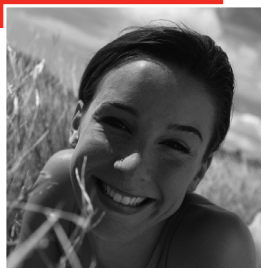


Condiciones Generales

Condiciones Generales

Dental



MAPFRE
Salud



MAPFRE

MAPFRE ESPAÑA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Y REASEGUROS, S.A.
DOMICILIO SOCIAL
Edificio MAPFRE.
Carretera de Pozuelo, n.º 50.
28222 MAJADAHONDA
(Madrid)

Teléf. 902 20 40 60

MAPFRE **Salud**

Dental

De acuerdo con lo establecido en la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro se destacan en letra negrita las exclusiones y las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

	<u>Pág.</u>
Condiciones Generales	
Artículo 1º. Marco Jurídico que regula la póliza	3
Artículo 2º. Objeto y extensión del seguro	3
Condiciones Generales de cada Garantía	
A) COBERTURA ODONTOLÓGICA.....	
Artículo 3º. Objeto y extensión de la garantía	3
Artículo 4º. Riesgos Excluidos	4
Artículo 5º. Tarjeta Dental	5
B) INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA	
Artículo 6º. Objeto y extensión de la garantía	5
Artículo 7º. Bonificación por ingreso en diferente provincia	6
Artículo 8º. Documentación	6
Artículo 9º. Siniestros.....	6
Artículo 10º. Pago de Indemnizaciones	7
Artículo 11º. Riesgos Excluidos	7
Normas Generales	
Artículo 12º. Bases del contrato.....	8
Artículo 13º. Perfección, toma de efecto y duración del contrato.....	9
Artículo 13º bis. Contratación a distancia del seguro	10
Artículo 14º. Plazos de carencia	11
Artículo 15º. Pago de primas	11
Artículo 16º. Modificaciones en el riesgo	12
Artículo 17º. Extravío o destrucción de la póliza	13
Artículo 18º. Comunicaciones	13
Artículo 19º. Prescripción y jurisdicción	14
Definiciones	
Definiciones.....	15

Condiciones Generales

ARTÍCULO 1º. MARCO JURÍDICO QUE REGULA LA PÓLIZA

El presente contrato de seguro se rige por lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, sus Anexos y Suplementos, el Certificado Individual de Seguro, en su caso, y, salvo pacto en contrario que resulte más beneficioso para el Asegurado, por la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980, de 8 de octubre), la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (Ley 20/2015, de 14 de julio) y sus normas reglamentarias de desarrollo.

MAPFRE ESPAÑA, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A., en lo sucesivo la Aseguradora, tiene su domicilio social en España, siendo el Ministerio de Economía y Competitividad de dicho Estado, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, la autoridad encargada del control del ejercicio de su actividad.

ARTÍCULO 2º. OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la póliza, y mediante el pago de la prima y la participación del Asegurado que en cada caso corresponda, el Asegurador asume las siguientes garantías:

- a) Cobertura Odontológica.
- b) Indemnización diaria por Hospitalización por cualquier causa derivada de enfermedad o accidente.

Condiciones Generales de cada Garantía

A) COBERTURA ODONTOLÓGICA

ARTÍCULO 3º. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

La presente garantía tiene por objeto garantizar una serie de servicios odonto-estomatológicos básicos, de los que podrá hacer uso sin coste alguno, y otros servicios específicos con un coste franquiciado, todo ello de acuerdo con lo estipulado en las presentes Condiciones.

No se incluyen dentro de esta garantía los honorarios profesionales, gastos hospitalarios ni de anestesia, cuando se precise medio hospitalario para la realización de los actos garantizados.

1.- Descripción de los servicios

La relación completa de prestaciones, el cuadro de especialistas concertados, las normas de utilización así como el baremo de precios máximos de los servicios cubiertos por ésta

Condiciones Generales de cada Garantía

garantía son los que se especifican en la tabla de actos y franquicias que el Asegurador facilita con éste contrato.

2.- Franquicias dentales

El Asegurado participará en el coste de determinados servicios mediante el pago del importe que, en concepto de franquicia dental, figure en el apartado de ACTOS GARANTIZADOS.

Los importes son precios fijados únicamente para el año en vigor, reservándose el Asegurador el derecho de poderlos modificar si así lo precisara, así como a someter a franquicia prestaciones que no la tenían prevista al contratar el seguro, previa comunicación a los Asegurados, para los siguientes periodos de vigencia.

El Asegurado utilizará preferentemente el cuadro de dentistas de la provincia de su domicilio, que aparece en la Guía Médica Asistencial en vigor. No obstante, podrá acceder a cualquier profesional o centro del cuadro de dentistas nacional de MAPFRE ESPAÑA.

3.- Prestación de los servicios dentales

El Asegurado podrá elegir libremente el profesional sanitario entre los que figuren en la Guía Médica Asistencial que el Asegurador ofrece a nivel nacional. El especialista seleccionado le realizará el examen oportuno, facilitándole un presupuesto bucodental que deberá ser firmado por ambas partes.

El Asegurado abonará directamente al Servicio Concertado las franquicias dentales que correspondan a los actos que figuran en el presupuesto bucodental. El importe de las mismas deberá coincidir con las cantidades indicadas en el apartado ACTOS GARANTIZADOS. El especialista facilitará al Asegurado comprobantes de todos los actos realizados y justificantes de las franquicias pagadas.

4.- Garantía y calidad

Todos los materiales utilizados en los tratamientos tendrán una garantía de un año y cumplirán las normas de calidad tipo ISO o ADA. En el caso de implantes, la garantía se amplía a 5 años, siempre que exista, por parte del Asegurado, el compromiso de seguir las indicaciones del Especialista.

Es imprescindible que el Asegurado reciba del dentista un Presupuesto Bucodental previo al tratamiento, en documentación oficial de MAPFRE ESPAÑA, que deberá estar firmado por ambas partes.

En caso de reclamación a MAPFRE ESPAÑA es imprescindible su presentación en nuestras oficinas.

ARTÍCULO 4º. RIESGOS EXCLUIDOS

1. Quedan en todo caso excluidos los servicios odontoestomatológicos que pudieran ordenar facultativos no concertados con MAPFRE ESPAÑA, salvo autorización previa y por escrito de la Compañía.

Condiciones Generales de cada Garantía

ARTÍCULO 5º. TARJETA DENTAL

El Asegurador facilitará a los Asegurados la “tarjeta dental”, que no contiene información sanitaria y es exclusivamente identificativa, con validez limitada por periodos de tiempo.

El Asegurado deberá identificarse al requerir los servicios que procedan con la “tarjeta dental”; no obstante, cuando el médico o centro que presta el servicio lo estimen conveniente, podrán requerir también el Documento Nacional de Identidad.

Cada acto sanitario prestado requerirá de un único pase de tarjeta, que se podrá efectuar en soporte papel o por datáfono.

La “tarjeta dental” es personal e intransferible, reservándose el Asegurador las acciones legales que procedan sobre el uso fraudulento de la misma. En caso de robo, hurto o extravío, el Asegurado está obligado a comunicar ésta circunstancia a la Compañía a la mayor brevedad posible; asimismo, el Asegurado deberá devolver la tarjeta al finalizar la vigencia del seguro.

B) INDEMNIZACIÓN POR HOSPITALIZACIÓN POR CUALQUIER CAUSA

ARTÍCULO 6º. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LA GARANTÍA

Mediante ésta garantía el Asegurador se obliga al pago de la indemnización diaria indicada en dichas Condiciones si, como consecuencia de una enfermedad contraída o un accidente sufrido durante la vigencia de la póliza y que resulten cubiertos por esta garantía, el Asegurado tuviera que ser necesariamente internado en un hospital más de 24 horas.

Asimismo, garantiza únicamente prestaciones en metálico a tanto alzado, sin que, por tanto, tenga que guardar relación con el coste de la asistencia sanitaria que se utilice. El beneficiario podrá dar a las indemnizaciones que perciba el destino que estime más conveniente.

1. Devengo de la indemnización

La indemnización se devengará durante el tiempo que el Asegurado figure como paciente interno del hospital y con un máximo de 365 días, salvo los supuestos especiales siguientes, cuyo período máximo indemnizable por siniestro, Asegurado y por anualidad será el que se indica:

○ **Enfermedades psiquiátricas y trastornos psicológicos: máximo 20 días.**

Si dentro del período de doce meses siguientes a una hospitalización del Asegurado, por la cual se hubieran abonado indemnizaciones por esta cobertura, el Asegurado tuviera que ser ingresado nuevamente en un hospital por la misma causa o por causas relacionadas con el anterior internamiento, el nuevo internamiento hospitalario será considerado, a todos los efectos, como prolongación del anterior. Cuando el período transcurrido entre ambos internamientos sea superior a doce meses, el segundo internamiento será considerado como nuevo período de hospitalización.

Condiciones Generales de cada Garantía

ARTÍCULO 7º. BONIFICACIÓN POR INGRESO EN DIFERENTE PROVINCIA

Si el Asegurado tuviera que ser ingresado en un hospital que esté ubicado en una provincia distinta a la de su residencia habitual se le abonará el capital garantizado incrementado en un 50%.

A estos efectos, se considerará domicilio habitual del Asegurado el que figura en la póliza para el Tomador.

ARTÍCULO 8º. DOCUMENTACIÓN

El Asegurado deberá acreditar al Asegurador todas las circunstancias del siniestro, mediante la presentación de la siguiente documentación:

- Impreso de solicitud de indemnización cumplimentado en su totalidad y firmado.
- Informe o historial clínico del ingreso hospitalario en el que consten las fechas de ingreso y alta, y el origen y antecedentes de la enfermedad o accidente que motivaron el ingreso, así como la evolución del Asegurado.
- En todos aquellos casos, en que no sea posible la valoración y tramitación del siniestro con la información aportada inicialmente por el Asegurado, el Asegurador podrá solicitar nuevos informes médicos y realizar cuantas averiguaciones y comprobaciones sean necesarias con esa finalidad.

ARTÍCULO 9º. SINIESTROS

Obligaciones del Asegurado en caso de siniestro:

1. Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento del Asegurado. El incumplimiento de esta obligación con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.
2. Comunicar el acaecimiento del siniestro al Asegurador dentro del plazo máximo de siete días de haberlo conocido y presentar la documentación que se especifica en las Condiciones Generales de cada garantía.
3. Permitir y facilitar al Asegurador todos aquellos actos de comprobación, seguimiento y control respecto de los siniestros declarados, que precise realizar para determinar la procedencia o no del pago de la prestación solicitada.
4. El Asegurado deberá autorizar, someterse y colaborar en cuantos exámenes, reconocimientos o pruebas médicas considere necesarias efectuar el Asegurador.
5. Los datos derivados de estas actuaciones serán absolutamente confidenciales y utilizados exclusivamente para la finalidad para la que fueron recabados.
6. La negativa infundada del Asegurado, o el incumplimiento de estos deberes, se entenderá como renuncia a la prestación que pudiera corresponderle, quedando el Asegurador liberado del pago de la prestación.

ARTÍCULO 10°. PAGO DE INDEMNIZACIONES

1. Recibida de conformidad por el Asegurador la documentación requerida que se especifica en las presentes Condiciones, el Asegurador abonará al Asegurado la indemnización que corresponda.
2. El cálculo de la indemnización que corresponda, se realizará tomando como base la cuantía asegurada a la fecha en que se haya iniciado la hospitalización del Asegurado. No se tomarán en consideración para el cálculo las revalorizaciones anuales de las sumas aseguradas o mejora de coberturas que se produzcan con posterioridad a dicha fecha.
El importe máximo de indemnización diaria que abonará el Asegurador será el señalado en las Condiciones Particulares, aún en el caso de que el Asegurado sufriera varias enfermedades simultáneas y durante un máximo de 365 días, menos los días de franquicia en su caso convenidos.
3. Las indemnizaciones serán abonadas mediante transferencia bancaria a la cuenta corriente indicada por el Asegurado, o en la oficina de MAPFRE donde se haya tramitado el siniestro, previa firma del documento acreditativo de la liquidación practicada por la Compañía, sin perjuicio de las reservas que el Asegurado pudiera realizar a la misma.
4. Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiese cumplido su prestación por causa no justificada o que le fuese imputable, la indemnización se incrementará en un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50%. Una vez transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual a partir de ese día no podrá ser inferior al 20%.

ARTÍCULO 11°. RIESGOS EXCLUIDOS

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

- a) Enfermedades, defectos, y malformaciones (incluidas las congénitas), contraídas, manifestadas o conocidas por el Asegurado antes de la fecha de efecto de su alta en la póliza, así como las secuelas producidas por ellas, y los defectos de nacimiento, salvo que hubieran sido aceptados expresamente por el Asegurador en las Condiciones Particulares de la póliza.
- b) Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de esta póliza.
- c) Las esterilizaciones para ambos sexos, la fecundación in vitro, la inseminación artificial y el estudio o tratamiento de la esterilidad.
- d) Los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo y los tratamientos psicológicos.
- e) La participación del Asegurado en apuestas, desafíos y riñas, salvo que en este último caso hubiese actuado en legítima defensa.
- f) El suicidio y sus tentativas, así como la autolesión.
- g) Los actos de guerra, (haya o no declaración de guerra), terremotos, huracanes, erupciones volcánicas, fugas radioactivas y otros hechos que sean declarados de carácter extraordinario o catastrófico.

Normas Generales

- h) Las enfermedades psiquiátricas o trastornos psicológicos que no requieran ingreso hospitalario.
- i) El SIDA y/o enfermedades asociadas al virus HIV; el consumo por parte del Asegurado de estupefacientes no prescritos médicamente, la ingestión de bebidas alcohólicas, la toxicomanía y el alcoholismo.
- j) La cirugía de refracción (corrección de miopía, hipermetropía, astigmatismo, etc.), y cirugía de la presbicia.
- k) Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarias como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
- l) Epidemias oficialmente declaradas.
- m) La utilización como pasajero o tripulante de cualquier medio de navegación aérea no autorizado para el transporte público de viajeros.
- n) 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, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses bravas y cualquier otro deporte de alto riesgo.
- ñ) La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda indemnización relacionada con dicha interrupción.

Estas exclusiones comprenden tanto la enfermedad, accidente o hecho que se señala, como las secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados por, o a consecuencia de, todo lo anterior.

Normas Generales

ARTÍCULO 12º. BASES DEL CONTRATO

1. La presente póliza se concierta en base a las declaraciones realizadas por el Tomador del Seguro y los Asegurados, contenidas en el cuestionario que les ha sido presentado por la Compañía, todo lo cual ha determinado la valoración y aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente.
2. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición del seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.
3. En caso de haberse producido reticencias o inexactitudes en las declaraciones del Tomador y/o Asegurado/s, que hayan influido en la apreciación del riesgo, se producirán las siguientes consecuencias:
 - a) Si el Asegurador tiene conocimiento de las mismas antes de producirse el siniestro, podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el

plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro. Corresponderán al Asegurador, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

- b) Si el Asegurador tiene conocimiento de las reticencias o inexactitudes, una vez producido el siniestro, la prestación 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 el Tomador o el Asegurado actuaron con dolo o culpa grave, quedará el Asegurador liberado del pago de la prestación.

- c) En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del mismo, excede de los límites de admisión establecidos por aquel. En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, la prestación se reducirá en proporción a la prima percibida. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador está obligado a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

ARTÍCULO 13º. PERFECCIÓN, TOMA DE EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

1. **El seguro entrará en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que, salvo pacto en contrario, la Aseguradora haya cobrado el primer recibo de prima.**
2. **El seguro se estipula por el período señalado en las Condiciones Particulares y a su vencimiento se prorrogará automáticamente por períodos anuales, salvo que:**
 - a. **Alguna de las partes se oponga a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos un mes de antelación a la conclusión del periodo en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.**
 - b. **El tomador del seguro se oponga a la prórroga en la forma prevista en el artículo 15º “Pago de la prima”, apartado c), punto 2.**
3. **La cobertura del seguro cesará automáticamente desde la fecha de extinción de la póliza. Desde ese momento, el Asegurado no tendrá derecho a prestaciones sanitarias posteriores aunque tengan su origen en enfermedades o accidentes anteriores a la citada fecha de extinción.**
4. **No son asegurables las personas mayores de sesenta y cinco años.**
5. **En cualquier caso, el seguro se extinguirá, cesando automáticamente sus coberturas:**
 - a. **Cuando el Asegurado traslade su domicilio fuera de España.**

La extinción del contrato surtirá efectos desde la fecha en la que se haya producido el hecho que de lugar a la misma.

El Asegurado deberá comunicar inmediatamente al Asegurador la ocurrencia de cualquiera de las circunstancias expresadas, al objeto de proceder al extorno de la prima que, en su caso, corresponda efectuar.

En el supuesto de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no hayan efectuado dicha comunicación y sobreviniera un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación.

6. Las coberturas de la póliza tienen validez siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. Si éste trasladara su domicilio fuera de España, las coberturas de la póliza se extinguirán automáticamente.

ARTÍCULO 13.BIS. - CONTRATACION A DISTANCIA DEL SEGURO

En caso de contratación a distancia, se aplicará lo dispuesto en este artículo. Se considera que existe contratación de un seguro a distancia cuando para su negociación y celebración se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros similares.

En caso de contratación a distancia, el seguro entrará en vigor a las 0 horas del día siguiente a aquel en que el tomador haya prestado su consentimiento, salvo que, por acuerdo expreso se concierte otra fecha. En todo caso, la fecha de efecto quedará reflejada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Sin perjuicio de lo indicado en los párrafos anteriores, el contrato y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito. El Asegurador está obligado a entregar al tomador del seguro la póliza. El tomador deberá devolver al Asegurador un ejemplar firmado por él de las Condiciones Particulares de la póliza, así como la documentación acreditativa de las circunstancias que configuren el riesgo.

El tomador, cuando sea consumidor, esto es, persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, dispondrá de un plazo de 14 días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro.

Dicho plazo se contará desde el día de la celebración del contrato o desde la fecha en que el Asegurador entregue la póliza.

El tomador habrá de comunicarlo al Asegurador por un procedimiento que permita dejar constancia de la notificación de cualquier modo admitido en Derecho y estará obligado a pagar la prima correspondiente hasta el momento del desistimiento. En caso de que la prima hubiera sido cobrada, el Asegurador reembosará al tomador, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, dicho importe, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia hasta el momento del desistimiento.

ARTÍCULO 14°. PLAZOS DE CARENANCIA

Las coberturas de la póliza tomarán efecto, una vez transcurrido el período de UN MES desde la fecha de efecto del alta del Asegurado en la póliza, salvo prescripción médica de urgencia.

ARTÍCULO 15°. PAGO DE PRIMAS

A) NORMAS GENERALES

1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de las primas en las condiciones estipuladas en la póliza.
2. Los recibos de primas deberán hacerse efectivos por el Tomador en sus correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas. No obstante, podrá pactarse que el pago de la prima se fraccione de forma semestral, trimestral o mensual, aplicándose el recargo correspondiente. Dicho fraccionamiento y el recargo que corresponda se harán constar en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. El pago de las primas será exigible, en el domicilio del Tomador del Seguro o en el pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza.
4. La prima es indivisible y se debe y corresponde al Asegurador por entero durante todo el período de duración del contrato pactado, aun en el caso de que se haya acordado el fraccionamiento del pago. En caso de extinción del contrato antes de la fecha de vencimiento pactada, o de cualquiera de sus prórrogas, el Asegurador no está obligado a reintegrar al Tomador cantidad alguna correspondiente a la prima que haya sido satisfecha íntegramente, salvo en los supuestos legalmente previstos.
5. **El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Compañía. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al Agente o en su caso al Corredor no se entenderá realizado al Asegurador salvo que, a cambio, el Agente o en su caso el Corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima emitido por el Asegurador.**

B) PRIMA INICIAL

1. La prima inicial es la que se fija en las Condiciones Particulares, que corresponde al período inicial de cobertura señalado en las mismas.
2. Si por culpa del Tomador del Seguro la prima no ha sido pagada una vez firmado el contrato o, en su caso, al vencimiento de la misma, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva.
3. **Salvo pacto expreso en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.**

C) PRIMAS SUCESIVAS

1. **Para el caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los períodos sucesivos será la que resulte de aplicar las tarifas de prima que tenga establecidas el Asegurador en cada momento, fundadas en criterios técnico-actuariales teniendo**

Normas Generales

en cuenta, además, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido conforme a lo previsto en estas Condiciones Generales, las edades de los Asegurados y el historial de siniestralidad registrado en los períodos de seguro precedentes.

2. El Asegurador, al menos dos meses antes del vencimiento del contrato, comunicará al Tomador del seguro el importe de la prima para el nuevo período de cobertura, mediante envío del oportuno aviso de cobro del recibo correspondiente en el domicilio declarado a tal fin o, en su defecto, en el domicilio habitual del Tomador, conforme a lo establecido en el artículo 18 de estas Condiciones Generales para las comunicaciones.
3. **La falta de pago de una de las primas sucesivas dará lugar a que la cobertura quede suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, el Asegurador podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso.**

No serán indemnizables los siniestros que se produzcan cuando las coberturas se encuentren suspendidas

4. Si el Asegurador no reclamara el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. El Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso, incluida la fracción de prima correspondiente al período en que la cobertura ha estado en suspenso, operando como penalización por mora en el pago. Si el contrato no hubiera sido resuelto, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima.

D) FRACCIONAMIENTO DEL PAGO

1. Podrá pactarse el fraccionamiento de pago de la prima anual en los plazos y de acuerdo con las estipulaciones que se establezcan en las Condiciones Particulares del contrato.
2. Si el Tomador del Seguro no pagase uno de los recibos en que se hubiese fraccionado el pago de la prima, la Compañía puede exigir al Tomador el pago de todos los recibos pendientes de vencimiento, pago que habrá de hacerse efectivo en el plazo máximo de los treinta días siguientes a aquél en el que el Tomador recibió la notificación de la Compañía por medios fehacientes; de no producirse el pago, el seguro quedará en suspenso un mes después del día del vencimiento de la primera fracción de prima impagada.
3. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado precedente y en tanto no se haya producido la suspensión de la cobertura, **en caso de siniestro, la Compañía podrá deducir en la indemnización el importe de las fracciones de primas vencidas y no satisfechas por el Tomador del Seguro.**

ARTÍCULO 16°. MODIFICACIONES EN EL RIESGO

1. El Tomador del Seguro o el Asegurado deberá durante el curso del contrato comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento

de la perfección del contrato no lo habría celebrado, o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

2. La agravación del riesgo podrá ser aceptada o no, por el Asegurador y se le aplicarán las normas siguientes:

a) En caso de aceptación, el Asegurador propondrá al Tomador del Seguro la modificación correspondiente del contrato, en el plazo de dos meses a contar desde el momento en que la agravación le haya sido declarada.

El Tomador del Seguro dispone de quince días desde la recepción de esa proposición para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o silencio por parte del Tomador, el Asegurador puede, transcurrido dicho plazo, rescindir el contrato previa advertencia al Tomador, dándole para que conteste un nuevo plazo de quince días, transcurridos los cuales y dentro de los ocho siguientes comunicará al tomador la rescisión definitiva.

b) Si el Asegurador no acepta la modificación del riesgo, podrá rescindir el contrato, comunicándolo al Tomador del Seguro dentro del plazo de un mes, a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación, surtiendo efecto la extinción del contrato desde la fecha en la que se haya producido dicha modificación.

3. **En el caso de que el Tomador del Seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniera un siniestro, el Asegurador quedará liberado de su prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe. En otro caso, la prestación del Asegurador se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.**

4. Durante el curso del contrato, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo y sean de tal naturaleza que, si hubieran sido conocidas por aquél en el momento de la perfección del contrato, lo habría concluido en condiciones más favorables.

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

ARTÍCULO 17°. EXTRAVÍO O DESTRUCCIÓN DE LA PÓLIZA

En caso de extravío de la póliza, el Asegurador, a petición del Tomador del Seguro, o en su defecto, del Beneficiario, tendrá la obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original. La petición se hará por escrito, en el que se expliquen las circunstancias del caso, comprometiéndose el solicitante a devolver la póliza original si apareciese.

ARTÍCULO 18°. COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario sólo se considerarán válidas si han sido dirigidas por escrito a la Aseguradora.

Normas Generales

En caso de contratación a distancia, cuando el contrato se haya perfeccionado por el consentimiento de las partes manifestado de forma verbal, las comunicaciones relativas a las declaraciones de los factores de riesgo y demás datos necesarios para la suscripción y emisión de la póliza o sus suplementos se harán verbalmente.

Las partes se autorizan mutuamente a grabar las conversaciones telefónicas que se mantengan a tales efectos.

2. Todas las comunicaciones entre el Tomador, Asegurado o Beneficiario y la Aseguradora que puedan efectuarse por razón de esta Póliza, podrán realizarse y serán válidas, además de por carta, por cualquier otro medio escrito, incluido correo electrónico, SMS, o fax, en la dirección que tanto la Aseguradora como el Tomador hubieran facilitado, ya sea al contratar la Póliza o en un momento posterior, debiendo el Tomador comunicar a la Aseguradora, tan pronto como sea posible, cualquier cambio del domicilio, teléfono, fax o dirección de correo electrónico facilitado.
3. Las comunicaciones efectuadas a la Aseguradora por un corredor de seguros, en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizase éste, salvo expresa indicación en contrario por su parte.

ARTÍCULO 19º. PRESCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN

PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en el término de 5 años. El plazo de prescripción comenzará a contar desde la fecha en que las acciones puedan ejercitarse.

RECLAMACIONES Y JURISDICCIÓN

1. El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará uno en España si estuviese domiciliado en el extranjero.
2. Conforme a la normativa establecida para la protección de los usuarios de los servicios financieros, en el caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato de seguro, el Tomador del seguro, el Asegurado, los Beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes, podrán formular reclamación mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por carta (Apartado de correos 281-28220 Majadahonda, Madrid) o por correo electrónico (reclamaciones@mapfre.com), de conformidad con el Reglamento para la solución de conflictos entre las sociedades del Grupo MAPFRE y los usuarios de sus servicios financieros, que puede consultarse en la página web “mapfre.es”, y a las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato.
3. Asimismo, podrán formular reclamaciones y quejas los clientes de la Aseguradora, así como sus derechohabientes, en relación con la actuación de sus agentes de seguros y operadores de bancaseguros, de conformidad con el Reglamento y el procedimiento antes citados.

4. La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica y en el teléfono 900 205 009.
5. Desestimada dicha reclamación o transcurrido el plazo de dos meses a contar desde la fecha en que el reclamante la haya presentado, podrá éste formular reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana 44, 28046, Madrid; correo electrónico: reclamaciones.seguros@mineco.es, Oficina virtual: oficinavirtual.dgsp@mineco.es).
6. Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de mediadores o árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

Definiciones

A LOS EFECTOS DE ESTA PÓLIZA SE ENTENDERÁ POR:

- **Accidente:** La lesión corporal, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. No se considerarán como accidentes las enfermedades cardiovasculares y lesiones relacionadas con dichas afecciones.
- **Asegurado:** La persona física titular del riesgo objeto de cobertura.
- **Asegurador:** MAPFRE ESPAÑA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., entidad emisora de esta póliza, que mediante el cobro de la prima, asume la cobertura del riesgo contratado, con arreglo a las condiciones de la póliza.
- **Asegurado Titular:** Cada uno de los Asegurados que satisface las condiciones de adhesión al seguro y que, en defecto del Tomador del Seguro, asume las obligaciones derivadas del contrato.
- **Beneficiario:** La persona titular del derecho a percibir, en su caso, la prestación derivada de la póliza. En esta modalidad de seguro, este derecho corresponde al Asegurado.
- **Carencia:** Periodo de tiempo contado a partir de la fecha de efecto del seguro otorgado por MAPFRE ESPAÑA a cada póliza durante el cual no entra en vigor alguna de las garantías de la póliza.
- **Enfermedad o lesión:** Toda alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico sea efectuado por un médico legalmente autorizado para ejercer.
No se consideran enfermedad, a efectos de cobertura, a título meramente enunciativo y no limitativo: la esterilidad, los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo, los tratamientos psicológicos, las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, los defectos o dolencias congénitas, el alcoholismo y las toxicomanías.
- **Enfermedad congénita:** Es aquella alteración de la salud con la que se nace, bien por ser hereditaria o por haberse contraído en el seno del útero materno.
- **Enfermedad/defecto o malformación preexistente:** Es aquella alteración de la salud que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro y que normalmente, hubiera sido percibida por signos o síntomas, independientemente de un diagnóstico médico.

Definiciones

- **Hospital o Centro Hospitalario:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos, intervenciones quirúrgicas, e internamiento superior a 24 horas. Estos centros pueden disponer además de unidades especiales de hospitalización y de hospital de día.

A los efectos de la póliza no se considerarán hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo o convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de enfermedades crónicas, tratamientos de drogadicción o alcoholismo e instituciones similares.

- **Hospitalización:** Supone el registro de entrada del paciente y su encamamiento en el hospital durante un mínimo de 24 horas.
- **Intervención quirúrgica:** Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un profesional sanitario autorizado, con fines terapéuticos.
- **Intervención quirúrgica de carácter urgente:** Aquella en que la demora en su realización pueda significar un peligro grave e inmediato para la vida de la persona o para su capacidad funcional.
- **Médico:** Persona que se halla legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina.
- **Póliza:** Conjunto de documentos que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, el cuestionario sobre el estado de salud, las condiciones generales, especiales y particulares que individualizan el riesgo, así como los suplementos o apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.
- **Prima:** Precio del seguro que se devengará por periodos anuales, en cuyo recibo se incluirán además los recargos e impuestos repercutibles.
- **Siniestro:** La ocurrencia de cualquier acontecimiento que sea objeto de indemnización por aplicación de alguna de las garantías contratadas en la póliza. Se considerará que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños, secuelas y consecuencias derivadas de un mismo hecho.
- **Sobreesfuerzo:** Lesión corporal que deriva de una contracción muscular extrema para vencer una resistencia o cumplir una función natural, pero difícil y/o laboriosa.
- **Suma asegurada:** El límite máximo de la indemnización a pagar en cada caso por el Asegurador. El importe de las sumas aseguradas para cada garantía contratada figurará en las Condiciones Particulares de la póliza.
- **Tomador del seguro:** Persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato, y al que corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se deriven, salvo los que por su naturaleza deban ser cumplidos por el Asegurado.



Domicilio Social: Ctra. de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda, Madrid
Teléfono: 902 20 40 60

mapfre.es