

1. Denominación y domicilio social de la Aseguradora

Seguros Catalana Occidente S.A. de Seguros y Reaseguros, N.I.F A-28119220 (en adelante el asegurador), con Domicilio social en Paseo de la Castellana nº 4 – 28046 Madrid e inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona Tomo 31632, Folio 72, Hoja B-194438.

2. Nombre del producto

Cosalud Asistencia Sanitaria.

3. Tipo de seguro

Producto de asistencia sanitaria completa, con acceso a hospitales, centros médicos y una red de más de 37.000 especialistas para cualquier especialidad médico-quirúrgica. Se facilita también el acceso a medios diagnósticos y terapéuticos, análisis, pruebas médicas y tratamientos de rehabilitación, así como al reembolso de gastos por honorarios de ginecólogos y pediatras no concertados, y al reembolso de gastos farmacéuticos.

4. Cuestionario de salud

El cuestionario de salud es una declaración del estado de salud del Asegurado que sirve de base para determinar la aceptación del riesgo propuesto, y será incluido como parte integrante de la póliza. Es imprescindible que se conteste con total veracidad y que no se omita ninguna alteración del estado de salud, enfermedad, defecto o situación médico-quirúrgica que pueda derivarse de aquella alteración que sea previa a la fecha de inclusión del Asegurado en póliza, y que tendrán la consideración de preexistencias a los efectos de la póliza contratada.

A tenor de lo establecido en el artículo 10 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro el Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. El Asegurador podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del seguro en el plazo de 1 mes, a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del seguro.

5. Descripción de las garantías y opciones ofrecidas

- Acceso a la medicina primaria: medicina general, pediatría y puericultura.
- Acceso a la asistencia sanitaria de urgencia.
- Acceso a todas las especialidades médicas: dermatología, ginecología, traumatología, oftalmología, etc.
- Pruebas diagnósticas: análisis clínicos, diagnóstico por imagen, técnicas especiales, anatomía patológica, etc.
- Hospitalización: médica, pediátrica, psiquiátrica, etc.
- Intervenciones quirúrgicas, que requieran o no permanencia en un hospital.
- Tratamientos especiales: oxigenoterapia, quimioterapia, radioterapia, diálisis, etc.
- Rehabilitación y fisioterapia.
- Acceso a la medicina preventiva: prevención infantil, salud ginecológica, prevención de riesgo cardiovascular, detección precoz de patología de la mama, etc.
- Acceso a la medicina alternativa: homeopatía y acupuntura.
- Asistencia obstétrica y al neonato.
- Tratamientos concertados con coste para el Asegurado: cirugía refractiva, cirugía estética, reproducción asistida, tratamiento de hiperplasia por láser, radiofrecuencia, conservación de células madre, etc.
- Reembolso de honorarios por consultas de ginecólogos y pediatras no concertados.
- Reembolso de gastos farmacéuticos.
- Salud dental: cobertura odontoestomatológica que comprende actos gratuitos y franquiciados.
- Orientación médica telefónica.
- Segunda opinión médica de enfermedades graves e intervenciones quirúrgicas.
- Asistencia en viaje en el extranjero.

6. Exclusiones de cobertura

Quedan excluidas de la cobertura, sin perjuicio de cualquier otra exclusión debidamente resaltada que figure en el condicionado de la póliza, las asistencias sanitarias derivadas de los riesgos indicados a continuación:

- Consecuencia de accidentes o enfermedades ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado, los procesos en curso al momento de la formalización de la póliza, y/o la asistencia sanitaria derivada de las enfermedades congénitas, se hayan o no manifestado.
- Enfermedades o lesiones ocasionadas por negligencia o imprudencia del Asegurado, intento de suicidio o causadas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo.
- Enfermedades y accidentes a consecuencia de agresiones, alborotos, riñas, delitos, guerras civiles, internaciones o coloniales, rebeliones, revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz, y las que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como las que provengan de cataclismos, como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, y las causadas por epidemias declaradas oficialmente.
- Enfermedades y accidentes derivados de la participación en carreras o competiciones realizadas a nivel profesional, de federación o que comporten la posibilidad de premios en metálico y sus correspondientes pruebas o entrenamientos. Del mismo modo, aquellos accidentes y sus consecuencias derivadas de la práctica de deportes extremos o de alto riesgo, como actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos, hípica, parapente, puenting, barranquismo, toreo y encierro de reses bravas, deportes de aventura o cualquier otra actividad de riesgo análogo.
- Las cuestiones meramente estéticas, tratamientos capilares, dermoestéticos, cosméticos, relacionados con o para la transformación de sexo, las curas de adelgazamiento y cirugía de la obesidad, salvo cuando exista una patología orgánica subyacente, así como las infiltraciones o tratamientos de varices con fines estéticos.
- Los abortos, salvo aquellos realizados a consecuencia de accidente o enfermedad.
- Las estancias en asilos, residencias, balnearios y similares.
- Los honorarios de las personas no autorizadas para ejercer la profesión médica o sanitaria requerida en cada caso.
- Las consultas, pruebas y tratamientos dentales, orales y maxilares.
- Las consultas, pruebas y tratamientos de fertilidad, fertilización e inseminación artificial, así como el tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil.
- Las desviaciones de tabique nasal y escoliosis, excepto las derivadas de accidente, así como el estrabismo, pies planos, pies cavos, hernias de hiato y malformaciones cardíacas.
- La infección por VIH, el SIDA y las enfermedades relacionadas con ésta.
- La asistencia meramente paliativa, siempre que existan procedimientos médicos o quirúrgicos resolutivos alternativos.
- Trasplantes de órganos, excepto el trasplante autólogo de médula ósea por tumores malignos de estirpe hematológica, y el trasplante de córnea.
- Análisis y otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificados, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
- Tratamientos de diálisis y hemodiálisis en procesos crónicos, así como los tratamientos de rehabilitación o mantenimiento ocupacional.
- Todo lo relativo al psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o de grupo, test psicológicos y narcolepsia así como las terapias expresamente excluidas en el apartado de Psicología Clínica. Asimismo, se excluye la terapia educativa, como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psíquica.
- Los gastos correspondientes a medicamentos y productos farmacéuticos, excepto los expresamente cubiertos por la póliza.
- Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, los estudios realizados con motivo de screening o detección inespecífica de patologías, incluidas las determinaciones genéticas encaminadas a detectar predisposición a padecer enfermedad propia o de su descendencia presente o futura, salvo los expresamente contemplados las Condiciones Especiales.
- El coste de cualquier otro tipo de prótesis y su, los injertos óseos, las piezas anatómicas, ortopédicas y de osteosíntesis salvo las expresamente señaladas en las Condiciones Especiales.
- Los procedimientos diagnósticos y terapéuticos derivados de naturopatía, masajes, drenajes linfáticos, quiropraxis, mesoterapia, magnetoterapia, presoterapia, y otras medicinas alternativas, así como las que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. De igual forma, los tratamientos en balnearios y curas de reposo o sueño.
- Las consultas, medios de diagnóstico o de tratamiento así como técnicas quirúrgicas consideradas como experimentales o en proceso de investigación, así como los que estén en ensayo clínico en todas sus fases o grados y su eficacia clínica no estén científicamente contrastadas y/o no hayan sido ratificadas por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, o se hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.

- La asistencia sanitaria prestada en hospitales o por facultativos distintos a los que se relacionan en el cuadro médico puesto a disposición del Asegurado y acorde a las coberturas contratadas, salvo que sea considerada de urgencia vital.
- La medicina regenerativa, biológica, la inmunoterapia o terapia biológica, la terapia génica o genética, así como sus aplicaciones.
- La hospitalización por razones de tipo social o familiar así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- La cirugía robótica y los tratamientos que usan el láser y radiofrecuencia, salvo las expresamente cubiertas por la póliza, así como las técnicas diagnósticas quirúrgicas y tratamientos médicos de nueva aparición no incluidos en la presente póliza.
- Los estudios para la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos, y de cualquier otra técnica genética o de biología molecular, con la exclusiva excepción de la obtención del cariotipo.
- Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia del acompañante en clínica, los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en la póliza, así como otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.
- El Asegurado, o en su defecto el Tomador, será el único obligado al pago por la asistencia sanitaria que pudiera recibir en los centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, salvo compromiso expreso del Asegurador.
- Se excluye cualquier tipo de servicio relacionado con patologías no cubiertas así como complicaciones que se deriven de éstas.

Respecto a las exclusiones propias de cada garantía nos remitimos al Condicionado General.

Periodos de carencia

- 6 meses para todos los medios de diagnóstico que requieran autorización.
- 6 meses para hospitalización e intervenciones quirúrgicas, incluidas las ambulatorias, salvo en los casos de intervenciones quirúrgicas de urgencia vital.
- 10 meses para los casos de embarazo y parto con sus correspondientes enfermedades. En caso que la asistencia obstétrica y al neonato sea resultado de tratamientos para superar una infertilidad, el plazo se ampliará hasta 36 meses.
- 12 meses para los tratamientos de hemodiálisis y riñón artificial, litotricia renal, laserterapia, quimioterapia, cobaltoterapia, acelerador lineal, colocación y coste de las prótesis, así como tratamientos anticonceptivos.
- 12 meses para los servicios de medicina preventiva, salvo para la prevención infantil, en cuyo caso no será preciso que transcurra periodo de carencia alguno.
- 24 meses para el diagnóstico de esterilidad.

7. Participación del Asegurado en el coste de los servicios

Cosalud Asistencia Sanitaria ofrece tres modalidades distintas de contratación en función del tipo de copago que el Asegurado desea asumir por cada acto médico.

Las opciones de contratación son: copago 0 €, copago 5 € y copago 20 €.

8. Condiciones, plazos y vencimientos de las primas

8.1. Cuestiones generales

La prima anual puede ser satisfecha de forma fraccionada, igualmente por períodos anticipados, y con los recargos por fracción correspondientes: semestral 2%, trimestral 4%, bimestral 5% y mensual 6,12%. Los recibos se pasarán al cobro a la cuenta bancaria indicada por el Tomador.

8.2. Comunicación anual del vencimiento de las primas

El Asegurador, fundamentándose en cálculos técnico-actuariales que tienen en consideración la variación de diversos indicadores del índice de precios al consumo general y sanitario, la frecuencia global en la utilización de las coberturas aseguradas, la inclusión de nuevas coberturas o ampliación de las garantizadas derivadas de innovaciones médicas, así como las ampliaciones o modificaciones de los factores utilizados en la determinación de la tarifa, podrá actualizar anualmente las primas y, en su caso, el importe de los copagos. Considerando la sistemática de cálculo comentada existe la posibilidad de que los incrementos de prima puedan ser ajenos al IPC general.

De manera previa a cada renovación, el Asegurador notificará al Tomador la prima correspondiente a la siguiente anualidad.

8.3. Tarifas de prima. Identificación de los factores de riesgo a considerar en el cálculo de la prima

La tarifa de primas del producto está estructurada en base a la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados en cada renovación, modalidad de copago y zona geográfica.

Para consultar la prima completa correspondiente a todos los tramos de edad puede acceder al siguiente enlace: www.seguroscatalanaoccidente.com, estando además a disposición del tomador en las oficinas de la entidad.

8.4. Condiciones de resolución y oposición a la prórroga

Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue:

- a) Por fallecimiento.
- b) Por traslado de residencia al extranjero o estancia permanente en el extranjero.
- c) Estancia cumulativa de más de tres meses en una institución o dependencias de enfermos mentales o de beneficencia pública.

El seguro se estipula por una duración anual, renovable tácitamente, si no ha sido anulado por una de las partes, con dos meses de antelación a la conclusión del período anual si es el Asegurador quien realiza la comunicación, y de un mes si es el Tomador. En caso de anulación, quedará extinguido el derecho a prestación.

La entidad Aseguradora ajustará sus políticas en materia de oposición a la prórroga según lo recogido en el redactado de la "Guía de Buenas Prácticas en Materia de Contratación de los Seguros de Salud" promovida por UNESPA, mientras se encuentre adherida a la mencionada Guía.

8.5. Derecho de rehabilitación

En caso de anulación por parte del Asegurado, únicamente se aceptará la rehabilitación del contrato tras un plazo no superior a 3 meses desde su anulación. La rehabilitación de la póliza comportará la emisión de los recibos no abonados desde la fecha de anulación hasta la situación actual. En caso que la póliza lleve anulada más de 3 meses no procederá rehabilitación alguna, debiéndose tratar como una nueva contratación.

8.6. Condiciones relativas a la libertad de elección del prestador

La Asistencia Sanitaria será prestada por parte del Cuadro Médico que el Asegurador pone a disposición del Asegurado, conforme a las coberturas contratadas, exclusivamente en España y en las localidades donde existan Servicios Médicos concertados.

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

Los proveedores de servicios sanitarios de quienes el Asegurado solicite la asistencia, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

9. Tributos repercutibles

Las primas están sujetas a la aplicación del recargo del 1,5 por mil, a favor del Consorcio de Compensación de seguros que se cobra en el primer recibo de cada anualidad.

10. Instancias de reclamación

Las discrepancias entre el Tomador del seguro, Asegurado y/o beneficiario de una póliza y el Asegurador, sin perjuicio de poder acudir a la vía administrativa o judicial que se considere oportuna, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente (Avda. Alcalde Barnils, 63 - 08174 Sant Cugat del Vallés - Barcelona, correo electrónico: dac@catalanaoccidente.com) o, en su caso, ante el Defensor del Cliente (Apdo. Correos 101 - 08171 Sant Cugat del Vallés - Barcelona), en las condiciones, y dentro de los plazos que constan detallados en el Reglamento de la institución aprobado por el Asegurador, que se encuentra a disposición de los Tomadores, Asegurados y/o Beneficiarios en las oficinas de la entidad aseguradora.

Caso de ser desestimada la queja o reclamación, o haber transcurrido el plazo establecido por la normativa en vigor desde su presentación sin que haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciarla vía administrativa o judicial que considere oportunas, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, nº 44 - 28046 Madrid; o a través de la oficina virtual: www.dgsfp.es).

11. Legislación aplicable y jurisdicción

- Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.
- Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de Marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Cuantas disposiciones actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas, así como las Condiciones Particulares, Especiales y Generales de la póliza y los Suplementos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

12. Régimen fiscal

En pólizas contratadas por trabajadores por cuenta propia o autónomos que declaren por estimación directa, pueden considerarse gastos deducibles de los rendimientos de actividades económicas las primas de seguros de enfermedad satisfechas por el contribuyente en la parte correspondiente a su propia cobertura, a la de su cónyuge e hijos menores de 25 años que convivan con él, con el límite máximo de 500 € anuales por cada Asegurado por póliza.

En pólizas contratadas por empresas a favor de sus trabajadores no tendrán la consideración de rendimientos del trabajo en especie los primeros 500 € por Asegurado satisfechos a entidades aseguradoras por la cobertura de enfermedad cuando la cobertura alcance al propio trabajador, pudiendo también alcanzar a su cónyuge y descendientes. El exceso sobre dicha cuantía constituirá retribución en especie.

En otros supuestos, no tendrá la consideración de gasto deducible ni dará lugar a deducciones en la cuota estatal o autonómica. Las prestaciones de las modalidades de reembolso no están sujetas al IRPF.