

MURISALUD

Seguro de Asistencia Sanitaria

Condiciones Generales

MURIMAR

MUTUA DE RIESGOS MARITIMOS

SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA

FUNDADA EN 1927
(POR TRANSFORMACION DE LA MUTUA NACIONAL DE PREVISION DE
RIESGO MARITIMO)

Inscrita en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras del Mº de
Economía y Hacienda con número M0371, y en el Registro Mercantil de
Madrid al tomo 4º del Libro de Sociedades, folio 1.º, hoja 17-1, inscripción
1ª N.I.F. G-78547148

Orense, 58 6ª planta - 28020 MADRID - Teléf.: 91 5971835 - Fax: 91 5971813

e-mail: salud@murimar.com - www.murimar.com

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 3º de la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (BOE 17/10/80) se destacan en letra negra las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

CONDICIONES GENERALES

SUMARIO

CONDICIONES GENERALES

CLÁUSULA PRELIMINAR.....	4
ARTÍCULO 1º. Definiciones.....	4
ARTÍCULO 2º. Objeto del seguro.....	7
ARTÍCULO 3º. Forma de prestar servicio.....	12
ARTÍCULO 4º. Departamento de atención al cliente.....	15
ARTÍCULO 5º. Períodos de carencia.....	17
ARTÍCULO 6º. Formalización del contrato y duración del seguro.....	18
ARTÍCULO 7º. Pago de primas.....	18
ARTÍCULO 8º. Otras obligaciones y deberes del Tomador y/o Asegurado....	20
ARTÍCULO 9º. Facultades del Tomador y/o Asegurado.....	21
ARTÍCULO 10º. Otras obligaciones del Asegurador.....	21
ARTÍCULO 11º. Facultades del Asegurador.....	22
ARTÍCULO 12º. Pérdida de derechos, indisputabilidad del contrato y nulidad del mismo.....	23
ARTÍCULO 13º. Comunicaciones.....	24
ARTÍCULO 14º. Jurisdicción y prescripción.....	25
ARTÍCULO 15º. Base de cálculo y actualización anual de primas.....	25
ARTÍCULO 16º. Actualización anual de garantías-Prestaciones.....	26
ARTÍCULO 17º. Tratamiento y cesión de los datos personales.....	26
ARTÍCULO 18º. Servicios que se prestan en la póliza del seguro.....	28
ARTÍCULO 19º. Ámbito del seguro.....	31
ARTÍCULO 20º. Exoneración de responsabilidad.....	32
ARTÍCULO 21º. Cláusula de tratamiento y cesión de datos personales.....	32

CLÁUSULA PRELIMINAR

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (Boletín Oficial del Estado de 17 de octubre de 1980) Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados (Boletín Oficial del Estado de 5 de noviembre) y su Reglamento de desarrollo (Real Decreto 2486/98, de 20 de noviembre); por las normas de las disposiciones reglamentarias que le sean aplicables, y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares, Especiales y Suplementos o Apéndices de este contrato, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados que no sean especialmente aceptadas por los mismos, como pacto adicional a las Condiciones Particulares. Asimismo, las partes quedan sometidas a las prescripciones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

No requerirán dicha aceptación las meras transcripciones o referencias de preceptos legales imperativos, ni las normas sobre delimitación del riesgo.

Integran el contrato las siguientes partes: la Solicitud de seguro, la Declaración o Cuestionario de Salud, las Condiciones Generales, las Particulares y Especiales, además de los Suplementos o Apéndices que se emitan.

ARTÍCULO 1º. DEFINICIONES

A los efectos del presente contrato se entenderá por:

Póliza: Es el contrato de seguro. Documento escrito que contiene las Condiciones Generales, las Particulares, las Especiales y los Suplementos o Apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

La Solicitud de Seguro y la Declaración de Salud forman también parte de la póliza.

Asegurador: La persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado, en esta póliza **MURIMAR MUTUA DE RIESGOS MARITIMOS SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA** denominada en adelante el Asegurador.

Tomador del seguro: La persona física o jurídica que suscribe el contrato, y al que le corresponden las obligaciones que del mismo se derive, salvo que por su naturaleza, deban ser cumplidas por el Asegurado.

Grupo Asegurable: Conjunto de personas físicas delimitadas por alguna característica común distinta de la intención de asegurarse, cada una de las cuales, cumplen las condiciones legales para ser Asegurado.

Asegurado: La persona o personas físicas sobre las cuales se establece el seguro.

Siniestro: Todo hecho cuyas consecuencias estén cubiertas, total o parcialmente, por alguna de las garantías de la póliza.

Se considera que constituye un solo y único siniestro el conjunto de asistencias sanitarias derivadas de una misma causa.

Modalidad Acto médico: Tipo de seguro definido por poner a disposición del Asegurado un cuadro médico constituido por un amplio número de Proveedores de servicios sanitarios de libre elección para el Asegurado.

Modalidad Pago Caputivo: Tipo de seguro definido por poner a disposición del Asegurado un cuadro médico constituido por un número reducido de Proveedores de servicios sanitarios a los que puede acudir el Asegurado.

Plazo de carencia: Período de tiempo computado a partir de la fecha de efecto del contrato de seguro, durante el cual no entran en vigor todas o algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la póliza.

Plazo de disputabilidad: Intervalo de tiempo contado desde la fecha de entrada en vigor de la póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella, durante el cual el Asegurador puede rechazar la cobertura de prestaciones o impugnar el contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores o preexistentes del Asegurado que éste no declaró en el Cuestionario de Salud. Transcurrido dicho plazo, el Asegurador sólo tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o Asegurado hayan actuado dolosamente omitiendo intencionadamente en el Cuestionario de salud, dichas enfermedades anteriores o preexistentes.

Prima: Es el precio del seguro. El recibo de prima contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

Enfermedad: Toda alteración del estado de salud del Asegurado, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuada por un médico legalmente reconocido.

Enfermedad, lesión, defecto o deformación congénita: Es aquella que existe en el momento del nacimiento, como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación hasta el mismo momento del nacimiento.

Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento o bien ser descubierta más tarde, en cualquier periodo de la vida del individuo.

Enfermedad preexistente: Toda alteración del estado de salud que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta del Asegurado en el seguro y que es percibida por el Asegurado a través de signos o síntomas antes de la fecha de su incorporación en la póliza.

Condición médica preexistente: Aquel estado o condición de la salud, no necesariamente patológica (por ejemplo embarazo o gestación) que se inicia con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza.

Accidente: Se entiende por accidente toda lesión corporal objetivamente comprobable producida por una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intención del Asegurado.

Franquicia: Importe a abonar por el Tomador del Seguro al Asegurador por cada uno de los servicios sanitarios utilizados por los Asegurados incluidos en la Póliza. La cuantía de la franquicia, si existe, viene indicada en el Anexo de Servicios correspondiente.

Copago: Participación del Asegurado en la cuantía del coste del acto médico o serie de actos, según el servicio médico referido, recibido de los profesionales o centros que presten el mismo, y que se abonará directamente a MURIMAR.

Proveedores de Servicios Sanitarios: Profesionales y centros sanitarios concertados con el Asegurador de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médica y quirúrgica en aquellas especialidades y modalidades comprendidas en la cobertura de la póliza y de acuerdo con lo establecido en las presentes Condiciones Generales.

Guía de Servicios: Relación de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por MURIMAR a los que el Asegurado puede acudir.

Cuestionario o Declaración de Salud: 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.

Urgencia: Es aquella situación del Asegurado que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar en un daño irreparable en su salud.

Urgencia Vital: Aquella situación que se produce por la aparición súbita de un cuadro clínico que entrañe un inminente y grave riesgo para la vida del Asegurado, y que requiera de una inmediata e inaplazable (en pocas horas) atención médico sanitaria.

ARTÍCULO 2°. OBJETO DEL SEGURO

2.1. Riesgos cubiertos:

Por el presente contrato, dentro de los límites y condiciones estipulados en las presentes Condiciones Generales, en las Particulares y, en su caso, en las Especiales y Suplementos o Apéndices de Póliza que se emitan, y mediante la aplicación de la prima que en cada caso corresponda, el Asegurador se obliga a poner a disposición del Asegurado una serie de profesionales sanitarios, de los que el Asegurado podrá solicitar la asistencia médico-quirúrgica y hospitalaria en toda clase de enfermedades o lesiones comprendidas en aquellas especialidades y modalidades que figuran en las Condiciones Especiales indicadas en las Condiciones Particulares de la Póliza. La cobertura de todo ello, queda circunscrita a los límites detallados en dichas Condiciones Especiales, al Cuestionario de declaración del riesgo, así como a los límites detallados en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares de la Póliza.

El derecho de libertad de elección de médico y de centro sanitario por los Asegurados dentro de los que figuran como proveedores sanitarios, supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria de MURIMAR por los actos de aquéllos, sobre los que MURIMAR no tiene capacidad de control por la prohibición de intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. MURIMAR es totalmente ajena a la relación que surja entre el Asegurado y los profesionales y/o centros sanitarios.

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

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

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador asume el coste de la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3 de las presentes Condiciones Generales de la Póliza y dentro de los servicios cubiertos por la misma.

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

2.2. Riesgos excluidos:

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

a. 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.

b. La Asistencia Sanitaria por enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de 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).

c. La Asistencia Sanitaria que se precise como consecuencia de las enfermedades o lesiones producidas durante la práctica como aficionado o profesional de actividades o deportes 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 u otra práctica manifiestamente peligrosa, incluidos los entrenamientos y cualquier otra práctica manifiestamente peligrosa.

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

e. La Asistencia Sanitaria derivada de alcoholismo crónico, drogadicción o intoxicaciones debidas al abuso de alcohol, de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, intento de suicidio y autolesiones, así como la Asistencia Sanitaria por enfermedades o accidentes sufridos por el dolo, negligencia o imprudencia del Asegurado.

f. 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.

g. La Medicina y chequeos de carácter preventivo (salvo los detallados en las Condiciones Especiales 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 las condiciones Especiales de la Póliza).

h. 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.

i. 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 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.

j. El psicoanálisis, hipnosis, sofrología, narcolepsia ambulatoria, los test psicológicos, la psicoterapia individual o en grupo, la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica y cualquier método de asistencia psicológica (salvo los detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza).

k. La asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social o familiar. Queda excluido igualmente la hospitalización psiquiátrica, salvo en casos de brotes agudos.

l. Los trasplantes de órganos, tejidos, células o componentes celulares, excepto los indicados en las Condiciones Especiales de la Póliza. La Aseguradora no se hace cargo de la conservación, traslado y del órgano a trasplantar.

m. Las prótesis de cualquier clase o naturaleza, cualquier tipo de material ortopédico, materiales biológicos y sintéticos, injertos y el corazón artificial; salvo las que figuran expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza que figura en las Condiciones Particulares. Se excluyen de la cobertura los expansores de la piel y los implantes de columna.

n. La Tomografía por emisión de Positrones (PET), salvo lo detallado en las Condiciones Especiales de la Póliza.

o. La Medicina Regenerativa, Biológica, la Inmunoterapia así como 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 las Condiciones Especiales de la Póliza que figura en las Condiciones Particulares.

p. Los tratamientos médico-quirúrgicos de la roncopatía y de la apnea obstructiva del sueño.

q. Las terapias alternativas y complementarias, acupuntura, naturopatía, homeopatía, quiromasaje, el drenaje linfático, la mesoterapia, la gimnasia, la osteopatía, la hidroterapia, la oxigenoterapia trifásica, la presoterapia, la ozonoterapia y otras prestaciones similares o especialidades no reconocidas oficialmente. Además quedan excluidos los tratamientos médico-quirúrgicos con técnicas de radiofrecuencia.

r. 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 Especiales de la Póliza.

s. 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 del Asegurador para su uso.

t. Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia del acompañante en la clínica, así como otros gastos no indispensables para la necesaria asistencia hospitalaria.

u. Los productos farmacéuticos, medicamentos y medios auxiliares de cura de cualquier clase, salvo que se administren al paciente mientras está hospitalizado como consecuencia de una intervención quirúrgica.

v. La Cirugía robótica y los tratamientos que usan láser, salvo los detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza.

w. 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.

x. Los tratamientos de Logopedia y foniatría, salvo en aquellos casos que figuran expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza.

y. Tratamientos de diálisis y hemodiálisis, salvo en aquellos casos que figuran expresamente incluidas en las Condiciones Especiales de la Póliza que figura en las Condiciones Particulares.

z. 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 fuera de los límites detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza.

aa. Cirugía de cambio de sexo.

bb. Los gastos de viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en la descripción de los servicios.

cc. Las estancias, asistencias y tratamientos en centros no hospitalarios tales como hoteles, balnearios, centros spa, asilos, residencias, centros de reposo, de diagnóstico y similares aunque sean prescritos por facultativos, así como los ingresos en centros dedicados a actividades relacionadas con el ocio, descanso y los tratamientos dietéticos.

dd. 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.

ARTÍCULO 3º. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS

3.1. Prestación de los servicios

El Asegurado podrá acudir libremente a las consultas de los médicos especialistas que formen parte de la Guía de Servicios, debiendo presentar para

identificarse una tarjeta sanitaria, un cheque-asistencia personal del Asegurado u otro documento acreditativo.

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará preferentemente en la provincia donde resida el Asegurado. La que no fuera posible efectuar en su provincia, se prestará preferentemente en el lugar más próximo al del domicilio del Asegurado, donde se disponga de Cuadro Médico que preste dichos servicios, respetando siempre la libertad de elección del Asegurado. Los gastos de desplazamiento serán siempre a cargo del Asegurado.

La Aseguradora no se hace responsable de honorarios de facultativos no incluidos en la Guía de Servicios de la misma, ni de los gastos de internamiento sanatorial o servicios que los mismos pudieran prescribir u ordenar.

Asimismo, la Aseguradora no se hace responsable de los gastos de internamiento ni de los servicios originados en centros privados o públicos no concertados con la Aseguradora, cualquiera que sea el facultativo prescriptor o realizador de los mismos, salvo que la Aseguradora hubiera autorizado previamente los mismos.

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

3.2. Urgencias

Para requerir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente al Centro de Urgencia Permanente que el Asegurador tiene establecido y cuya dirección figura en la documentación facilitada al Asegurado.

El servicio de urgencia de carácter domiciliario se garantiza en aquellas poblaciones en las que la Entidad tenga concertado dicho servicio.

3.3. Autorizaciones

Los servicios cubiertos por la póliza pueden ser de libre acceso o requerir una Autorización previa por parte del Asegurador. Son de libre acceso las consultas de asistencia primaria, especialistas y las consultas de urgencia, así como los medios de diagnóstico básicos. **Requerirán Autorización previa los ingresos hospitalarios, las intervenciones quirúrgicas, los traslados en ambulancia, los actos terapéuticos, los medios de diagnóstico complejos la Medicina preventiva y los trasplantes detallados en las Condiciones Especiales de la Póliza.**

Las prestaciones sanitarias que requieren la Autorización expresa previa por parte del Asegurador deberán ser ordenadas por escrito por un médico

incluido en la Guía de Servicios de la Entidad, siendo necesario en el caso en que así lo requiera la Entidad, además de la citada prescripción acompañar un informe del médico prescriptor. La orden del médico deberá recaer obligatoriamente en un centro concertado con la Entidad y el motivo de la prestación estar incluido entre los servicios cubiertos por la póliza. Una vez otorgada la Autorización, vinculará económicamente a la Entidad dentro de los límites detallados en la misma, salvo que en dicha comunicación se haga expresa indicación de que se trata de una prestación no cubierta por la Póliza. En los casos de asistencia de urgencia será suficiente, a estos efectos, la orden del médico concertado con la Entidad; pero el Asegurado, en los supuestos que la urgencia derive en un ingreso hospitalario, deberá obtener la confirmación escrita de la Entidad dentro de las setenta y dos horas siguientes.

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

3.4. Hospitalización

La Entidad no se hará cargo de los gastos de Hospitalización en Centros no concertados. En estos supuestos de Urgencia Vital, el Asegurado, o en su caso, sus familiares, deberán comunicar y acreditar esta circunstancia a la Entidad en el plazo máximo de las setenta y dos horas siguientes al ingreso.

Será requisito indispensable para que la Entidad se haga cargo de los gastos que la Hospitalización se haya realizado en el centro más próximo al lugar donde se produzca la Urgencia Vital y que no se trate de un Centro Público. Una vez sea posible, se deberá trasladar al Asegurado a un Centro concertado con la Entidad.

Las Autorizaciones de internamiento en Centros Hospitalarios facilitadas por la Entidad tendrán un límite de días de estancia relacionado con las previsiones escritas por el médico que ordene el ingreso.

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

La permanencia en régimen de Hospitalización de un enfermo estará determinada por el criterio exclusivo del médico que lo asista, quien podrá

indicar que continúe el tratamiento en el domicilio del Asegurado, si su internamiento en este régimen de hospitalización ya no es indispensable.

3.5. Asistencia domiciliaria

Con respecto a las visitas domiciliarias, la Entidad se obliga a prestar los servicios únicamente en el domicilio del Asegurado que figura en la póliza, siempre y cuando esté concertado dicho servicio por la Entidad en esa zona; cualquier cambio del mismo habrá de ser notificado al Asegurador por cualquier medio fehaciente, con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de cualquier servicio. La Entidad se obliga a emitir el correspondiente suplemento.

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

3.6. Libertad de elección de médico

Para la prestación de la asistencia contratada rige el principio general de libertad de elección de facultativos de entre los que figuran en el Cuadro Médico de la Entidad. El Asegurado se dirigirá directamente al facultativo elegido.

3.7. Franquicias

El Asegurado abonará los cheques-asistencia a los precios establecidos por ser una Póliza de participación del Asegurado en el coste de los servicios que utilice.

El importe de las franquicias y de las participaciones en el coste de los servicios podrá ser actualizado por el Asegurador de conformidad con lo establecido en las presentes Condiciones Generales de la Póliza.

ARTÍCULO 4°. DEPARTAMENTO DE ATENCION AL CLIENTE

De conformidad con lo establecido en el artículo 104 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Tomador ha sido informado previamente por escrito a la celebración del presente contrato sobre los siguientes extremos:

El Asegurador es la mercantil MUTUA DE RIESGO MARITIMO, SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA (MURIMAR), con domicilio social en España, calle Orense nº.58 de Madrid (28020).

El Asegurador está sometido al control y supervisión de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía de España.

El Tomador del Seguro, los Asegurados y los Beneficiarios podrán reclamar ante dicho Organismo contra aquellas prácticas del Asegurador que consideren abusivas o que lesionen los derechos derivados del Contrato de Seguro.

Legislación aplicable al Contrato:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Ley 30/1995, de 8 de noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de desarrollo (R.D. 2486/1998, de 20 de noviembre).
- Ley 26/1984, de 19 de julio, de Defensa General de los Consumidores y Usuarios.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de noviembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Con carácter general, los conflictos que se susciten se resolverán:

Mediante escrito de reclamación al presentar en nuestras oficinas y delegaciones, dirigido al Departamento de Atención al Cliente.

Reclamación ante el Defensor del Asegurado.

Reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones: de conformidad con lo dispuesto en la Ley 30/1995, de 8 de noviembre de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados; para la admisión y tramitación de reclamaciones ante dicho órgano administrativo de control será imprescindible acreditar haberlas formulado previamente por escrito dirigido al Departamento de Atención al Cliente del Asegurador y al Defensor del Asegurado.

En vía judicial ante los Jueces y Tribunales competentes.

EL DEFENSOR DEL ASEGURADO

Murimar es una entidad aseguradora de nacionalidad española con sede en Madrid, siendo la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Competitividad quien ejerce la actividad de control de la actividad aseguradora.

De conformidad con lo establecido en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, y el Real Decreto 2486/1988, de 20 de

Noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, los conflictos que puedan surgir entre las partes podrán resolverse, como sigue:

a) El Tomador o el Asegurado, en caso de discrepancia acerca de la interpretación o cumplimiento del contrato podrá formular sus reclamaciones por escrito ante el Defensor del mutualista Juana García en Paseo De La Castellana nº 179, 3ºC, 28046 Madrid o en la dirección de correo electrónico juana@mad.practica-legal.com quien acusará recibo por escrito de las reclamaciones que se les presenten y las resolverá siempre por escrito motivado. Una vez transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de la presentación de la reclamación, sin que el Defensor del mutualista haya resuelto, o bien, una vez que haya sido denegada expresamente por el mismo la admisión de la reclamación o, desestimada la petición podrá acudir ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

b) Por decisión arbitral en los términos de los artículos 57 y 58 del Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y leyes complementarias; o en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de Diciembre, de Arbitraje, en materia de libre disposición conforme a derecho y salvo aquellos supuestos en que la legislación de protección de los consumidores y usuarios lo impida (siempre que hubiera acuerdo por ambas partes para someterse a este mecanismo de solución de conflictos), siendo los gastos ocasionados satisfechos por mitad entre Tomador y Asegurador.

c) Por los Juzgados y Tribunales competentes, siendo Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del domicilio del Asegurado.

ARTÍCULO 5º. PERÍODOS DE CARENCIA

1. Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma el Asegurador serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato para cada uno de los Asegurados que se vayan incorporando a ella.

2. Se exceptúan del principio general anterior los siguientes servicios:

a. Los servicios detallados en el apartado “Medios de Diagnóstico Complejos” de las Condiciones Especiales de la Póliza tendrán un periodo de carencia de tres a seis meses.

b. Todos los tratamientos terapéuticos detallados en la descripción de la cobertura de la póliza que se encuentran en las Condiciones Especiales de la Póliza tendrán un periodo de carencia de tres a seis meses, según detalle expuesto en el Anexo de Servicios.

c. Los servicios detallados dentro del apartado de las Condiciones Especiales de la Póliza de Medicina Preventiva tendrán un periodo de carencia de tres meses.

d. Las hospitalizaciones en centros sanitarios tendrán un periodo de carencia de diez meses con excepción de la hospitalización quirúrgica y la hospitalización por observación médica que tendrán el periodo de carencia de seis meses.

e. Las Prótesis cubiertas por la póliza y descritas en las Condiciones Especiales de la Póliza tendrán un periodo de carencia de seis meses.

f. Los Trasplantes cubiertos por la póliza y descritos en las Condiciones Especiales de la Póliza tendrán un periodo de carencia de doce meses.

3. De forma excepcional, en casos de Urgencia Vital, de partos en los que peligre la vida del feto o de la madre, o en partos prematuros, entendiéndose por tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación, se tendrá derecho a la asistencia desde la fecha de entrada en vigor del contrato.

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

5. En aquellas Pólizas en las que se detalle en las Condiciones Particulares que los Asegurados gozarán de derechos inmediatos a los servicios de la Póliza se excluirá de los mismos todos aquellos procesos en curso que tenga el Asegurado.

ARTÍCULO 6°. FORMALIZACIÓN DEL CONTRATO Y DURACIÓN DEL SEGURO

1. Este contrato ha sido concertado de acuerdo a las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el Cuestionario de Salud previo, que han sido tenidas en cuenta por el Asegurador para aceptar el riesgo y le han servido para fijar la prima.

2. El seguro se estipula por el período de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de 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 un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea el Asegurador.

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.

La renuncia del Asegurador a su derecho de rescisión del contrato se condiciona a la aceptación por el Tomador de seguro de la variación anual de primas futuras, que se calculan y comunican conforme a los criterios técnicos expuestos en el artículo 15 de este contrato y de la variación anual de prestaciones y garantías que se determinan y comunican conforme a los criterios expuestos en el artículo 16 del mismo.

3. Durante la asistencia o tratamiento en régimen hospitalario del Asegurado y hasta la fecha en que obtuviera el alta médica hospitalaria, el Asegurador no podrá rescindir la Póliza, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

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

ARTÍCULO 7°. PAGO DE PRIMAS

1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado al pago de la prima, lo cual se realizará por domiciliación bancaria, salvo que en las Condiciones Particulares se establezca otro procedimiento.

Para el pago mediante domiciliación bancaria, el Tomador del Seguro facilitará los datos del establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto. La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento salvo que, intentado el cobro dentro del mes siguiente al vencimiento, no existiesen fondos suficientes del obligado a pagarla. En este caso, se notificará el impago al Tomador del Seguro por carta certificada.

Si la Entidad dejase transcurrir el mes siguiente al vencimiento sin haber presentado el recibo al cobro o, al hacerlo, no existiesen fondos suficientes en la cuenta, aquélla deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima por carta certificada o medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para que pueda satisfacer el importe. Este plazo se computará desde la recepción de

la indicada carta o notificación en el último domicilio de pago del Tomador del Seguro.

2. La primera prima será exigible, conforme al artículo 15 de la citada Ley, una vez firmado el contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador del Seguro, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, 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.

3. 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.

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

El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del Seguro el Recibo de prima emitido por el Asegurador.

En caso de extinción anticipada del contrato imputable al Tomador del Seguro, la parte de prima anual no consumida corresponderá al Asegurador.

ARTÍCULO 8°. OTRAS OBLIGACIONES Y DEBERES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado, tiene las siguientes obligaciones:

1. Declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario de salud que éste le presente, con veracidad, diligencia y sin reserva todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete a cuestionario alguno o, aún cuando lo haya cumplimentado, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

2. Comunicar al Asegurador, durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el cuestionario de

estado de salud que completó antes de la perfección del contrato, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el Asegurado. En tales circunstancias el Asegurador podrá proponer una modificación de las condiciones del contrato o rescindir el mismo si se rechaza la propuesta por el Tomador del seguro.

3. Comunicar al Asegurador, el cambio de domicilio del Asegurado. Si el cambio de domicilio supone una agravación del riesgo, será de aplicación lo previsto en el apartado 2 anterior; si por el contrario supone una disminución del riesgo, será de aplicación lo dispuesto en el apartado 2 del artículo siguiente.

4. Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente contrato, tomando efecto las altas, el día primero del mes siguiente a la fecha de la notificación efectuada por el Tomador del Seguro, y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la prima a la nueva situación.

5. Los hijos recién nacidos tendrán derecho de ser incluidos en la Póliza desde el momento de su nacimiento. Para ello, el Tomador del Seguro deberá comunicar al Asegurador esa circunstancia dentro de los 30 días naturales siguientes a la fecha de nacimiento, mediante la cumplimentación de una solicitud. Las altas notificadas dentro de este plazo retrotraerán sus efectos a la fecha de nacimiento, no aplicándose periodo de carencia superior al que faltase por consumir a la madre. Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y el Asegurador podrá denegar su admisión.

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

7. Facilitar la subrogación que a favor del Asegurador establecen los artículos 43 y 82 de la Ley de Contrato de Seguro, en los derechos y acciones que por razón de la asistencia prestada, y hasta el límite del importe de la misma, pueda corresponder al Asegurado frente a las personas responsables de la enfermedad o lesión, o frente a las personas o entidades que legal o reglamentariamente deban satisfacer dichos gastos asistenciales.

8. Acreditar ante cualquier facultativo o centro sanitario de la Guía de Servicios su condición de Asegurado, mediante la presentación del carnet de la Compañía. Igualmente estará obligado a mostrar su Documento Nacional de Identidad o, en

su caso, documento oficial identificativo (pasaporte, NIE, etc.), si le fuese requerido.

ARTÍCULO 9°. FACULTADES DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

1. El Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro si la hubiere o de las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley de Contrato de Seguro. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la Póliza.

2. El Tomador del Seguro o el Asegurado podrán, durante la vigencia del contrato, poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables para el Asegurado.

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

ARTÍCULO 10°. OTRAS OBLIGACIONES DEL ASEGURADOR

Además de asumir el coste de la asistencia sanitaria que los profesionales, centros y servicios sanitarios concertados, presten a los Asegurados, el Asegurador deberá entregar al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda, así como un ejemplar del Cuestionario de Salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador del Seguro.

El Asegurador también entregará a cada Asegurado el carnet, que es un documento de uso personal e intransferible. En caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador y/o el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, el Asegurador procederá a emitir y enviar un nuevo carnet al domicilio del Asegurado que figura en la póliza.

Asimismo, el Tomador del Seguro y/o el Asegurado se obligan a devolver al Asegurador el carnet correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.

El Asegurador no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta del carnet. Igualmente el Asegurador entregará al Tomador del Seguro una Guía de Servicios con especificación del Centro de Urgencia Permanente, y con las direcciones y horarios de consulta de los profesionales, centros y servicios sanitarios concertados.

ARTÍCULO 11°. FACULTADES DEL ASEGURADOR

1. Cuando el Asegurador tenga conocimiento de la reserva o inexactitud de los datos que haya facilitado el Tomador del Seguro o el Asegurado en la Declaración o Cuestionario de Salud con anterioridad a la suscripción de la Póliza, podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro o en su caso al Asegurado en el plazo de un mes desde que tiene el citado conocimiento.

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

2. En el caso de agravación del riesgo sobre un contrato ya celebrado:

- El Asegurador puede, en el plazo de dos meses a contar desde el día en que la agravación del riesgo le ha sido declarada por el Tomador del Seguro y/o Asegurado, proponer una modificación del contrato. En tal caso, el Tomador del Seguro dispone de quince días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador del Seguro, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador del Seguro, otorgándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho días siguientes comunicará al Tomador del Seguro la rescisión definitiva.

- El Asegurador igualmente podrá rescindir el contrato comunicándolo por escrito al Tomador del Seguro o en su caso al Asegurado dentro de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hayan efectuado su declaración de agravación del riesgo, y sobreviniera un siniestro, el Asegurador queda liberado de su prestación si el Tomador de Seguro y/ o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del

Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

ARTÍCULO 12°. PÉRDIDA DE DERECHOS, INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO Y NULIDAD DEL MISMO

A) PÉRDIDA DE DERECHOS

El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

a) 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 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 (artículo 10 de la Ley de Contrato de Seguro).

b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo hubieran comunicado al Asegurador, y hubieran actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley de Contrato de Seguro).

c) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro).

d) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado o del Tomador del Seguro (artículo 19 de la Ley de Contrato de Seguro).

B) INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

1. La póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado transcurridos dos años desde la conclusión del contrato.

2. En el momento en que la póliza deviene indisputable, el Asegurador pierde el derecho a resolver el contrato y, en caso de siniestro, a negar la prestación o reducirla proporcionalmente, alegando la existencia de enfermedades preexistentes consecuencia de la declaración errónea o inexacta del Tomador y/ o Asegurado al cumplimentar el Cuestionario de Salud, salvo que el Tomador del Seguro y/o Asegurado hayan actuado con dolo.

3. Si se hubiese practicado reconocimiento médico o cuando así se reconozca en las Condiciones Particulares, la Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y la Entidad Aseguradora no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento se haga alguna salvedad en las Condiciones Particulares de la Póliza, o el Asegurado, actuando con dolo o culpa grave, haya cumplimentado el cuestionario de salud con reservas o inexactitud.

C) NULIDAD DEL CONTRATO

1. El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley de Contrato de Seguro, si en el momento de su conclusión ya hubiere ocurrido el siniestro.

ARTICULO 13°. COMUNICACIONES

Las comunicaciones al Asegurador, por parte del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario, se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en la Póliza, pero si se realizan a un Agente del Asegurador surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a éste.

Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio al Asegurador, o en el domicilio social del corredor.

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

ARTÍCULO 14°. JURISDICCIÓN Y PRESCRIPCIÓN

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

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

ARTÍCULO 15°. BASE DE CÁLCULO Y ACTUALIZACIÓN ANUAL DE PRIMAS

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.

De acuerdo con lo establecido en el artículo 25.3 del Texto Refundido de 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 o Corredor antes del vencimiento del periodo de cobertura del seguro en curso.**

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.

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.

La prima se establecerá de acuerdo a la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados de la póliza en cada momento de acuerdo con las tarifas que el Asegurador tenga en vigor para ese ejercicio y según sus parámetros pudiéndose revisar las mismas a cada vencimiento de las pólizas salvo inexactitud.

ARTÍCULO 16°. ACTUALIZACIÓN ANUAL DE GARANTÍAS PRESTACIONES

La Entidad podrá actualizar anualmente las prestaciones y garantías teniendo en consideración lo dispuesto en el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de 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.

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 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.

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.

ARTÍCULO 17°. TRATAMIENTO Y CESIÓN DE LOS DATOS PERSONALES

El Tomador/Asegurado consiente de forma expresa:

- Que los datos personales proporcionados, así como cualquier otro dato que pudiera facilitarse a lo largo de la relación contractual, incluidos en ambos casos datos de salud, sean incluidos en un fichero, automatizado o no, cuyo responsable es **MURIMAR MUTUA DE RIESGOS MARITIMOS SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA** (en adelante MURIMAR) única destinataria de los datos, salvo en el supuesto de las cesiones previstas en la presente cláusula, con la finalidad de llevar a cabo la relación contractual, para la gestión propia de la actividad aseguradora, la prevención e investigación del fraude, la realización de campañas de fidelización de clientes, así como para valorar y delimitar el riesgo.

Asimismo, consiente que sus datos (incluidos datos de salud) sean tratados por otras Entidades Aseguradoras, reaseguradoras o centros médicos y profesionales de la medicina que, por razones de reaseguro, coaseguro o por la operativa en la gestión de siniestros, intervengan en la gestión de la póliza y de sus siniestros.

- Que MURIMAR pueda solicitar de profesionales sanitarios y centros médicos (públicos y privados), información referente a la salud de los Asegurados y de su proceso asistencial, con la finalidad de la correcta valoración del riesgo de la solicitud, verificación de las coberturas de la póliza, justificación de los siniestros, estudio de autorizaciones para los servicios que así lo requieran, prevención e investigación del fraude, atención de las reclamaciones que se pudieran efectuar, pago de los servicios recibidos por el Asegurado a dichos profesionales sanitarios y centros médicos y cumplimiento de las obligaciones derivadas para MURIMAR en virtud del contrato de seguro. La presente autorización se hace extensiva a los profesionales y centros médicos a los que se requiera información médica para que procedan a su remisión a MURIMAR únicamente de conformidad con lo previsto en la presente cláusula. Los datos personales

(incluidos datos de salud) que se reciban en MURIMAR de dichos profesionales y centros médicos serán tratados de conformidad con las previsiones contenidas en la presente cláusula, incorporándose en un fichero, responsabilidad de MURIMAR con las finalidades indicadas en el presente párrafo.

- La transferencia internacional de los datos del Asegurado (incluidos datos de salud), incluso a países que no proporcionen un nivel de protección equiparable a la normativa sobre protección de datos española, cuando sea preciso para el cumplimiento de las finalidades indicadas en la presente cláusula.
- Que por parte de MURIMAR no se informe a los Asegurados/Beneficiarios/Tomador de cada primera cesión de datos que se pudiera producir, de conformidad con las previsiones contenidas en la presente cláusula.
- La grabación de las llamadas telefónicas que realice a los números de teléfono de contacto de MURIMAR a los efectos de control de calidad de las llamadas y gestión de reclamaciones.

Los datos de su contrato de seguro y los siniestros vinculados a éste, podrán ser cedidos a ficheros comunes para la liquidación de siniestros, conforme a lo dispuesto en el Art. 25 del RDL 6/2004, de 29 de octubre y la DA 6a de la LO 15/1999, de 13 diciembre.

El Tomador, tras haber informado del contenido íntegro de la presente cláusula a los Asegurados/Beneficiarios, en los mismos términos en que ha sido informado el Tomador, se compromete a obtener el consentimiento expreso de los Asegurados/Beneficiarios que se vayan a incluir en la póliza:

- Para facilitar sus datos personales a MURIMAR para la realización de los tratamientos de datos previstos en la presente cláusula.
- Para que por parte de MURIMAR se pueda remitir al Tomador un extracto donde figuren los servicios que hubieran sido utilizados por los Asegurados incluidos en la póliza, junto con el importe de las franquicias que pudieran corresponder.

El Tomador, en el caso de que se produzca alguna variación en los datos facilitados a MURIMAR para su tratamiento de conformidad con lo previsto en la presente cláusula, lo notificará a MURIMAR para que por parte de ésta entidad se proceda a dicha modificación.

Todos los datos recabados, así como los anteriores tratamientos y cesiones, son imprescindibles para el establecimiento y desarrollo de la relación contractual.

El titular de los datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose al domicilio de **MURIMAR MUTUA DE RIESGOS MARITIMOS SOCIEDAD DE SEGUROS A PRIMA FIJA** Calle Orense 58, 6ª planta 28020, Madrid, o a través de la web www.murimar.com

ARTÍCULO 18°. SERVICIOS QUE SE PRESTAN EN LA POLIZA DEL SEGURO

El presente Contrato da derecho a los siguientes servicios en las condiciones y términos que en los mismos se señalan, y para cada una de las personas Aseguradas en la Póliza.

18.1. MEDICINA PRIMARIA

Medicina General. Asistencia médica con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos **exclusivamente en el consultorio.**

Pediatría y Puericultura de Zona, para niños menores de 14 años con indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos **exclusivamente en el consultorio.** Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.

Servicio de Enfermería, exclusivamente en consultorio y previa prescripción de un médico de la Entidad.

18.2. SERVICIO DE URGENCIAS

Asistencia Permanente de Urgencia, se prestará en los centros concertados por el Asegurador y que figuran en el Cuadro Médico. **Quedan incluidos los ingresos hospitalarios de urgencia.**

18.3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y MÉDICO-QUIRÚRGICAS

Incluye exclusivamente la atención al Asegurado en consultorio de visitas, pruebas y actos terapéuticos que no impliquen ningún tipo de intervención comprendidas en las especialidades descritas.

Alergia. Las Autovacunas son por cuenta del Asegurado.

Análisis Clínicos.

Anatomía Patológica.

Angiología y Cirugía Vascul.

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 Venereología. Quedan excluidos los tratamientos con fines puramente estéticos.

Endocrinología y Nutrición.

Geriatría.

Hematología y Hemoterapia.

Medicina Interna.

Medicina Nuclear.

Nefrología.

Neonatología

Neumología.

Neurocirugía.

Neurofisiología Clínica.

Neurología.

Obstetricia y Ginecología. Incluida la vigilancia del embarazo **estando incluida la asistencia por Médico Tocólogo en todo tipo de partos.**

Odonto-Estomatología. Quedan cubiertas exclusivamente las extracciones, las curas estomatológicas derivadas de éstas y las radiografías, **excluyendo los empastes, prótesis y ortodoncias.**

Oftalmología.

Oncología.

Otorrinolaringología.

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

Rehabilitación.

Reumatología.

Traumatología y Cirugía Ortopédica.

Urología.

18.4. MEDICINA PREVENTIVA

OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Chequeo Ginecológico. Revisión anual incluyendo visita, informe, citología, ecografía y mamografía, si procede.

ODONTOLOGÍA

Limpieza de boca anual.

18.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Quedan cubiertos exclusivamente los Medios de Diagnóstico a continuación detallados. Deberán ser solicitados por médicos de la entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma.

Los contrastes y radiofármacos utilizados con motivo de pruebas diagnósticas y en hospitalización están incluidos. Para el resto de casos, se podrán cubrir siempre bajo aceptación previa de la compañía.

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO BÁSICOS:

Radiología Simple.

Servicio de Laboratorio Básico. Todo tipo de Análisis Clínicos, Anatomopatológicos y Biológicos, previa prescripción de un Médico de la Entidad, excepto estudios preventivos.

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO COMPLEJOS:

Radiodiagnóstico. Incluye las técnicas habituales tales como Angiografías, Arteriografía Digital, Densitometría Ósea, Mamografía, y Radiología no Intervencionista. **Periodo de carencia de TRES MESES.**

Servicio de Laboratorio. Análisis Hormonales **con un periodo de carencia de SEIS MESES**, previa prescripción de un Médico de la Entidad, **excepto estudios preventivos.**

Ecografías.

Tomografía Axial Computerizada (TAC ó SCANNER). Periodo de carencia de **TRES MESES.**

Resonancia Magnética Nuclear (R.M.N.). Periodo de carencia de **TRES 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.**

18.6. TRATAMIENTOS

Quedan cubiertos exclusivamente los **Tratamientos a continuación detallados.** Deberán ser solicitados por médicos de la Entidad y se practicarán en los centros sanitarios designados por la misma. **Periodo de carencia de SEIS MESES.**

18.7. REHABILITADORES

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 post-traumáticas, 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.

Laserterapia. Se realizará previa prescripción de un especialista de la Entidad, en tratamientos no quirúrgicos del aparato locomotor y oftalmología. **Existiendo una limitación de 30 sesiones por año y/o proceso exclusivamente para dolencias o afecciones no derivadas de un proceso quirúrgico o fractura ósea.**

606. Magnetoterapia. Se realizará previa prescripción de un especialista de la Entidad, en tratamientos no quirúrgicos del aparato locomotor. **Existiendo una limitación de 30 sesiones por año y/o proceso exclusivamente para dolencias o afecciones no derivadas de un proceso quirúrgico o fractura ósea.**

18.8. OTROS SERVICIOS

Podólogo en Consultorio. Limitado a 10 sesiones al año.

ARTÍCULO 19°. AMBITO DEL SEGURO

Las garantías del presente seguro se extenderán a la totalidad del territorio nacional que figure en la Dirección de la póliza, salvo lo establecido para la prestación de Asistencia Sanitaria en el extranjero.

ARTÍCULO 20°. EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

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

En consecuencia, MURIMAR en ningún caso, responderá de los actos y/u omisiones de los profesionales, centros y servicios sanitarios antes mencionados, siendo la relación entre éstos y los Asegurados totalmente ajena a MURIMAR.

ARTÍCULO 21°. CLÁUSULA INFORMATIVA PROTECCIÓN DE DATOS RGPD

Siguiendo los principios de licitud, lealtad y transparencia, ponemos a su disposición la presente tabla informándole del tratamiento de los datos personales que se dispone a proporcionarnos:

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS	
RESPONSABLE	MURIMAR SEGUROS
FINALIDAD PRINCIPAL	Gestión de la suscripción / Gestionar el envío de información y prospección comercial/ Gestión de Perfiles de asegurados
LEGITIMACIÓN	Consentimiento del interesado.
DESTINATARIOS	Las empresas que conforman el Grupo Murimar (Mutua de Riesgo Marítimo Sociedad de Seguros a Prima Fija CIF G-78547148, Murimar Vida Seguros y Reaseguros S.A. CIF A-85490407 y Insermar Consultores S.L CIF: B-83670554)
DERECHOS	Acceder, rectificar y suprimir los datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su tratamiento, transparencia y derecho a no ser objeto de decisiones automatizadas.
INFORMACIÓN ADICIONAL	Puede consultar la información adicional y detallada sobre nuestra Política de Privacidad en http://www.murimar.com
Data Protection Officer (DPO)	GRUPO ADAPTALIA LEGAL - FORMATIVO S.L. 91 553 34 08 legal@grupoadaptalia.es



No deseo recibir envío de comunicaciones electrónicas informativas relativas a las actividades, productos o servicios por correo electrónico, postal o fax

EL TOMADOR Y/O ASEGURADO

**MURIMAR SEGUROS MUTUA DE
SEGUROS A PRIMA FIJA
P.P.
Director General**