Cliente de la Dirección General de Seguros y Fondo de Pensiones. Conforme al procedimiento que establece el Reglamento de Ordenación de los Seguros Privados.</p> <p>Jurisdicción Ordinaria: 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. Art. 30.2.5 redactado Ley 26/2014 de la ley del IRPF.</p>

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:
 - Procesos oncológicos activos.
 - Enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
 - Trasplante de órganos.
 - Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
 - 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 cardíaca.
 - 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.