

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA O REEMBOLSO

Datos de Producción Subcentral Intervención 1
 Oficina Intervención 2

Nº Solicitud/Póliza Fecha de efecto solicitada CD10

DATOS DEL SOLICITANTE Tipo de Documento: NIF CIF PTE. Nº de Documento:

Razón Social

Nombre Apellido 1 Apellido 2

Fecha de nacimiento Sexo E. Civil Profesión.....

Domicilio

Localidad C. Postal Provincia

Teléfono particular Teléfono trabajo..... Correo electrónico.....

Domicilio familiar Rellenar este apartado si el domicilio del Asegurado Titular es distinto al domicilio del solicitante

Dirección Teléfono

Código Postal Localidad Provincia

Domicilio cobro de recibos y/o pago de prestaciones

Entidad Cobro Cod. Banco Oficina..... D.C Cuenta

Entidad Abono Cod. Banco Oficina..... D.C Cuenta

Forma de pago: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

GARANTÍAS POR PRODUCTO Las garantías son las mismas para todos los asegurados de la póliza

Asistencia Sanitaria Reembolso de gastos médicos Plan Integral Autónomos
 Con Garantía Bucodental Gastos Completos Garantía Bucodental Asistencia Sanitaria
 Si No Gastos Hospitalarios Gran Cobertura Reembolso de gastos

DATOS DE LOS ASEGURADOS

Asegurado Titular/Nombre

Apellido 1 Apellido 2

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento Sexo E. Civil.....

Profesión Parentesco con Tomador.....

Asegurado 2/Nombre

Apellido 1 Apellido 2

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento Sexo E. Civil.....

Profesión Parentesco con Titular.....

Asegurado 3/Nombre

Apellido 1 Apellido 2

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento Sexo E. Civil.....

Profesión Parentesco con Titular.....

Asegurado 4/Nombre

Apellido 1 Apellido 2

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento Sexo E. Civil.....

Profesión Parentesco con Titular.....

SOBREPRIMAS

PROF.	ENFER.
PROF.	ENFER.
PROF.	ENFER.
PROF.	ENFER.

Esta solicitud no obliga a la Entidad a formalizar el contrato de Seguro ni da derecho a utilizar sus prestaciones hasta el momento en que MAPFRE CAJA SALUD, S.A. acepte la solicitud emitiendo la póliza correspondiente y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, se haga efectiva la primera prima del seguro. La firma de la presente solicitud supone la adhesión automática a la póliza de protección de pagos suscrita entre MAPFRE CAJA SALUD y MAPFRE SEGUROS GENERALES, Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A., siempre que el Asegurado-Titular cumpla las condiciones de adhesión e incorporación del seguro de protección de pagos. En caso de que algunos de los asegurados carezcan de número de identificación de extranjeros, se comprometen a aportarlo a MAPFRE CAJA SALUD, S.A. una vez lo tengan en su poder.

Firma del Solicitante En a de de.....

Cláusulas

CONTROL DE CONTRATACIÓN

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA O REEMBOLSO

Datos de Producción

Subcentral

Intervención 1

Oficina

Intervención 2

Nº Solicitud/Póliza

Fecha de efecto solicitada

CD10

DATOS DEL SOLICITANTE

Tipo de Documento: NIF CIF PTE. Nº de Documento:

Razón Social

Nombre Apellido 1 Apellido 2

Fecha de nacimiento Sexo E. Civil Profesión.....

Domicilio

Localidad C. Postal Provincia

Teléfono particular Teléfono trabajo..... Correo electrónico.....

Domicilio familiar

Rellenar este apartado si el domicilio del Asegurado Titular es distinto al domicilio del solicitante

Dirección

Código Postal Localidad Provincia

Domicilio cobro de recibos y/o pago de prestaciones

Entidad Cobro Cod. Banco Oficina..... D.C Cuenta

Entidad Abono Cod. Banco Oficina..... D.C Cuenta

Forma de pago: Mensual Bimestral Trimestral Semestral Anual

GARANTÍAS POR PRODUCTO

Las garantías son las mismas para todos los asegurados de la póliza

Nº póliza Baja Laboral asociada

Asistencia Sanitaria

Reembolso de gastos médicos

Plan Integral Autónomos

Con Garantía Bucodental

Gastos Completos

Garantía Bucodental

Asistencia Sanitaria

Si No

Gastos Hospitalarios

Gran Cobertura

Reembolso de gastos

DATOS DE LOS ASEGURADOS

Asegurado Titular/Nombre

Apellido 1 Apellido 2

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento Sexo E. Civil.....

Profesión Parentesco con Tomador.....

Asegurado 2/Nombre

Apellido 1 Apellido 2

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento Sexo E. Civil.....

Profesión Parentesco con Titular.....

Asegurado 3/Nombre

Apellido 1 Apellido 2

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento Sexo E. Civil.....

Profesión Parentesco con Titular.....

Asegurado 4/Nombre

Apellido 1 Apellido 2

NIF/NIE/PTE..... Fecha nacimiento Sexo E. Civil.....

Profesión Parentesco con Titular.....

SOBREPRIMAS

PROF.	ENFER.
PROF.	ENFER.
PROF.	ENFER.
PROF.	ENFER.

Esta solicitud no obliga a la Entidad a formalizar el contrato de Seguro ni da derecho a utilizar sus prestaciones hasta el momento en que MAPFRE CAJA SALUD, S.A. acepte la solicitud emitiendo la póliza correspondiente y siempre que, salvo pacto expreso en contrario, se haga efectiva la primera prima del seguro. La firma de la presente solicitud supone la adhesión automática a la póliza de protección de pagos suscrita entre MAPFRE CAJA SALUD y MAPFRE SEGUROS GENERALES, Cía. de Seguros y Reaseguros, S.A., siempre que el Asegurado-Titular cumpla las condiciones de adhesión e incorporación del seguro de protección de pagos. En caso de que algunos de los asegurados carezcan de número de identificación de extranjeros, se comprometen a aportarlo a MAPFRE CAJA SALUD, S.A. una vez lo tengan en su poder.

Firma del Solicitante

En a de..... de.....

Cláusulas

CONTROL DE CONTRATACIÓN

EXTRACTO DE LAS CLÁUSULAS GENERALES, LIMITATIVAS Y DE EXCLUSIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS DEL SEGURO CAJA SALUD FAMILIAR Y MEDISALUD

En este extracto figuran las cláusulas limitativas y de exclusión de los derechos de los asegurados, que han sido leídas y aceptadas expresamente por el Tomador, lo que se acredita mediante su firma en el presente documento.

CAJA SALUD FAMILIAR

LIMITACIONES GENERALES A TODAS GARANTÍAS

El Asegurador no se hace cargo de los honorarios que correspondan a facultativos o centros hospitalarios ajenos a su cuadro médico no incluidos en la Guía Médica Asistencial vigente. No tendrá derecho a prestaciones sanitarias posteriores aunque tengan su origen en enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de extinción de la póliza.

OBJETO DEL SEGURO (Art.2º)

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

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES POR GARANTÍAS (Art. 3º)

ASISTENCIA PRIMARIA. El servicio de hospitalización a domicilio precisará la autorización previa y comprenderá la atención por médico general. Por el personal de enfermería solo se aplicarán inyectables, sueroterapia, sondajes y curas. El servicio de ambulancia requerirá orden facultativa por escrito. Servicios no cubiertos: productos farmacéuticos, vacunas, jeringuillas, empapadores, aparatos ortopédicos, monitorizaciones, aparatos de rehabilitación pasiva y en general cualquier producto o asistencia utilizado con fines sociales.

ASISTENCIA ESPECIALIZADA Servicios no cubiertos: La educación para el lenguaje, salvo en patología orgánica de base; la educación y terapia especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos y la terapia de mantenimiento y ocupacional. Los test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia psicoanalítica, así como la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica, sofrología y narcolepsia ambulatoria. Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, como organometría, acupuntura, homeopatía y similares y los tratamientos cosméticos y estéticos. La órtesis y prótesis ópticas, auditivas, (salvo implantes cocleares y audífonos incluidos en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la Sordera en niños), miembros u órganos artificiales (extremidades ortopédicas, prótesis del ojo, de pene, testículo y de mama), D.I.U. (salvo en los programas de medicina preventiva), y en general, cualquier aparato ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, así como los gastos de mantenimiento y reparación y los productos farmacéuticos, vacunas y jeringuillas. La hipertermia prostática, tratamientos con cámara hiperbárica, rehabilitación del suelo pélvico, terapia fotodinámica y cualquier técnica novedosa o de nueva implantación no incluida en la presente póliza. En ventiloterapia, el CPAP, BIPAP y los monitores de APNEA. En odontostomatología la periodoncia, endodoncia, los empastes, la ortodoncia, las prótesis dentales y los implantes.

HOSPITALIZACIÓN. Será necesaria autorización previa de al menos 48 horas. En todas las garantías hospitalarias: Únicamente se cubrirán los honorarios de los profesionales concertados que intervengan en la hospitalización siempre que exista indicación médica y el centro disponga de los medios técnicos y profesionales que lo permitan.

Servicios no cubiertos: Los servicios hosteleros y sociales, comidas del acompañante, servicio privado de enfermería, habitaciones tipo suites y la cama del acompañante en unidades especiales; los traslados para tratamientos de rehabilitación o enfermedades crónicas y los gastos de desplazamiento originados por asistir fuera de la localidad del asegurado a centros médicos y hospitales. Existe un límite de 60 días por asegurado y año en unidades especiales de lesionados raquímedulares.

En la hospitalización quirúrgica: Servicios no cubiertos: la cirugía y los tratamientos de estética en general, tratamiento de la esclerosis venosa, rinoplastias, cirugía reconstructiva de la mama salvo post-mastectomía por cáncer, tratamientos cosméticos y de la alopecia androgénica, la cirugía de la obesidad, la cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas, la cirugía de la transexualidad; el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de la impotencia coeundi y la cirugía estereotáxica del parkinson y el coste de los implantes cocleares. En la hospitalización médica: Servicios no cubiertos: los internamientos para curas de reposo o adelgazamiento, las estancias en residencias asistidas, geriátricos, los tratamientos en balnearios. En la hospitalización psiquiátrica: Servicios no cubiertos: la hospitalización en procesos psiquiátricos crónicos; test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia, sofrología y narcolepsia. Existe un límite de 60 días por asegurado/año en afectados por procesos agudos o crónicos reagudizados.

TRATAMIENTOS Y SERVICIOS ESPECIALES. Sólo se llevarán a cabo por los facultativos y en los centros médicos hospitalarios designados por la Entidad que no necesariamente estarán ubicados en la provincia del domicilio de Asegurado. Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, previa autorización de la Compañía, siempre debe estar prescrito por un psiquiatra del cuadro asistencial de Mapfre Caja Salud y como tratamiento complementario a patologías psiquiátricas, con un máximo de 20 sesiones año/asegurado. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo I de éstas Condiciones Generales. Dicho coste se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales. MEDICINA PREVENTIVA: Servicios no cubiertos: el coste de las vacunas; estudios genéticos; técnicas de recuperación postparto y con un límite de 15 horas para las técnicas de preparación al parto; rehabilitación cardíaca con 30 sesiones por paciente. Detección Precoz y Tratamiento de la Sordera en Niños menores de 7 años, siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 10 meses, con un máximo de 20 sesiones/año de logopedia.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA: será necesario que ambos miembros de la pareja sean asegurados de esta póliza, que ninguno de ellos haya sido sometido a cirugía anticonceptiva, que la mujer no haya cumplido los 40 años y que no hayan tenido descendencia. La cobertura alcanza a dos intentos de inseminación artificial y un intento de fecundación "in vitro". Servicios no cubiertos: la congelación/descongelación de embriones y esperma, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma. En el caso de técnicas ICSY o micro inyección espermática existe franquicia a cargo del asegurado. PODOLOGÍA: máximo 4 sesiones de quiropodia al año.

TRASPLANTES DE ÓRGANOS: sólo trasplantes de córnea, corazón hígado, riñón, pulmón, páncreas y médulas ósea. Queda excluida la gestión y los gastos derivados de su obtención. PRÓTESIS E IMPLANTES: exclusivamente los recogidos en el Catálogo de Prótesis e Implantes del Anexo I de las Condiciones Generales, autorizados previamente por la Aseguradora, y hasta el límite de reembolso fijado en dicho Anexo. Se excluyen los injertos osteoinductores, osteoconductores y los celulares. CIRUGÍA DE LA MIOPIA, HIPERMETROPIA Y ASTIGMATISMO: Técnica quirúrgica mediante láser excimer, según franquicias por cada ojo recogidas en el Anexo I de las Condiciones Generales. RED HOSPITALARIA EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA: Exclusivamente el 60 por ciento de los gastos médicos y hospitalarios previo abono de la factura. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS. Según se indica en el Anexo I de las Condiciones Generales. Dicho importe se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales.

PERÍODOS DE CARENIA

Para determinadas prestaciones, será necesario que los primeros síntomas se produzcan una vez transcurridos los siguientes períodos de carencia:

CARENIA DE 6 MESES: en caso de intervenciones quirúrgicas en régimen ambulante o de internamiento; hospitalización de cualquier tipo; resonancia magnética; PET, gammagrafía, radiología vascular e intervencionista, polisomnografía, Tac coronario, diálisis, litotricia extracorpórea urológica, oncología médica o radioterápica; resto de tratamientos y servicios especiales; las garantías del segundo diagnóstico, acceso a la red hospitalaria de E.E.U.U., Rehabilitación; Consulta /Tratamiento de Psicoterapia breve o terapia focal.

CARENIA DE 10 MESES: asistencia a parto o cesárea, salvo en el caso de asegurado único en la póliza que se amplía a 24 meses.

CARENIA DE 24 MESES: adopción nacional e internacional. (El inicio de los trámites de adopción deberá haberse solicitado una vez transcurrido el periodo de carencia indicado desde el alta del asegurado en póliza)

CARENIA DE 48 MESES: estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida. El periodo de carencia se aplicará con relación al alta más reciente de los miembros de la pareja sino han contratado en la misma fecha.

EXCLUSIONES GENERALES (Art. 5º)

Se excluyen de las coberturas de la póliza los riesgos que se indican a continuación:

- La asistencia sanitaria prestada por médicos, servicios o centros no concertados con MAPFRE CAJA SALUD, así como los gastos médicos u hospitalarios ocasionados por servicios que dichos facultativos pudieran ordenar o cualquier otro tipo de indemnización.
- La asistencia sanitaria a toda clase de enfermedades, defectos y malformaciones contraídas y manifestadas antes de la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza o durante los períodos de carencia estipulados, aún cuando no se hubieran diagnosticado de forma concreta; las secuelas producidas por ellas, estados fisiológicos que requieran controles y/o pruebas médicas, contraídos y manifestados antes de la entrada en vigor de la póliza, así como los defectos de nacimiento y las enfermedades congénitas.
- Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.
- La asistencia sanitaria resultante de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y las derivadas de la práctica como profesional de cualquier deporte, así como la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, tereo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo análogo.
- La asistencia sanitaria derivada de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.
- La asistencia sanitaria como consecuencia de tentativa de suicidio o autolesión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- La asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (SIDA) y el tratamiento del alcoholismo y de la drogadicción.
- La asistencia sanitaria en las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radioactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional", así como las epidemias declaradas oficialmente.
- Chequeos, exámenes médicos generales y estudios genéticos de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de medicina preventiva.

MEDISALUD

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO (Art.2º)

Las coberturas de la póliza son válidas en todo el mundo, siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. Si éste trasladara su domicilio fuera de España, se extinguirán automáticamente.

No son asegurables las personas mayores de 65 años. No obstante, los Asegurados que alcancen esta edad, durante la vigencia, tendrán derecho a prorrogarlo hasta que cumplan 70 años.

CONDICIONES GENERALES DE CADA GARANTÍA

GASTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS Y GASTOS HOSPITALARIOS CUBIERTOS: Hasta el porcentaje y límite máximo de indemnización fijado en Condiciones Particulares. En todo caso, se entenderá como un ingreso referido a una misma dolencia aquel que se deba a una misma causa o causas relacionadas con el ingreso anterior, incluyendo sus complicaciones. A estos efectos será considerado como continuación del anterior y no como nueva dolencia.

GASTOS EXTRAHOSPITALARIOS CUBIERTOS: Hasta el porcentaje y límite máximo de indemnización fijado en Condiciones Particulares. Se excluyen los productos farmacéuticos. No se cubren los gastos ocasionados por servicios médicos prestados a recién nacidos, salvo Art. 7.7 de las Condiciones Generales. En los tratamientos de hemodiálisis o diálisis peritoneal, el Asegurador se hará cargo del coste del tratamiento en las unidades especiales que correspondan durante el período máximo de 1 año a contar desde la primera sesión; en procedimientos de rehabilitación en servicios no recomendados con el límite de 30 sesiones por año.

EXCLUSIONES GENERALES (Art. 3º)

- Las enfermedades contraídas y manifestadas antes de la entrada en vigor de la póliza o durante los periodos de carencia estipulados, aún cuando no se hubieran diagnosticado de forma concreta; las secuelas producidas por ellas, los estados fisiológicos que requieran controles y/o pruebas médicas, contraídos y manifestados antes de la entrada en vigor de la póliza, así como los defectos de nacimiento y las enfermedades congénitas.

- Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza.

- Los trastornos psicológicos, salvo los de base psiquiátrica y siempre que los tratamientos psicoterápicos sean prescritos por un psiquiatra, y realizados previa autorización de la Entidad en los Servicios Concertados a éste fin. El SIDA y/o enfermedades asociadas al Virus HIV positivo; toxicomanía y alcoholismo.

- El consumo por parte del Asegurado, de estupefacientes no prescritos médicamente o por la ingestión de bebidas alcohólicas.

- Congelación/descongelación de embriones/esperma, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma.

- Los tratamientos para adelgazar, la cirugía de la obesidad, las curas de sueño o reposo, psicoanálisis, hipnosis, narcolepsia ambulatoria, sofrología, test psicológicos, la psicoterapia psicoanalítica, así como la rehabilitación psicossocial o neuropsiquiátrica.

- Costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos, salvo implantes cocleares y audífonos incluidos en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la Sordera en niños menores de 7 años y hasta el límite fijado en el Catálogo de Prótesis.

- Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas en general, y el tratamiento de la esclerosis venosa.

- Chequeos exámenes médicos generales y estudios genéticos de carácter preventivo.

- Aerosoles, oxigenoterapia, ventiloterapia y rayos PUVA salvo que se utilicen los servicios recomendados, así como CPAP, BIPAP, monitores de apnea, vacunas y tratamientos farmacológicos.

- Injertos osteoinductores y osteoconductores, injertos celulares; las piezas anatómicas ortopédicas y material ortopédico.

- Las prótesis e implantes, excepto las recogidas en el Catálogo de Prótesis e Implantes del Anexo I de la Condiciones Generales y hasta el límite de reembolso fijado en dicho Anexo.

- La participación del Asegurado en apuestas, desafíos y riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa. También los que se deriven de suicidios y sus tentativas, así como la autolesión.

- La práctica como profesional de cualquier deporte y la práctica como profesional o aficionado de actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos a motor incluidos los entrenamientos, espeleología, troteo, encierro de reses y cualquier otra actividad o deporte de riesgo análogo.

- Actos de guerra (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radiactiva y otros hechos que sean declarados de carácter catastrófico o extraordinario, así como las epidemias declaradas oficialmente.

- La educación para el lenguaje, salvo cuando haya patología orgánica de base, la educación y terapia especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos, así como la terapia de mantenimiento y ocupacional.

- Las siguientes coberturas, salvo en los términos y condiciones del artículo 16º de las Condiciones Generales: las enfermedades psiquiátricas; tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, previa autorización de la Compañía, siempre debe estar prescrito por un psiquiatra y cómo tratamiento complementario a patologías psiquiátricas con un máximo de 20 sesiones/año/asegurado. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo I de éstas Condiciones Generales. Dicho coste se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales; los tratamientos de podología; los empastes, endodoncias y demás tratamientos odontológicos; cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía); las esterilizaciones para ambos sexos, la fecundación "in vitro", la inseminación artificial; el estudio o tratamiento de la esterilidad/infertilidad; programas de medicina preventiva (Detección Precoz y Tratamiento de la Sordera en Niños menores de 7 años y siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 10 meses, tiene un máximo de 20 sesiones/año de logopedia).

PERIODOS DE CARENCIA (Art. 5º)

Para determinadas prestaciones/reembolsos, será necesario que los primeros síntomas se produzcan una vez transcurridos los siguientes periodos de carencia:

- En caso de enfermedad que requiera intervención quirúrgica y/o tratamiento de radioterapia, quimioterapia, hemodiálisis y litotricia, los primeros síntomas deben producirse una vez transcurridos 6 meses desde la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza, salvo urgencia extrema o vital.

- Los gastos generados por embarazo, parto, aborto, los cariotipos, genotipos y amniocentesis, se cubrirán una vez transcurridos 10 meses desde la fecha de alta en la póliza. En pólizas formadas por una sola persona este período de carencia se amplía a 24 meses.

- Los servicios de: isótopos radiactivos, medicina nuclear, hemodinámica, polisomnografía, PET, resonancia nuclear magnética y rehabilitación, Consulta/Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal, así como la preparación al parto se cubrirán una vez transcurridos 6 meses desde la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza.

- El estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida se cubrirán una vez transcurridos 48 meses desde el alta más reciente de los miembros de la pareja, sino han contratado en la misma fecha.

- Para el reembolso por Adopción nacional e internacional el inicio de los trámites de adopción debe haberse solicitado 24 meses después de la fecha de alta del Asegurado en la póliza.

CAJA SALUD FAMILIAR Y MEDISALUD

PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

Para el caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los periodos sucesivos será la que resulte de aplicar las tarifas de primas fundamentadas en los cálculos técnico-actuariales realizados para actualizar los costes de los servicios asistenciales, la frecuencia de la utilización de tales servicios y, en su caso, la incorporación a la póliza de las innovaciones tecnológicas de nueva aparición. Además, en cada año la prima se actualizará se acuerdo con los factores de riesgo que el Asegurador tenga establecidos a la fecha de renovación.

Si se produjera un siniestro durante el transcurso del periodo de gracia, el Asegurador podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el periodo en curso. No serán indemnizables los siniestros que se produzcan cuando las coberturas se encuentren suspendidas.

Si durante la vigencia del seguro se produjera la desaparición del interés asegurado, la Entidad tendrá el derecho de hacer suya la prima no consumida.

PROTECCIÓN DE DATOS Y CONFIDENCIALIDAD

El abajo firmante autoriza el tratamiento automatizado de los datos suministrados voluntariamente para la contratación del seguro, la grabación de las llamadas telefónicas efectuadas al servicio telefónico de la Aseguradora y la actualización de sus datos para el cumplimiento del contrato, realizar estudios estadísticos y análisis de siniestralidad, realizar la prevención del fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, remitirle información sobre nuestro productos y servicios y de los de las distintas entidades del Sistema MAPFRE, tramitar las consultas que plantee y gestionar otras solicitudes o contratos de seguro de cualquiera de las entidades del Sistema MAPFRE. Acepta expresamente a que tales datos sean cedidos exclusivamente para las finalidades indicadas anteriormente, a otras entidades del Sistema MAPFRE (www.mapfre.com), y muy especialmente a MAPFRE SEGUROS GENERALES, Cia. de Seguros y Reaseguros, S.A. para el aseguramiento de la garantía de Protección de Pagos, a los centros médicos propios, así como a otras sociedades con las que las entidades del Sistema MAPFRE concluyan acuerdos de colaboración, así como que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre MAPFRE CAJA SALUD y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria o indemnizatoria garantizada en el contrato de seguro, solicitar o verificar de dichos prestadores de servicios sanitarios las causas que motivan las prestaciones, y en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada cesión que se efectúa a los referidos cesionarios. Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados.

El fichero creado está ubicado en el Edificio MAPFRE Nº 1, Carretera de Pozuelo, nº 52, 28220 Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE CAJA SALUD, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal mediante comunicación escrita a la anterior dirección.

En caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del Tomador, éste deberá con carácter previo a su inclusión en el presente documento, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

Recibí un ejemplar de las Condiciones Generales del seguro, así como la copia del presente documento, que he leído y acepto en su integridad.

PÓLIZA Nº

Nombre y Apellidos del Tomador del Seguro

Firma:

**EXTRACTO DE LAS CLÁUSULAS GENERALES, LIMITATIVAS Y DE EXCLUSIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS ASEGURADOS
DEL SEGURO CAJA SALUD FAMILIAR Y MEDISALUD**

En este extracto figuran las cláusulas limitativas y de exclusión de los derechos de los asegurados, que han sido leídas y aceptadas expresamente por el Tomador, lo que se acredita mediante su firma en el presente documento.

CAJA SALUD FAMILIAR

LIMITACIONES GENERALES A TODAS GARANTÍAS

El Asegurador no se hace cargo de los honorarios que correspondan a facultativos o centros hospitalarios ajenos a su cuadro médico no incluidos en la Guía Médica Asistencial vigente. No tendrá derecho a prestaciones sanitarias posteriores aunque tengan su origen en enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de extinción de la póliza.

OBJETO DEL SEGURO (Art.2º)

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

LIMITACIONES Y EXCLUSIONES POR GARANTÍAS (Art. 3º)

ASISTENCIA PRIMARIA. El servicio de hospitalización a domicilio precisará la autorización previa y comprenderá la atención por médico general. Por el personal de enfermería solo se aplicarán inyectables, sueroterapia, sondajes y curas. El servicio de ambulancia requerirá orden facultativa por escrito. Servicios no cubiertos: productos farmacéuticos, vacunas, jeringuillas, empapadores, aparatos ortopédicos, monitorizaciones, aparatos de rehabilitación pasiva y en general cualquier producto o asistencia utilizado con fines sociales.

ASISTENCIA ESPECIALIZADA Servicios no cubiertos: La educación para el lenguaje, salvo en patología orgánica de base; la educación y terapia especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos y la terapia de mantenimiento y ocupacional. Los test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia psicoanalítica, así como la rehabilitación psicossocial o neuropsiquiátrica, sofrología y narcolepsia ambulatoria. Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, como organometría, acupuntura, homeopatía y similares y los tratamientos cosméticos y estéticos. La órtesis y prótesis ópticas, auditivas, (salvo implantes cocleares y audífonos incluidos en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la Sordera en niños), miembros u órganos artificiales (extremidades ortopédicas, prótesis del ojo, de pene, testículo y de mama), D.I.U. (salvo en los programas de medicina preventiva), y en general, cualquier aparato ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, así como los gastos de mantenimiento y reparación y los productos farmacéuticos, vacunas y jeringuillas. La hipertermia prostática, tratamientos con cámara hiperbárica, rehabilitación del suelo pélvico, terapia fotodinámica y cualquier técnica novedosa o de nueva implantación no incluida en la presente póliza. En ventiloterapia, el CPAP, BIPAP y los monitores de APNEA. En odontoestomatología la periodoncia, endodoncia, los empastes, la ortodoncia, las prótesis dentales y los implantes.

HOSPITALIZACIÓN. Será necesaria autorización previa de al menos 48 horas. En todas las garantías hospitalarias: Únicamente se cubrirán los honorarios de los profesionales concertados que intervengan en la hospitalización siempre que exista indicación médica y el centro disponga de los medios técnicos y profesionales que lo permitan.

Servicios no cubiertos: Los servicios hosteleros y sociales, comidas del acompañante, servicio privado de enfermería, habitaciones tipo suites y la cama del acompañante en unidades especiales; los traslados para tratamientos de rehabilitación o enfermedades crónicas y los gastos de desplazamiento originados por asistir fuera de la localidad del asegurado a centros médicos y hospitales. Existe un límite de 60 días por asegurado y año en unidades especiales de lesionados raquimedulares.

En la hospitalización quirúrgica: Servicios no cubiertos: la cirugía y los tratamientos de estética en general, tratamiento de la esclerosis venosa, rinoplastias, cirugía reconstructiva de la mama salvo post-mastectomía por cáncer, tratamientos cosméticos y de la alopecia androgénica, la cirugía de la obesidad, la cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas, la cirugía de la transexualidad; el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de la impotencia coeundi y la cirugía estereotáxica del parkinson y el coste de los implantes cocleares. En la hospitalización médica: Servicios no cubiertos: los internamientos para curas de reposo o adelgazamiento, las estancias en residencias asistidas, geriátricos, los tratamientos en balnearios. En la hospitalización psiquiátrica: Servicios no cubiertos: la hospitalización en procesos psiquiátricos crónicos; test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia, sofrología y narcolepsia. Existe un límite de 60 días por asegurado/año en afectados por procesos agudos o crónicos reagudizados.

TRATAMIENTOS Y SERVICIOS ESPECIALES. Sólo se llevarán a cabo por los facultativos y en los centros médicos hospitalarios designados por la Entidad que no necesariamente estarán ubicados en la provincia del domicilio de Asegurado. Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, previa autorización de la Compañía, siempre debe estar prescrito por un psiquiatra del cuadro asistencial de Mapfre Caja Salud y como tratamiento complementario a patologías psiquiátricas, con un máximo de 20 sesiones año/asegurado. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo I de éstas Condiciones Generales. Dicho coste se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales. MEDICINA PREVENTIVA: Servicios no cubiertos: el coste de las vacunas; estudios genéticos; técnicas de recuperación postparto y con un límite de 15 horas para las técnicas de preparación al parto; rehabilitación cardíaca con 30 sesiones por paciente. Detección Precoz y Tratamiento de la Sordera en Niños menores de 7 años, siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 10 meses, con un máximo de 20 sesiones/año de logopedia.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA: será necesario que ambos miembros de la pareja sean asegurados de esta póliza, que ninguno de ellos haya sido sometido a cirugía anticonceptiva, que la mujer no haya cumplido los 40 años y que no hayan tenido descendencia. La cobertura alcanza a dos intentos de inseminación artificial y un intento de fecundación "in vitro". Servicios no cubiertos: la congelación/descongelación de embriones y esperma, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma. En el caso de técnicas ICSY o micro inyección espermática existe franquicia a cargo del asegurado. PODOLOGÍA: máximo 4 sesiones de quiropodia al año.

TRASPLANTES DE ÓRGANOS: sólo trasplantes de córnea, corazón hígado, riñón, pulmón, páncreas y médulas ósea. Queda excluida la gestión y los gastos derivados de su obtención. PRÓTESIS E IMPLANTES: exclusivamente los recogidos en el Catálogo de Prótesis e Implantes del Anexo I de las Condiciones Generales, autorizados previamente por la Aseguradora, y hasta el límite de reembolso fijado en dicho Anexo. Se excluyen los injertos osteoinductores, osteoconductores y los celulares.

CIRUGÍA DE LA MIOPIA, HIPERMETROPIA Y ASTIGMATISMO: Técnica quirúrgica mediante láser excimer, según franquicias por cada ojo recogidas en el Anexo I de las Condiciones Generales. RED HOSPITALARIA EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA: Exclusivamente el 60 por ciento de los gastos médicos y hospitalarios previo abono de la factura.

PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS. Según se indica en el Anexo I de las Condiciones Generales. Dicho coste se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales.

PERÍODOS DE CARENCIA

Para determinadas prestaciones, será necesario que los primeros síntomas se produzcan una vez transcurridos los siguientes periodos de carencia:

CARENCIA DE 6 MESES: en caso de intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento; hospitalización de cualquier tipo; resonancia magnética; PET, gammagrafía, radiología vascular e intervencionista, polisomnografía, Tac coronario, diálisis, litotricia extracorpórea urológica, oncología médica o radioterápica; resto de tratamientos y servicios especiales; las garantías del segundo diagnóstico, acceso a la red hospitalaria de E.E.U.U., Rehabilitación; Consulta / Tratamiento de Psicoterapia breve o terapia focal.

CARENCIA DE 10 MESES: asistencia a parto o cesárea, salvo en el caso de asegurado único en la póliza que se amplía a 24 meses.

CARENCIA DE 24 MESES: adopción nacional e internacional. (El inicio de los trámites de adopción deberá haberse solicitado una vez transcurrido el periodo de carencia indicado desde el alta del asegurado en póliza)

CARENCIA DE 48 MESES: estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida. El periodo de carencia se aplicará con relación al alta más reciente de los miembros de la pareja sino han contratado en la misma fecha.

EXCLUSIONES GENERALES (Art. 5º)

Se excluyen de las coberturas de la póliza los riesgos que se indican a continuación:

- La asistencia sanitaria prestada por médicos, servicios o centros no concertados con MAPFRE CAJA SALUD, así como los gastos médicos u hospitalarios ocasionados por servicios que dichos facultativos pudieran ordenar o cualquier otro tipo de indemnización.
- La asistencia sanitaria a toda clase de enfermedades, defectos y malformaciones contraídas y manifestadas antes de la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza o durante los periodos de carencia estipulados, aún cuando no se hubieran diagnosticado de forma concreta; las secuelas producidas por ellas, estados fisiológicos que requieran controles y/o pruebas médicas, contraídos y manifestados antes de la entrada en vigor de la póliza, así como los defectos de nacimiento y las enfermedades congénitas.
- Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.
- La asistencia sanitaria resultante de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y las derivadas de la práctica como profesional de cualquier deporte, así como la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, tореo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo análogo.
- La asistencia sanitaria derivada de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.
- La asistencia sanitaria como consecuencia de tentativa de suicidio o autolesión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
- La asistencia sanitaria derivada de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (SIDA) y el tratamiento del alcoholismo y de la drogadicción.
- La asistencia sanitaria en las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radioactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional", así como las epidemias declaradas oficialmente.
- Chequeos, exámenes médicos generales y estudios genéticos de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de medicina preventiva.

MEDISALUD

OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO (Art.2º)

Las coberturas de la póliza son válidas en todo el mundo, siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. Si éste trasladara su domicilio fuera de España, se extinguirán automáticamente.

No son asegurables las personas mayores de 65 años. No obstante, los Asegurados que alcancen esta edad, durante la vigencia, tendrán derecho a prorrogarlo hasta que cumplan 70 años.

CONDICIONES GENERALES DE CADA GARANTÍA

GASTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS Y GASTOS HOSPITALARIOS CUBIERTOS: Hasta el porcentaje y límite máximo de indemnización fijado en Condiciones Particulares. En todo caso, se entenderá como un ingreso referido a una misma dolencia aquel que se deba a una misma causa o causas relacionadas con el ingreso anterior, incluyendo sus complicaciones. A estos efectos será considerado como continuación del anterior y no como nueva dolencia.

GASTOS EXTRAHOSPITALARIOS CUBIERTOS: Hasta el porcentaje y límite máximo de indemnización fijado en Condiciones Particulares. Se excluyen los productos farmacéuticos. No se cubren los gastos ocasionados por servicios médicos prestados a recién nacidos, salvo Art. 7.7 de las Condiciones Generales. En los tratamientos de hemodiálisis o diálisis peritoneal, el Asegurador se hará cargo del coste del tratamiento en las unidades especiales que correspondan durante el período máximo de 1 año a contar desde la primera sesión; en procedimientos de rehabilitación en servicios no recomendados con el límite de 30 sesiones por año.

EXCLUSIONES GENERALES (Art. 3º)

- Las enfermedades contraídas y manifestadas antes de la entrada en vigor de la póliza o durante los periodos de carencia estipulados, aún cuando no se hubieran diagnosticado de forma concreta; las secuelas producidas por ellas, los estados fisiológicos que requieran controles y/o pruebas médicas, contraídos y manifestados antes de la entrada en vigor de la póliza, así como los defectos de nacimiento y las enfermedades congénitas.

- Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza.
- Los trastornos psicológicos, salvo los de base psiquiátrica y siempre que los tratamientos psicoterapéuticos sean prescritos por un psiquiatra, y realizados previa autorización de la Entidad en los Servicios Concertados a éste fin. El SIDA y/o enfermedades asociadas al Virus HIV positivo; toxicomanía y alcoholismo.

- El consumo por parte del Asegurado, de estupefacientes no prescritos médicamente o por la ingestión de bebidas alcohólicas.

- Congelación/descongelación de embriones/esperma, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma.

- Los tratamientos para adelgazar, la cirugía de la obesidad, las curas de sueño o reposo, psicoanálisis, hipnosis, narcolepsia ambulatoria, sofrología, test psicológicos, la psicoterapia psicoanalítica, así como la rehabilitación psicosocial o neuropsiquiatría.
- Costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos, salvo implantes cocleares y audífonos incluidos en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la Sordera en niños menores de 7 años y hasta el límite fijado en el Catálogo de Prótesis.

- Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas en general, y el tratamiento de la esclerosis venosa.

- Chequeos exámenes médicos generales y estudios genéticos de carácter preventivo.
- Aerosoles, oxigenoterapia, ventiloterapia y rayos PUVA salvo que se utilicen los servicios recomendados, así como CPAP, BIPAP, monitores de apnea, vacunas y tratamientos farmacológicos.

- Injertos osteoinductores y osteoconductores, injertos celulares; las piezas anatómicas ortopédicas y material ortopédico.

- Las prótesis e implantes, excepto las recogidas en el Catálogo de Prótesis e Implantes del Anexo I de la Condiciones Generales y hasta el límite de reembolso fijado en dicho Anexo.

- La participación del Asegurado en apuestas, desafíos y riñas, siempre que en este último caso no hubiere actuado en legítima defensa. También los que se deriven de suicidios y sus tentativas, así como la autolesión.

- La práctica como profesional de cualquier deporte y la práctica como profesional o aficionado de actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos a motor incluidos los entrenamientos, espeleología, toro, encierro de reses y cualquier otra actividad o deporte de riesgo análogo.

- Actos de guerra (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radiactiva y otros hechos que sean declarados de carácter catastrófico o extraordinario, así como las epidemias declaradas oficialmente.

- La educación para el lenguaje, salvo cuando haya patología orgánica de base, la educación y terapia especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos, así como la terapia de mantenimiento y ocupacional.

- Las siguientes coberturas, salvo en los términos y condiciones del artículo 16º de las Condiciones Generales: las enfermedades psiquiátricas; tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal, previa autorización de la Compañía, siempre debe estar prescrito por un psiquiatra y cómo tratamiento complementario a patologías psiquiátricas con un máximo de 20 sesiones año/asegurado. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo I de éstas Condiciones Generales. Dicho coste se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales; los tratamientos de podología; los empastes, endodancias y demás tratamientos odontológicos; cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía); las esterilizaciones para ambos sexos, la fecundación "in vitro", la inseminación artificial; el estudio o tratamiento de la esterilidad/infertilidad; programas de medicina preventiva (Detección Precoz y Tratamiento de la Sordera en Niños menores de 7 años y siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 10 meses, tiene un máximo de 20 sesiones/año de logopedia).

PERIODOS DE CARENCIA (Art. 5º)

Para determinadas prestaciones/reembolsos, será necesario que los primeros síntomas se produzcan una vez transcurridos los siguientes periodos de carencia:

- En caso de enfermedad que requiera intervención quirúrgica y/o tratamiento de radioterapia, quimioterapia, hemodiálisis y litotricia, los primeros síntomas deben producirse una vez transcurridos 6 meses desde la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza, salvo urgencia extrema o vital.

- Los gastos generados por embarazo, parto, aborto, los cariotipos, genotipos y amniocentesis, se cubrirán una vez transcurridos 10 meses desde la fecha de alta en la póliza. En pólizas formadas por una sola persona este período de carencia se amplía a 24 meses.

- Los servicios de: isótopos radiactivos, medicina nuclear, hemodinámica, polisomnografía, PET, resonancia nuclear magnética y rehabilitación, Consulta/Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal, así como la preparación al parto se cubrirán una vez transcurridos 6 meses desde la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza.

- El estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida se cubrirán una vez transcurridos 48 meses desde el alta más reciente de los miembros de la pareja, sino han contratado en la misma fecha.

- Para el reembolso por Adopción nacional e internacional el inicio de los trámites de adopción debe haberse solicitado 24 meses después de la fecha de alta del Asegurado en la póliza.

CAJA SALUD FAMILIAR Y MEDISALUD

PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO

Para el caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los periodos sucesivos será la que resulte de aplicar las tarifas de primas fundamentadas en los cálculos técnico-actuariales realizados para actualizar los costes de los servicios asistenciales, la frecuencia de la utilización de tales servicios y, en su caso, la incorporación a la póliza de las innovaciones tecnológicas de nueva aparición. Además, en cada año la prima se actualizará se acuerdo con los factores de riesgo que el Asegurador tenga establecidos a la fecha de renovación.

Si se produjera un siniestro durante el transcurso del periodo de gracia, el Asegurador podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el periodo en curso. No serán indemnizables los siniestros que se produzcan cuando las coberturas se encuentren suspendidas.

Si durante la vigencia del seguro se produjera la desaparición del interés asegurado, la Entidad tendrá el derecho de hacer suya la prima no consumida.

PROTECCIÓN DE DATOS Y CONFIDENCIALIDAD

El abajo firmante autoriza el tratamiento automatizado de los datos suministrados voluntariamente para la contratación del seguro, la grabación de las llamadas telefónicas efectuadas al servicio telefónico de la Aseguradora y la actualización de sus datos para el cumplimiento del contrato, realizar estudios estadísticos y análisis de siniestralidad, realizar la prevención del fraude en la selección del riesgo y en la gestión de siniestros, remitirle información sobre nuestros productos y servicios y de los de las distintas entidades del Sistema MAPFRE, tramitar las consultas que plantee y gestionar otras solicitudes o contratos de seguro de cualquiera de las entidades del Sistema MAPFRE. Acepta expresamente a que tales datos sean cedidos exclusivamente para las finalidades indicadas anteriormente, a otras entidades del Sistema MAPFRE (www.mapfre.com), y muy especialmente a MAPFRE SEGUROS GENERALES, Cia. de Seguros y Reaseguros, S.A. para el aseguramiento de la garantía de Protección de Pagos, a los centros médicos propios, así como a otras sociedades con las que las entidades del Sistema MAPFRE concluyan acuerdos de colaboración, así como que sus datos, incluidos los de salud, puedan ser comunicados entre MAPFRE CAJA SALUD y los médicos, centros sanitarios, hospitales u otras instituciones o personas, con la finalidad de cumplir, desarrollar, controlar y ejecutar la prestación sanitaria o indemnizatoria garantizada en el contrato de seguro, solicitar o verificar de dichos prestadores de servicios sanitarios las causas que motivan las prestaciones, y en su caso, recobrar los gastos, respetando, en todo caso, la legislación española sobre protección de datos de carácter personal y sin necesidad de que le sea comunicada cada cesión que se efectúa a los referidos cesionarios. Todos los datos son tratados con absoluta confidencialidad, no siendo accesibles a terceros para finalidades distintas para las que han sido autorizados.

El fichero creado está ubicado en el Edificio MAPFRE Nº 1, Carretera de Pozuelo, nº 52, 28220 Majadahonda (Madrid), bajo la supervisión y control de MAPFRE CAJA SALUD, quien asume la adopción de las medidas de seguridad de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y demás legislación aplicable y ante quien el titular de los datos puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal mediante comunicación escrita a la anterior dirección.

En caso de que los datos facilitados se refieran a personas físicas distintas del Tomador, éste deberá con carácter previo a su inclusión en el presente documento, informarles de los extremos contenidos en los párrafos anteriores.

Recibí un ejemplar de las Condiciones Generales del seguro, así como la copia del presente documento, que he leído y acepto en su integridad.

PÓLIZA Nº

Nombre y Apellidos del Tomador del Seguro

Firma: