

Because life matters most.

further



Momentos Vitales[®]

Condiciones generales



ARTÍCULO PRELIMINAR

La Aseguradora del presente Contrato de Seguro es AXIS Specialty Europe SE **AXIS Specialty Europe SE**, con domicilio social en Mount Herbert Court, 34 Upper Mount Street, Dublín 2, Irlanda, la cual está registrada en Irlanda con el número 353402 SE y está autorizada por el Central Bank of Ireland, con el número de registro C33643.

AXIS Specialty Europe SE opera en España en Libre Prestación de Servicios y está inscrita en el Registro Especial de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con el número de registro L0407.

Further Underwriting International S.L.U., "**Further**", es una Agencia de Suscripción, actuando con autoridad delegada de AXIS Specialty Europe SE, para suscribir Pólizas del Seguro Momentos Vitales, así como administrar y gestionar los Siniestros derivados del mismo.

El presente Contrato de Seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, y por lo convenido en las Condiciones Generales y Particulares del propio Contrato de Seguro, sin perjuicio de todas las materias en las que sea aplicable la normativa irlandesa y en particular las obligaciones informativas de **AXIS Specialty Europe SE**.

Artículo 1 – DEFINICIONES

A los efectos de este Contrato de Seguro, se entiende por:

Accidente: Todo evento producido y debido a una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado produciendo lesiones corporales objetivamente apreciables.

Actos de Terrorismo: Cualquier acto o amenaza, incluyendo pero no limitado al uso de fuerza o violencia, de cualquier persona o grupo(s) de personas, actuando solo o en nombre de o en conexión con cualquier organización(es) o gobierno(s) realizado por motivos políticos, religiosos, ideológicos o motivos similares incluyendo la intención de influir a cualquier gobierno y/o atemorizar al público o a cualquier sección del público; o el uso de cualquier agente, material, aparato o arma biológica, química, radioactiva o nuclear.

Asegurado: La persona o personas, designadas en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro, sobre las que se establece el Contrato de Seguro, a la que corresponden los derechos que deriven del presente Contrato de Seguro y quien, en defecto del Tomador, asume las obligaciones que derivan de él.

Aseguradora: AXIS Specialty Europe SE, entidad que asume el riesgo contractualmente pactado en la Póliza de seguro.

Boletín de Adhesión: Formulario del que el Tomador y/o Asegurado debe hacer uso obligatoriamente para solicitar, por cuenta propia o ajena, la inclusión de las personas que deseen formar parte del seguro.

Cáncer No Invasivo o "in situ": Es un tumor maligno que queda restringido al epitelio en que se originó y que no ha invadido el estroma o el tejido contiguo.

Because life matters most.

further



Cardiólogo: Doctor especializado en las enfermedades del corazón y del sistema cardiovascular.

Certificación Médica Previa: Certificación emitida por la Aseguradora o Further que incluye la confirmación de cobertura bajo la Póliza en el Hospital, fuera del país de residencia del Asegurado, indicada para el tratamiento, servicio, suministro o prescripción médica del caso.

Certificado de Seguro: Documento facilitado por la Aseguradora a cada uno de los Asegurados en las Pólizas Colectivas como confirmación de su adhesión al Grupo Asegurado y donde figura la Suma Asegurada y las coberturas contratadas.

Cirugía: Práctica que implica la manipulación mecánica de las estructuras anatómicas con un fin médico, bien sea diagnóstico, terapéutico o pronóstico, realizada mediante incisión de la piel u otra vía de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro autorizado y que requiere la utilización de un quirófano.

Condiciones Particulares: Documento integrante de la Póliza en el que se especifican la Suma Asegurada y los límites cuantitativos de la Garantías cubiertas, la Prima y la Fecha de Efecto y Fecha de Vencimiento del seguro.

Contagio Accidental de VIH: Contagio accidental del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) como resultado de:

- Una transfusión sanguínea realizada dentro de un tratamiento médico o
- Un ataque físico o
- Un incidente en el desarrollo de las obligaciones normales de las siguientes ocupaciones profesionales:
 - Profesionales médicas;
 - Servicios de emergencia (policía, bomberos) y miembros de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado;
 - Trabajadores sociales;
 - Empleados de empresas de gestión de residuos.

El incidente causante de la infección debe haber sido notificado a las autoridades, así como investigado de acuerdo a los protocolos establecidos para estos casos:

- Cuando se trate de un contagio accidental como resultado de un ataque físico o el desarrollo de las obligaciones normales de las ocupaciones profesionales arriba indicadas, el incidente debe ser confirmado con un test de anticuerpos negativos al VIH realizado en los 5 días siguientes al incidente;
- Debe haber un test positivo al VIH en los doce meses siguientes al incidente, confirmando la existencia de VIH o anticuerpos del virus;
- El incidente causante de la infección debe haber ocurrido en un estado miembro de la Unión Europea, Suiza, Canadá, Estados Unidos o Australia.

El contagio accidental de VIH por cualquier otro motivo, incluyendo actividad sexual o consumo de drogas, no se considerará accidental y no estará cubierto por la Póliza.

Declaración de Salud: Declaración realizada y firmada por el Tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la Póliza y que sirve a la Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del Contrato de Seguro. Para los Asegurados menores de edad, la declaración es realizada y firmada por el Tomador del Seguro o tutor legal del menor.

Because life matters most.

further



Dependiente: Para pólizas contratadas por personas físicas, los dependientes serán (1) la pareja del Tomador, (2) los hijos solteros dependientes del Tomador o del cónyuge del Tomador (incluyendo hijos naturales, hijastros o hijos adoptados). Deberán convivir en la misma dirección permanente con el Tomador salvo aprobación expresa de la Aseguradora. Los dependientes deberán cumplir los siguientes criterios:

La pareja será el cónyuge legal, pareja de hecho, o, en el caso de ausencia de matrimonio, la pareja deberá ser alguien mayor de dieciocho (18) años de edad que viva en la misma dirección permanente y que sea financieramente dependiente del Tomador (o sean ambos mutuamente dependientes en términos financieros). La pareja no puede ser un familiar salvo los mencionados cónyuges legales o parejas de hecho, y solo puede darse una pareja designada por cada Tomador. Pueden ser del mismo sexo que el Tomador del seguro.

Los mayores de dieciocho (18) solo se considerarán hijos solteros dependientes del Asegurado o del cónyuge del Asegurado si cumplen los siguientes requisitos:

- no tienen un trabajo de empleado de jornada completa o no trabajan por cuenta propia y
- son estudiantes como principal ocupación y
- son dependientes en términos financieros del Asegurado del seguro.

Enfermedad: Toda alteración involuntaria del estado de la salud, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un Médico legalmente habilitado para el ejercicio de su especialidad concreta. Se considera una misma Enfermedad todas las lesiones y secuelas derivadas de un mismo diagnóstico, así como todas las afecciones debidas a las mismas causas o a causas relacionadas. Si una afección se debe a una misma causa que produjo una Enfermedad anterior, o a causas relacionadas con ella (incluyendo secuelas y complicaciones derivadas de la anterior Enfermedad), la Enfermedad será considerada como una continuación de la anterior y no como una Enfermedad distinta.

Enfermedad Preexistente: Enfermedad o dolencia que ha sido diagnosticada, tratada, o cuyos síntomas y/o signos relacionados y medicamente documentados se hayan manifestado dentro de los últimos 10 años anteriores a la Fecha de Efecto de la Póliza.

Entidad Supervisora: La Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

Exclusión: Es una situación o eventualidad no cubierta por la Póliza, y que la Aseguradora no esta obligada a cubrir dentro de las Garantías aceptadas en la gestión de un Siniestro. Las Exclusiones se detallan en el Artículo 6º.

Fecha de Efecto: La fecha en la que comienza la cobertura y queda indicada en las Condiciones Particulares.

Fecha de Vencimiento: La fecha en la que la cobertura del Asegurado bajo la Póliza finaliza y así es indicada en las Condiciones Particulares.

Further Underwriting International S.L.U., "Further", es una Agencia de Suscripción, actuando con autoridad delegada de AXIS Specialty Europe SE, para suscribir Pólizas del Seguro Momentos Vitales, así como administrar y gestionar los Siniestros derivados del mismo y concertar los servicios médicos incluidos en la Póliza.

Garantías de la Póliza: Es el conjunto de las Prestaciones y servicios médicos que ofrece la Póliza, así como las compensaciones y reembolsos monetarios que se deriven de estas Prestaciones.

Because life matters most.

further



Fecha de Renovación: La Fecha de Renovación indicada en la última correspondencia emitida por Further, o cualquier aniversario anual de esa misma fecha.

Hospital: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento médico de Enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios materiales y personales adecuados para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas, y atendido por Médicos y personal sanitario las veinticuatro (24) horas del día.

Hospitalización: La estancia con noche incluida en un Hospital o clínica.

Lesión: Daño infligido al Asegurado.

Medicación: Cualquier sustancia o combinación de sustancias que puedan ser usadas o administradas al Asegurado con objeto de restaurar, corregir o modificar funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o para la obtención de un diagnóstico médico, obtenibles exclusivamente bajo prescripción médica emitida por un Doctor y dispensadas por un farmacéutico autorizado.

Una prescripción para una Medicación comercial es válida para la Medicación genérica que posee los mismos ingredientes activos, efecto y dosis que la Medicación comercial.

Medicamento Necesarios: Los cuidados y tratamientos médicos serán considerados Medicamento Necesarios cuando sean:

- necesarios para satisfacer las necesidades de salud básicas del Asegurado y
- facilitados mediante el procedimiento médico más apropiado y en las condiciones adecuadas para la prestación del tratamiento o cuidado médico, bajo consideraciones de coste y calidad del tratamiento y
- adecuados y consistentes con el tipo, frecuencia y duración del tratamiento según los criterios científicos de organizaciones médicas, de investigación o de salud u organizaciones gubernamentales aceptadas por la Aseguradora y
- adecuados y consistentes con el diagnóstico del Procedimiento Médico o la Enfermedad y solicitados por motivos que sean ajenos a la conveniencia del Asegurado y su Doctor y
- que según la mayor parte de la literatura médica sean
 - ✓ seguros y efectivos en el tratamiento o diagnóstico de la Enfermedad o Procedimiento Médico para los que son propuestos o
 - ✓ seguros según un cálculo razonable de eficiencia para el tratamiento de una Condición o Enfermedad que pone en peligro la vida del Asegurado dentro de un programa de investigación bajo supervisión clínica.

Medicina Alternativa: Sistemas médicos y de salud, prácticas y productos que no se consideran en la actualidad como parte de la medicina convencional o de los protocolos médicos estándar, incluyendo, pero no limitado a: acupuntura, aromaterapia, medicina quiropráctica, medicina homeopática, medicina naturopática y medicina osteópata.

Médico: Profesional legalmente habilitado para ejercer la medicina.



Periodo de Exclusión: Intervalo de tiempo durante el cual no se cubren las Enfermedades y Procedimientos Médicos incluidos dentro de las garantías de la Póliza. Dicho periodo se computa por días contados desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella. Las Enfermedades o Procedimientos Médicos cubiertos que sean conocidos o diagnosticados por primera vez o cuyos primeros síntomas relacionados medicamente documentados se manifiesten dentro del periodo de los ciento ochenta (180) primeros días tras la fecha de alta de cada uno de los Asegurados no quedarán cubiertos bajo este seguro.

Póliza: El documento que contiene las condiciones que regulan el Contrato de Seguro. Forman parte integrante de la Póliza: el Boletín de Adhesión incluyendo la Declaración de Salud; las Condiciones Generales; las Condiciones Particulares y/o el Certificado de Seguro que individualizan el riesgo; así como los suplementos o apéndices, si procedieren, que se emitan y añadan a la misma para complementarla o modificarla.

Prestación: Es la asistencia sanitaria que se deriva de la presentación de un Siniestro. Se entiende por asistencia el acto de atender o cuidar la salud de una persona.

Prima: El precio del seguro, la cantidad a satisfacer a la Aseguradora por el mantenimiento en vigor de la cobertura. La frecuencia de los pagos se detallará en las Condiciones Particulares. El recibo contendrá además los recargos e impuestos aplicables.

Prótesis: Dispositivo artificial que reemplaza todo o parte de un órgano o reemplaza todo o parte de la función de una parte del cuerpo inoperativa o que no funciona correctamente.

Servicio de Gestión del Siniestro: Un servicio a través del cual Further, en cada siniestro aprobado, organiza todos los detalles relacionados con el tratamiento médico de un individuo. Esto incluye la supervisión del caso, así como la asistencia en la organización del viaje y del alojamiento para el individuo en cuestión, así como cualquier acompañante elegible.

Servicio de Segunda Opinión Médica: Una segunda opinión médica con respecto a las enfermedades cubiertas. Esto implica la elaboración de un informe de segunda opinión médica, tras la recolección y un análisis detallado del historial clínico del paciente, llevado a cabo por un médico especialista experto en la materia.

Síndrome Cerebral: La presencia de un desorden cerebral o lesión cerebral resultante en el malfuncionamiento total o parcial de las funciones cerebrales.

Siniestro: Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la Póliza. Se considera que constituye un solo y único Siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa o diagnóstico.

Solicitud de Seguro: Formulario del que el Tomador y/o Asegurado debe hacer uso obligatoriamente para solicitar, por cuenta propia o ajena, la inclusión de las personas que deseen formar parte del seguro.

Suma Asegurada: Es la cantidad máxima de indemnización, especificada en las Condiciones Particulares, por las Garantías de la Póliza en la cobertura de las Enfermedades y Procedimientos Médicos detallados en el Artículo 4º.

Tomador del Seguro: La persona física o jurídica que solicita y contrata la Póliza por cuenta propia o ajena y a quien corresponden las obligaciones derivadas de la misma, salvo aquellas que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Tratamiento de Tipo Experimental: Es un tratamiento, procedimiento, curso de tratamiento, equipo, aparato médico, medicamento o producto farmacéutico que con fines médicos, quirúrgicos o rehabilitadores no ha sido universalmente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de Enfermedades y lesiones por el conjunto de las organizaciones científicas reconocidas por la comunidad médica internacional, o bien se encuentra bajo estudio, investigación, periodo de prueba o en cualquier etapa de experimentación clínica.

Because life matters most.

further



Artículo 2 – OBJETO DEL SEGURO

Sujeta a las disposiciones y limitaciones que más adelante se establecen, esta Póliza cubre los gastos incurridos en el tratamiento del Asegurado por procedimientos diagnósticos, tratamientos, servicios, suministros o prescripciones médicas relacionados en el Artículo 5º siempre que se den las siguientes condiciones:

- Las Prestaciones médicas se realizan durante el periodo de cobertura y
- El diagnóstico que es el objeto del tratamiento es confirmado a través del servicio de Segunda Opinión Médica y
- La Enfermedad o patología relacionada con un Procedimiento Médico Cubierto no se diagnosticó, trató y ninguna afección médica o síntoma relacionado fue medicamente documentado en los 10 años anteriores a la Fecha de Efecto o durante el Periodo de Exclusión de cada Asegurado respectivamente incluido en la Póliza y
- El tratamiento es Medicamento Necesario y
- Los gastos cubiertos están por debajo de las Sumas Aseguradas anuales y vitalicias y
- El tratamiento es acordado y gestionado según el procedimiento de Siniestro de la Cláusula 12 y
- Los gastos médicos se incurren fuera del país de residencia del Asegurado, con la excepción de los gastos del beneficio de medicación que se recogen en el Artículo 5(E) y
- Los gastos incurridos por cualquier procedimiento diagnóstico, tratamiento, servicio, suministro o prescripción médica incluidos en la Póliza están definidos en el Artículo 5º.

Artículo 3 – BASES DEL CONTRATO DE SEGURO

1. El presente Contrato de Seguro ha sido concertado sobre las bases de las declaraciones efectuadas por el Tomador y/o Asegurado en el Boletín de Adhesión incluyendo la Declaración de Salud. Dichas declaraciones constituyen las bases para la aceptación del riesgo del presente Contrato de Seguro y forman parte del mismo.
2. Si el Tomador o Asegurado hubiese incurrido en alguna inexactitud o reserva en las declaraciones efectuadas, la Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de un mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro. Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.
3. Si el Siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el apartado anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del tomador del seguro quedará la Aseguradora liberada del pago de la Prestación

Because life matters most.

further

Artículo 4 – ENFERMEDADES Y PROCEDIMIENTOS MÉDICOS CUBIERTOS

4.1 Tratamiento del Cáncer

- Tratamiento de cáncer o tumor maligno caracterizado por no estar encapsulado y por el crecimiento y dispersión incontrolado de células malignas y la invasión de tejidos
- Tratamiento de un Cáncer “In-Situ” que queda restringido al epitelio en que se originó y que no ha invadido el estroma o el tejido contiguo.
- Tratamiento de cambios celulares pre-cancerosos histológicamente o citológicamente clasificados como displasia severa o displasia de alto grado.

4.2 By-Pass de las Arterias Coronarias

Cirugía de corazón por indicación de un Cardiólogo utilizando injertos denominados “by-pass” para corregir estenosis de al menos una arteria coronaria.

4.3 Reemplazo o reparación de Válvulas del Corazón

Supone la Cirugía por indicación de un Cardiólogo para la reposición total o reparación de una o más válvulas del corazón.

4.4 Neurocirugía

Por Neurocirugía se entiende:

- Cirugía de del cerebro y/o estructuras intracraneales
- Tratamiento de tumores benignos en la espina dorsal.

4.5 Trasplante de Donante Vivo

El trasplante quirúrgico en el que el Asegurado recibe un riñón, segmento de hígado, lóbulo de pulmón, porción de páncreas. Dicho órgano es reemplazado por otro del mismo tipo cuyo origen es de otro ser humano vivo identificado como un donante compatible.

4.6 Trasplante de Medula Ósea

Supone el trasplante de células de Medula Ósea provenientes de

- El Asegurado (trasplantes autólogos);
- De un donante vivo compatible (trasplante alogénico).



Artículo 3 – BASES DEL CONTRATO DE SEGURO

En caso de Siniestro, debe seguirse el procedimiento detallado en el Artículo 12º, para poder disfrutar de las Garantías de la Póliza. Los gastos y prestaciones que son Objeto del Seguro bajo esta Póliza, hasta los límites indicados en las Condiciones Particulares, corresponden a los cargos efectuados por los siguientes conceptos:

5(A) Gastos Médicos

1. Por un Hospital en concepto de:

- Habitación, comidas y servicio general de enfermería durante la permanencia en una habitación, sala o pabellón o unidad de vigilancia o cuidado intensivo.
- Otros servicios Hospitalarios incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un Hospital, y los gastos correspondientes al coste de una cama supletoria o de acompañante si el Hospital tiene disponible este servicio.
- Utilización de los quirófanos con todos los servicios incluidos en ellos.

2. Por un centro de Cirugía ambulatoria o independiente, pero solamente si el tratamiento, Cirugía o prescripción hubiese estado cubierta bajo esta Póliza de haber sido proporcionado en un Hospital.

3. Por un Médico en concepto de consulta, tratamiento, cuidados médicos o Cirugía.

4. Por visitas médicas efectuadas al Asegurado mientras se encuentre Hospitalizado.

5. Por los siguientes servicios, tratamientos o prescripciones Médicas y quirúrgicas:

- Anestesia y su administración siempre que haya sido proporcionada por un anestesista profesional.
- Análisis de laboratorio y patología, radiografías con fines diagnósticos, radioterapia, isótopos radioactivos, quimioterapia, electrocardiogramas, ecocardiografías, mielogramas, electroencefalogramas, angiografías, tomografías computarizadas, resonancia nuclear magnética y otras pruebas y tratamientos similares, requeridos para el diagnóstico y tratamiento de una Enfermedad o Procedimiento Médico Cubierto, siempre que hayan sido indicados o suministrados por un Médico o bajo la supervisión de un Médico.
- Transfusiones de sangre y derivados, aplicación de plasma y sueros.
- Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.

6. Por fármacos o Medicación por prescripción médica mientras el Asegurado se encuentre Hospitalizado debido a una Enfermedad o Procedimiento Médico Cubierto. Quedan también garantizados los gastos por fármacos o Medicación consumidos por prescripción médica por el Asegurado en los treinta (30) días siguientes a la fecha de la finalización del tratamiento fuera del país de residencia del Asegurado y siempre que se adquieran fuera del país de residencia del Asegurado.

7. Por los servicios de traslados y transportes en ambulancias terrestres y aéreas cuando su utilización sea indicada y prescrita por un Médico y pre-autorizada por la Aseguradora a través de Further.

8. Por los servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de extirpación de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un Trasplante de Órgano al Asegurado, ocasionados con motivo de:

- El proceso de investigación para la localización de donantes potenciales.
- Los servicios prestados al donante en un Hospital, en concepto de habitación, sala o pabellón, comidas,

Because life matters most.

further



-
- servicio general de enfermería, servicios regulares proporcionados por el personal del Hospital, pruebas de laboratorio, y uso de equipos y otros servicios Hospitalarios (exceptuándose artículos de uso personal que no sean necesarios durante el proceso de extirpación del órgano o tejido que se va a trasplantar).
- La Cirugía y servicios médicos relacionados con la extirpación del órgano o tejido del donante, que se intenta trasplantar al Asegurado.

9. Por servicios y materiales suministrados por cultivos de médula ósea relacionados con un trasplante de tejido a practicar en el Asegurado. Se indemnizarán solamente los gastos incurridos a partir de la emisión de la Certificación Médica Previa y según sean recogidos en este documento.

5 (B) Gastos de desplazamiento

Gastos de desplazamiento del Asegurado, acompañante (y donante cuando proceda para trasplantes de donante vivo) con el único objeto de recibir tratamiento aprobado por Further en la Certificación Médica Previa.

Todas las gestiones y reservas del viaje se deberán realizar por Further y la Aseguradora no cubrirá ningún gasto de desplazamiento por gestiones o reservas realizadas directamente por el Asegurado o de un tercero en nombre del Asegurado.

Further será responsable de decidir las fechas del desplazamiento basándose en el plan de tratamiento médico acordado. En el caso de que el Asegurado cambie las fechas de viajes de aquellas comunicadas por Further el Asegurado tendrá que compensar a la Aseguradora y/o Further en relación a los gastos asociados por organizar y proveer el nuevo desplazamiento, salvo que estos cambios de fechas hayan sido confirmados por Further como justificados desde el punto de vista médico.

Los gastos por desplazamiento incluirán:

- Desplazamiento desde la residencia permanente del Asegurado al aeropuerto o estación de tren designado;
- Billete en clase turista hasta la ciudad de destino y transporte hasta el hotel designado;
- Transporte desde el Hospital/hotel de destino hasta el aeropuerto o estación de tren designado en la ciudad de destino;
- Billete en clase turista hasta la ciudad de origen y transporte hasta la residencia permanente del Asegurado.

5 (C) Gastos de alojamiento

Gastos de alojamiento, fuera del país de residencia del Asegurado, para el Asegurado, acompañante (y donante cuando proceda para trasplantes de donante vivo) con el único objeto de recibir el tratamiento médico aprobado por Further en la Certificación Médica Previa.

Todas las gestiones y reservas del alojamiento se deberán realizar por Further y la Aseguradora no cubrirá ningún gasto de alojamiento por gestiones o reservas realizadas directamente por el Asegurado o de un tercero en nombre del Asegurado.

Further será responsable de decidir las fechas de la duración del alojamiento basándose en el plan de tratamiento médico acordado. Estas fechas se comunicarán al Asegurado con suficiente antelación para que el Asegurado pueda realizar las correspondientes gestiones personales previas.

Because life matters most.

further



Further facilitará una fecha de regreso y de finalización del alojamiento en base a la finalización del tratamiento y la confirmación con el Doctor tratante de que el Asegurado está en disposición óptima para viajar.

En el caso de que el Asegurado cambie las fechas de viajes y alojamiento de aquellas comunicadas por Further, el Asegurado tendrá que compensar a la Aseguradora y/o Further en relación a los gastos asociados a organizar y proveer nuevos gastos de alojamiento, salvo que estos cambios de fechas hayan sido aprobados previamente por Further como justificados desde el punto de vista médico.

Los gastos por alojamiento incluirán:

- Reservas en una habitación (con cama de matrimonio o doble cama) en hotel de 3 o 4 estrellas.
- La elección de hotel está sujeta a la disponibilidad y se basará en criterios de proximidad al Hospital o Doctor tratante, dentro de un radio de 10 kilómetros.

5 (D) Gastos de repatriación

En el caso de que el Asegurado (y/o donante cuando proceda para trasplantes de donante vivo) fallezca fuera del país de residencia del Asegurado mientras recibe el tratamiento aprobado por Further en la Certificación Médica Previa, la Aseguradora pagará la repatriación del féretro al país designado.

Se cubrirán solo aquellos gastos derivados de los servicios necesarios para la preparación del féretro y su transporte al país designado, incluyendo:

- **Los servicios realizados por la compañía funeraria que gestionará la repatriación, incluyendo el embalsamamiento y las gestiones administrativas;**
- **El ataúd mínimo obligatorio;**
- **El transporte del féretro desde el aeropuerto español hasta el lugar designado en el país asignado para la prestación del servicio fúnebre.**

5 (E) Gastos de Medicación al retorno

Se cubrirán los gastos de Medicación incurridos en el país de residencia del Asegurado, siguiendo el tratamiento de una Enfermedad o Procedimiento médico cubierto gestionado y cubierto por la Póliza según se indique en la Certificación Médica Previa y siempre que el tratamiento haya tenido una duración superior a tres días consecutivos de Hospitalización.

La cobertura de estos gastos se proveerá sujeta al cumplimiento de todos los siguientes requisitos:

- Que la Medicación ha sido recomendada a través de Further por el Doctor que trató al Asegurado fuera del país de residencia del Asegurado, como necesaria para la continuación del tratamiento;
- Que la Medicación ha sido aprobada para su uso por la autoridad medica competente en el país de residencia del Asegurado, y asimismo su prescripción y administración está regulada;
- Que la Medicación sea prescrita por un Doctor autorizado y ejerciente en el país de residencia del Asegurado;
- Que la medicación esté disponible en el país de residencia del Asegurado Titular;
- Que cada prescripción de la medicación no supere una dosis para un periodo de dos meses.

Because life matters most.

further



Este Beneficio 5(E) no cubrirá los siguientes gastos:

- **Los gastos de la Medicación cuando esté cubierta por la seguridad social del país de residencia del Asegurado.**
- **Gastos derivados de la administración de la Medicación.**
- **Gastos derivados de la compra de la Medicación fuera del país de residencia del Asegurado.**
- **Facturas enviadas a la Aseguradora con posterioridad a los primeros 180 días tras la compra de la Medicación.**

Reembolso de los gastos por Medicación

La compra de la Medicación objeto de este Artículo 5(E) deberá ser gestionada y pagada directamente por el Asegurado. La Aseguradora reembolsará al Asegurado tras la recepción de la documentación justificando la compra, incluyendo la prescripción, la factura original y el comprobante de pago.

Cuando el coste de la Medicación haya sido financiado en parte por la seguridad social del país de residencia del Asegurado la solicitud de reembolso para la Aseguradora deberá indicar claramente el desglose de gastos pagados directamente por el Asegurado.

5 (F) Indemnización Diaria por Hospitalización

La Póliza pagará, hasta los límites indicados en las Condiciones Particulares, una Indemnización Diaria por Hospitalización por cada día de Hospitalización en el Hospital en el que el Asegurado reciba el tratamiento gestionado y cubierto por la Póliza según se indique en la Certificación Médica Previa.

Artículo 6 – EXCLUSIONES

Se excluyen de las coberturas de esta Póliza:

6(A) Exclusiones Genéricas

- 1. Toda Enfermedad o Procedimiento Médico que no esté específicamente contemplado en el Artículo 4º- Enfermedades y Procedimientos Médicos Cubiertos de esta Póliza**
- 2. La asistencia sanitaria por Enfermedades o lesiones producidas como consecuencia de guerras, Actos de Terrorismo, movimientos sísmicos, tumultos, riñas, inundaciones, erupciones volcánicas, así como las consecuencias directas e indirectas de reacción nuclear o contaminación radioactiva y cualquier otro fenómeno de carácter extraordinario o catastrófico; así como epidemias y pandemias oficialmente declaradas.**
- 3. La asistencia sanitaria derivada de alcoholismo, drogadicción e intoxicaciones debidas al abuso del alcohol y al uso de psicofármacos, estupefacentes o alucinógenos, aunque sean con carácter ocasional o único. Del mismo modo, se excluyen las consecuencias y Enfermedades derivadas de intento de suicidio y autolesión, así como la asistencia sanitaria por Enfermedades o Accidentes sufridos por dolo del Asegurado.**

Because life matters most.

further



4. Todos los gastos relacionados con Enfermedades o Procedimientos Médicos provocados intencionadamente o dolosamente por el Asegurado, o derivados de actos de imprudencia temeraria, negligencia grave o comportamiento criminal.

6 (B) Exclusiones Médicas

1. Toda clase de Enfermedades Preexistentes.

2. Los Tratamientos de Tipo Experimental, así como todos aquellos procedimientos diagnósticos, terapéuticos y/o quirúrgicos cuya seguridad y eficacia no estén debidamente contrastados científicamente.

3. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o cualquier Enfermedad o circunstancia que sea secundaria u originada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), o consecuencia de cualquier tratamiento por infección del VIH o por el SIDA (incluyendo la Enfermedad conocida como Sarcoma de Kaposi) salvo que se trate de un caso de Contagio Accidental de VIH.

4. Cualquier servicio que no sea Médicamente Necesario para el tratamiento de una Enfermedad o Procedimiento Médico Cubierto.

5. Cualquier Enfermedad que haya sido causada por un trasplante cubierto salvo que dicha Enfermedad tenga la consideración de una Enfermedad Cubierta. Complicaciones directamente asociadas con el procedimiento quirúrgico, que ocurran durante la cirugía o la recuperación post-quirúrgica serán cubiertas por la Póliza, al entenderse estas complicaciones como una continuación del procedimiento del trasplante cubierto

6. Gastos incurridos por haber recibido el Asegurado cualquier tratamiento, servicio, suministro o prescripción médica por una Enfermedad o Procedimiento Médico para los que la mejor opción terapéutica es el trasplante cubierto por la Póliza.

6 (C) Gastos excluidos

1. Cualquier gasto incurrido, efectuado en relación con o derivado de cualquier procedimiento diagnóstico, tratamiento, servicio, provisión o prescripción médica de cualquier naturaleza incurrido en el país de residencia del Asegurado, a excepción del beneficio de Medicación detallado en el Artículo 5(E).

2. Cualquier gasto incurrido, efectuado en relación con o derivado de cualquier procedimiento diagnóstico, tratamiento, servicio, provisión o prescripción médica de cualquier naturaleza incurrido en cualquier lugar del mundo cuando el Asegurado, en el momento de notificar el Siniestro, no tiene establecida su residencia habitual y fiscal en España.

3. Gastos relacionados con toda Enfermedad o condición que sea diagnosticada o que muestre sus primeros síntomas durante el Periodo de Exclusión de ciento ochenta (180) días indicado en el Artículo 7º.

4. Cualquier gasto incurrido sin seguir el procedimiento en caso de Siniestro detallado en el Artículo 12º.

5. Gastos incurridos por servicios de custodia, cuidado de la salud en el hogar o servicios proporcionados en un centro o institución de convalecencia, asilo u hogar de ancianos, aun cuando tales servicios sean requeridos o necesitados como consecuencia de una Enfermedad o Procedimiento Médico Cubierto.



6. Cualquier tipo de Prótesis o aparatos ortopédicos, corsés, vendas, muletas, miembros u órganos artificiales, pelucas (aun cuando su uso sea considerado necesario durante el tratamiento de quimioterapia), zapatos ortopédicos, bragueros y otros equipos o artículos similares; con la excepción de Prótesis de mama como resultado de una mastectomía cubierta y gestionada por la Póliza y las válvulas del corazón como resultado de un reemplazo o reparación de válvulas del corazón cubierto y gestionado por la Póliza.
7. Gastos en compra o alquiler de sillas de ruedas, camas especiales, aparatos de aire acondicionado, purificadores de aire y cualesquiera otros artículos o equipos similares.
8. Todo tipo de productos farmacéuticos y Medicación que no hayan sido dispensadas por un farmacéutico licenciado o para cuya obtención no se requiere receta o prescripción de un Médico
9. Gastos incurridos por la utilización de Medicina Alternativa aun cuando haya sido prescrito de forma específica por un Médico.
10. Gastos por el tratamiento de Síndrome Cerebral o gastos de asistencia y custodia derivados de casos de demencia de cualquier origen y en cualquier estado de desarrollo, incluidos los más precoces o incipientes, senilidad o deterioro cerebral.
11. Gastos de intérprete, gastos de teléfono y otros gastos en artículos de uso personal o los que no sean de índole médica o por cualquier otro servicio proporcionado a familiares, acompañantes o asistentes.
12. Gastos realizados por el Asegurado o los acompañantes del Asegurado salvo aquellos que estén expresamente cubiertos.
13. Gastos improcedentes o desproporcionados.
14. Gastos relacionados con todas aquellas gestiones y reservas de desplazamiento y alojamiento realizadas directamente por el Asegurado, acompañante o donante.

6 (D) Enfermedades y Procedimientos Médicos excluidos

Tratamiento del Cáncer (4.1)

- Los cánceres de piel, a excepción del melanoma maligno.
- Tratamientos en tumores en presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) salvo que se trate de un caso de Contagio Accidental de VIH.

By-Pass de las Arterias Coronarias (4.2)

- Cualquier Enfermedad coronaria tratada con una técnica distinta a la empleada para la realización de “By-Pass” de las Arterias Coronarias, como por ejemplo la angioplastia.

Trasplante de Donante Vivo (4.5)

- Los trasplantes cuando la necesidad de trasplante sea como consecuencia de cirrosis causada por consumo de alcohol.
- Los auto-trasplantes.
- Los trasplantes que incluyen tratamientos con células madre.

Because life matters most.

further

- Los trasplantes de donante cadáver.
- Los trasplantes cuando el Asegurado sea donante para terceros.
- Trasplantes facilitados mediante la compra de órganos al donante.

Artículo 7 – PERIODO DE EXCLUSIÓN

El Asegurado tendrá derecho a la Prestación únicamente cuando cualquiera de las Enfermedades o Condiciones Cubiertas por la presente Póliza, sea diagnosticada o muestre sus primeros síntomas relacionados medicamente documentados tras un periodo de ciento ochenta (180) días después de la Fecha de Efecto del Contrato de Seguro o de la inclusión de un nuevo Asegurado.

Artículo 8 - Efecto y Duración del Contrato de Seguro

1. El Contrato de Seguro se perfecciona por el consentimiento de las partes contratantes y el pago de la primera Prima.
2. Las obligaciones de la Aseguradora comenzarán a partir del día señalado como Fecha de Efecto en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro.
3. El Contrato de Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro y a su vencimiento se prorroga por periodos no superiores al año natural. No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra parte afectada, con antelación no inferior a dos (2) meses al vencimiento de la anualidad en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea la Aseguradora y de un (1) mes cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador del Seguro.

Artículo 9 - Pago de las Primas

1. La primera Prima será exigible una vez firmado el Contrato de Seguro. Si no hubiera sido pagada por parte del Tomador, la Aseguradora tendrá derecho a resolver el Contrato de Seguro o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la Póliza o si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el Siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación.
2. En caso de falta de pago de la segunda y/o sucesivas Primas, la Garantía de la Aseguradora queda suspendida un (1) mes después del día del vencimiento del recibo y si la Aseguradora no reclama el pago en el plazo de los seis (6) meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato de Seguro queda extinguido. Si el Contrato de Seguro no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la Garantía vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas (24) del día en que el Tomador pague la Prima.
3. En cualquier caso, la Aseguradora, cuando el Contrato de Seguro está en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.
4. Si se determina en las Condiciones Particulares y/o Certificado de Seguro la domiciliación bancaria de los recibos de Prima se aplicarán las siguientes normas:
 - 4.1 El Tomador del Seguro entregará a la Aseguradora comunicación dirigida al establecimiento bancario o caja de ahorros dando la orden oportuna al efecto.



4.2 La Prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que su cobro hubiese sido imposible por falta de fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro. En este caso, la Aseguradora le notificará que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Aseguradora y el Tomador vendrá obligado a satisfacer la Prima en dicho domicilio.

4.3 En caso de impago de la Prima, resultará aplicable el régimen previsto en los apartados anteriores del presente Artículo 9º.

Artículo 10 – OTRAS OBLIGACIONES Y DERECHOS DEL TOMADOR Y/O ASEGURADO

El Tomador o Asegurado tendrán las siguientes obligaciones:

1. Declarar a la Aseguradora, antes de la perfección del Contrato de Seguro, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

El Tomador del Seguro y el Asegurado, en su nombre y cada uno de los Dependientes en el suyo, salvo los menores de edad en cuyo nombre lo hará quien tenga la patria potestad, está obligado a manifestar en el momento de completar la Declaración de Salud y el Boletín de Adhesión, si padecen o han padecido cualquier tipo de lesiones o Enfermedades, especialmente aquellas de carácter recurrente, Congénitas o que precisen o hubieran precisado estudios, pruebas diagnósticas o tratamientos de cualquier índole o en el momento de la suscripción, padecieran síntomas o signos que pudieran considerarse como el inicio de alguna patología.

Manifestándose de esta forma, la afección se considerará como Preexistente y, en consecuencia, excluida de las coberturas pactadas en el Contrato de Seguro. **Si hubiera Enfermedades Preexistentes, la Aseguradora se reserva el derecho de aceptar o rechazar la incorporación del solicitante(s) y en caso de aceptarlo(s), se incluirá la correspondiente cláusula de exclusión en las Condiciones Particulares de la Póliza en lo que se refiere a la Prestación de servicios por Enfermedades, defectos o deformaciones Preexistentes presentes con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la Póliza; así como los que puedan derivarse de aquellas.**

La Aseguradora podrá rescindir el Contrato de Seguro mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un (1) mes, a contar a partir del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador o Asegurado. Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las Primas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración.

Si el Siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora 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 hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador o del Asegurado, la Aseguradora quedará liberada del pago de la Prestación.

2. Comunicar a la Aseguradora, durante el curso del Contrato de Seguro y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del Contrato de Seguro, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

Because life matters most.

further



La Aseguradora puede en un plazo de dos (2) meses a contar a partir del día en que la agravación le ha sido declarada, proponer una modificación del Contrato de Seguro. En tal caso, el Tomador dispone de quince (15) días a contar desde la recepción de esta proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, la Aseguradora puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el Contrato de Seguro previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince (15) días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho (8) siguientes comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

La Aseguradora igualmente podrá rescindir el Contrato de Seguro comunicándolo por escrito al Tomador dentro de un (1) mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso de que el Tomador o Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un Siniestro, la Aseguradora queda liberada de su Prestación si el Tomador o Asegurado ha actuado con mala fe. En otro caso, la Prestación de la Aseguradora se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiere aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

3. Comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, las altas de Asegurados que se produjeran durante la vigencia del presente Contrato de Seguro.

4. Aminorar las consecuencias del Siniestro empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Aseguradora, liberará a ésta de toda Prestación derivada del Siniestro.

5. Comunicar a la Aseguradora, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 101 y en relación con el artículo 106 de La Ley de Contrato de Seguro, la existencia de cualquier otro seguro de Enfermedad que se refiera a las personas Aseguradas por esta Póliza.

6. El Tomador o el Asegurado podrá, durante el curso del Contrato de Seguro, poner en conocimiento de la Aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por ésta en el momento de la perfección del Contrato de Seguro, lo habría concluido en condiciones más favorables.

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

7. El Tomador y/o Asegurado podrá reclamar a la Aseguradora, en el plazo de un (1) mes desde la entrega de la Póliza, que subsane las divergencias existentes entre ésta y la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas.

8. El Tomador del Seguro se compromete a facilitar a los Asegurados toda la información contenida en la Póliza, así como cualquier otra que afecte a sus derechos y obligaciones en virtud de las Condiciones Generales y especialmente respecto a las Condiciones Particulares y la relativa a la protección de datos de carácter personal, con anterioridad a la firma de la correspondiente solicitud.

Artículo 11 – OTRAS OBLIGACIONES DE LA ASEGURADORA

Además de hacer efectivas las Garantías aseguradas, la Aseguradora deberá entregar al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el Artículo 5 de la Ley de Contrato de Seguro.

Because life matters most.

further



Artículo 12 – PROCEDIMIENTO O EN CASO DE SINIESTRO

En el caso de que al Asegurado le haya sido diagnosticada una Enfermedad y/o le haya sido prescrito un Procedimiento Médico, siempre que estos queden cubiertos bajo las condiciones indicadas en el Artículo 4º de esta Póliza, el Asegurado o cualquier persona que actúe en su nombre deberá cumplir obligatoriamente con el siguiente procedimiento, antes de recibir cualquier tratamiento, servicio, suministro o prescripción médica que pretende reclamar bajo esta Póliza:

12.1 Notificación del Siniestro

El Asegurado o cualquier persona que actúe en su nombre, se pondrá en contacto con Further tan pronto como sea posible para notificar el posible Siniestro, debiendo solicitar la prestación del servicio de Segunda Opinión Médica.

El Asegurado será informado de los pasos necesarios a seguir para la realización del servicio de Segunda Opinión Médica, que incluirán la firma de documentos y las autorizaciones para que se puedan efectuar, en nombre del Asegurado, determinados trámites, así como para poder obtener la información médica necesaria para iniciar el citado proceso del servicio de Segunda Opinión Médica.

12.2 Evaluación y propuesta de Hospital

Una vez realizado el servicio de Segunda Opinión Médica, la respuesta del Médico experto será facilitada al Asegurado, indicando además si se trata de un Siniestro cubierto bajo la Póliza.

Tratándose de un Siniestro cubierto bajo la Póliza y en el caso de que el Asegurado opte por recibir tratamiento fuera de su país de residencia, Further facilitará la relación de Hospitales recomendados.

12.3 Certificación Médica Previa

Una vez que el Asegurado haya confirmado por escrito a Further su elección de Hospital de la relación de Hospitales recomendados, Further se hará cargo, a través del servicio de Gestión del Siniestro, de organizar todos los preparativos para la correcta admisión del Asegurado en el Hospital elegido y procederá a organizar la emisión de la Certificación Médica Previa, válida únicamente para dicho Hospital.

La Certificación Médica Previa permitirá acceder en dicho Hospital al tratamiento, servicio, suministro o prescripción médica del caso bajo las Garantías de la Póliza en las condiciones y límites que detalla la Certificación Médica Previa.

La relación de Hospitales recomendados y la Certificación Médica Previa se emiten sobre la evaluación de la condición médica del Asegurado en el momento de su emisión. Dado que la condición médica del Asegurado puede evolucionar, ambos documentos tendrán una validez de 3 meses.

En el caso de que el Asegurado no seleccione un Hospital de la relación de Hospitales recomendados o no inicie tratamiento en el Hospital indicado en la Certificación Médica Previa en el plazo de tres meses de su emisión, Further emitirá de nuevo estos documentos sobre la revisión de la condición médica del Asegurado.

12.4 Pago de gastos Médicos

Establecida la existencia del Siniestro y habiendo obtenido el Asegurado de Further la Certificación Médica Previa en la que se accede al tratamiento, servicio, suministro o prescripción médica en el Hospital convenido de acuerdo a las condiciones y límites establecidos en dicha Certificación, la Aseguradora se hará cargo, directamente, bajo la cobertura de esta Póliza, de los gastos médicos incurridos por el Asegurado, con sujeción a todas las demás condiciones, limitaciones y exclusiones contenidas en la misma.

Because life matters most.

further



Si el Asegurado recibe tratamiento en cualquier Hospital con anterioridad a la emisión de la Certificación Médica Previa, o no utiliza el Hospital incluido en la Certificación Médica Previa confirmado por él a Further, el Asegurado deberá hacerse cargo de los pagos al Hospital directamente y sólo tendrá derecho al reembolso del 50% de los gastos médicos incurridos con sujeción a todas las demás condiciones, limitaciones y exclusiones de esta Póliza.

En este caso y para que la Aseguradora reembolse dicho 50% del total de los gastos médicos incurridos, el Asegurado debe presentar los documentos siguientes:

- *Hoja de reembolso debidamente completada y firmada, conjuntamente con el informe médico relativo al Asegurado.*
- *Facturas y/o recibos originales desglosados por gastos de Hospital, farmacia, Médicos tratantes, exámenes de diagnóstico, laboratorios, etc. Dichas facturas o recibos deberán detallar o incluir la siguiente información:*
 - a) *Nombre y fecha de nacimiento del Asegurado.*
 - b) *Diagnóstico y tipo de servicio prestado (consultas, procedimiento, exámenes de diagnóstico u otros, hospitalización, etc.).*
Fecha del servicio médico, gastos desglosados por servicio y constancia de pago de parte del Asegurado
 - c) *En el caso de gastos de farmacia, la receta médica para la identificación de las medicinas o artículos que corresponden a la prescripción del Médico para la Enfermedad tratada.*

Si la información presentada en la reclamación fuese inadecuada o incompleta, podría resultar en el retraso del proceso de reembolso o el cierre temporal de la reclamación hasta que se reciba la información requerida.

La solicitud de pago de los gastos a la Aseguradora se deberá realizar dentro de los primeros ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha del tratamiento o servicio. Si no se recibe toda la información solicitada dentro del periodo de tiempo establecido, la Aseguradora quedará liberada de toda obligación.

12.5 Visita Médica

El Asegurado o sus familiares o causahabientes deberán permitir la visita de Médicos de la Aseguradora y/o Further al Asegurado, así como la realización de cualquier averiguación que ésta considere necesaria, desvinculando a tal fin del secreto profesional a los Médicos que hayan visitado y atendido al Asegurado.

Artículo 13 – SUBROGACIÓN

La Aseguradora, una vez pagado el reembolso de gastos, podrá ejercitar los derechos y acciones que le correspondiera al Asegurado por razón del Siniestro debido a Accidente o Enfermedad frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite del reembolso satisfecho.

El derecho de subrogación no podrá ejercitarse contra el cónyuge del Asegurado ni otros familiares hasta el tercer grado civil de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que conviva con el Asegurado. No obstante, esta norma no tendrá efecto si el causante hubiese actuado de forma dolosa o si su responsabilidad está amparada mediante un Contrato de Seguro. En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho Contrato de Seguro.

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

Because life matters most.

further



Artículo 14 - COMUNICACIONES y JURISDICCIÓN

Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro o al Asegurado se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a aquella.

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

El pago de las Primas que efectúe el Tomador del Seguro a un Corredor de Seguros, sólo surtirá los mismos efectos que si se hubiera realizado a la Aseguradora, cuando se opere la efectiva entrega al Asegurado del recibo de prima emitido por la Aseguradora.

El Contrato de Seguro y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizados por escrito.

Será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado.

Artículo 15 – PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán a los cinco (5) años desde el día en que pudieron ejercitarse.

Artículo 16 – RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA Y ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LAS CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA PÓLIZA

La duración de la cobertura de la Póliza es de un año, salvo que se establezca otra duración en las Condiciones Particulares de la Póliza. En la Fecha de Renovación, el Asegurado podrá renovar la Póliza mediante el pago de la Prima solicitada por la Aseguradora y/o Further. Los términos contractuales recogidos en las Condiciones Generales de la Póliza en vigor a la Fecha de Renovación se aplicarán para esa anualidad.

La Aseguradora podrá anualmente:

1. Modificar las Primas y/o
2. Modificar las Prestaciones, Garantías y/o los límites de Suma Asegurada establecidos en las Condiciones Particulares.

Estas modificaciones deberán notificarse al menos con dos meses de antelación a la Fecha de Renovación y se fundamentarán en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financiero-actuarial del seguro, del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las Prestaciones cubiertas por la Póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato de Seguro u otros hechos de consecuencias similares.

El Tomador del Seguro en el caso de recibir notificación de alguna de estas modificaciones del Contrato de

Seguro para la siguiente anualidad, podrá optar entre la renovación del Contrato de Seguro o su extinción al vencimiento de la anualidad en curso. En este caso deberá notificar por escrito a la Aseguradora, y con una antelación no inferior a un (1) mes de dicho vencimiento, su voluntad de no renovar el Contrato de Seguro.

Con independencia de las modificaciones antedichas, en cada Fecha de Renovación, la Prima anual se actualizará de acuerdo con la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados aplicando la tarifa de Primas que la Aseguradora tenga en vigor en la Fecha de Renovación. **El Tomador del Seguro Internacional de Enfermedades Graves da su conformidad a las actualizaciones de Prima producidas por este motivo.**

Artículo 17 – ATENCIÓN AL CLIENTE Y RECLAMACIONES

Sin perjuicio de la posibilidad de acudir a la vía judicial, el Tomador del Seguro, el Asegurado, el beneficiario, perjudicado o derechohabientes de cualquiera de ellos, así como los terceros perjudicados, podrán presentar reclamación contra aquellas prácticas de la Aseguradora que consideren abusivas o que lesionen los derechos derivados del Contrato de Seguro ante las siguientes instancias:

Departamento de Atención al Cliente – **Further Underwriting International S.L.U.** Calle Hortaleza 104.
Teléfono +34 915 119 988 - claims@wegofurther.com

Reclamaciones - complaints@wegofurther.com

Al Servicio de Reclamaciones de la **Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones**, pudiendo presentar su reclamación de dos formas:

- En soporte papel, dirigiendo su reclamación al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, situado en el Paseo de la Castellana nº 44, 28046 Madrid.
- Por vía telemática con firma electrónica, a través de la página web de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.



Artículo 18 - Aviso de Protección de datos

La Aseguradora recibe y gestiona información personal sobre los Asegurados de acuerdo a los siguientes criterios:

Información sobre los Asegurados

La información personal que se trasmite a la Aseguradora puede incluir:

- Nombre, Dirección, Número de Teléfono, Email
- Género
- Estado civil
- Fecha y Lugar de Nacimiento
- Números de identificación gubernamentales - DNI, Seguridad Social, Pasaporte, Datos Fiscales, Carnet de Conducir
- Información Familiar
- Información Bancaria
- Información Médica / Historial Clínico
- Antecedentes Penales
- Historial Crediticio y Calificación Crediticia
- Reclamaciones/Números de Póliza

Obtención de la información

La información se obtiene principalmente a través del proceso de solicitud de póliza. Adicionalmente, la información puede provenir de miembros de su familia o empleador, agencias de crédito, bases de datos antifraude, listas de sanciones, organismos gubernamentales relevantes, y aquellos que puedan estar involucrados en una reclamación – reclamantes, testigos, expertos, peritos y otros.

Objeto y uso de la información

La información se obtiene de acuerdo a las siguientes finalidades:

- Establecimiento del Contrato, incluyendo Verificaciones de Antecedentes
- Evaluación de los Riesgos a Cubrir
- Valoración de Riesgos y Suscripción
- Comunicaciones de Servicio al Cliente
- Pagos de/a Individuos
- Establecimiento del Contrato, incluyendo Verificaciones de Antecedentes
- Evaluación de los Riesgos a Cubrir
- Valoración de Riesgos y Suscripción
- Comunicaciones de Servicio al Cliente
- Pagos de/a Individuos

Because life matters most.

further



Destino y uso de la información

La información puede ser transferida a filiales de la Aseguradora, reaseguradores, agentes o proveedores, que pueden estar situados fuera del Área Económica Europea (AEE). La transferencia de estos datos cumplirá con todos los requisitos de protección de datos. Para más información, puede contactar con el Responsable de Protección de Datos.

Tiempo de conservación de la información

La Aseguradora conservará la información personal de los Asegurados sólo por el tiempo en que sea necesario para proporcionar cobertura bajo la Póliza. Concretamente, conservará la información durante el tiempo necesario que se pueda producir presentar un Siniestro bajo la Póliza, o cuando la Aseguradora necesite mantener información personal de los Asegurados para satisfacer obligaciones legales o regulatorias.

Derechos de los Asegurados

Bajo ciertas circunstancias, los Asegurados tienen el derecho a:

- Recibir una copia de la información personal en posesión de la Aseguradora
- Recibir más detalles sobre el uso que la Aseguradora hace de su información
- Actualizar o corregir la información personal en posesión de la Aseguradora
- Solicitar que se elimine cualquier información personal para la cual la Aseguradora ya no tenga ningún fin lícito para usarla
- Restringir el uso por parte de la Aseguradora de la información personal
- Presentar una queja a la autoridad de supervisión relevante
- Existen condiciones específicas por las cuales la Aseguradora puede tener que restringir los derechos descritos anteriormente, con el objetivo de salvaguardar el interés público (por ejemplo, la prevención o detección del crimen) o sus propios intereses (por ejemplo, mantener un privilegio legal).

Contacto

Los Asegurados pueden dirigir cualquier cuestión relativa las prácticas de privacidad de la Aseguradora o este Aviso a:

Giles Adams, Responsable de Protección de Datos

dpo@axiscapital.com

Plantation Place South, 60

Great Tower Street, London EC3R 5AZ

+44 207 877 3833

<http://www.axiscapital.com/corp/privacy-policy>

Because life matters most.

further



Artículo 19 – INFORMACIÓN PREVIA A LA CONTRATACIÓN Y ACEPTACIÓN EXPRESA DE LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA

El Tomador del Seguro reconoce haber recibido de la Aseguradora, por escrito antes de suscribir este Contrato de Seguro, la oportuna información relativa a la legislación aplicable al Contrato de Seguro, las diferentes instancias de reclamación, el estado miembro del domicilio de la Aseguradora y su autoridad de control, la denominación social, la dirección y forma jurídica de la Aseguradora.

En prueba de conformidad y mediante la firma de las Condiciones Particulares de esta Póliza, el Tomador del Seguro reconoce conocer y aceptar, por así haberlo pactado libremente, las distintas cláusulas y/o condiciones de esta Póliza, tanto las de carácter limitativo como las que delimitan el riesgo, por así haberse acordado con la Aseguradora, en función de la Prima pactada y pagada.

as condiciones resaltadas en negrita que pudieran ser consideradas limitativas de los derechos del Tomador del Seguro y/o Asegurado son específicamente aceptadas, dejando constancia expresa de haberlas examinado detenidamente y de mostrarse plenamente conforme.

Artículo 20 – INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACION DE SEGUROS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente. Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.
- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

Artículo 21 - FONDO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS (IRLANDA)

El Asegurado tiene derecho a recibir una indemnización ante el improbable evento de que la Aseguradora no pueda hacer frente a sus obligaciones.

Para mayor información sobre el Fondo de Compensación de Seguros de Irlanda los Asegurados pueden consultar la página web del Banco Central de Irlanda (<https://www.centralbank.ie/>).