

SEGURO DE SALUD

Documento de información sobre el producto de seguro

Empresa: Unión Madrileña de Seguros S.A.

Producto: Unión Plus



La información precontractual y contractual completa relativa al producto se facilita en otros documentos

¿En que consiste este tipo de seguro?

La Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en el listado de prestaciones sanitarias indicadas en la Condiciones Generales de la póliza. Mediante el pago de las primas de este seguro, las personas aseguradas obtienen asistencia médica en todo el territorio español.



¿Qué se asegura?

Los garantías de esta póliza, una vez tenido en cuenta el apartado de riesgos excluidos, son los enumerados a continuación:

- Urgencias
- Hospitalización
- Atención Primaria
- Especialidades Médicas
- Medios diagnósticos



No está asegurado:

- x A) La asistencia sanitaria derivada de las enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades, ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza, así como los que puedan derivarse de aquéllos, salvo que los mismos hayan sido declarados por el Asegurado o por el Tomador del Seguro en el cuestionario de salud y hayan sido aceptadas por el Asegurador.
- x B) La asistencia sanitaria precisa para el abordaje de las manifestaciones derivadas de enfermedades infecciosas que estuvieran presentes en el momento de realizar la solicitud de seguro.
- x C) La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de la desintoxicación producida por el alcoholismo crónico, drogadicción y/o toxicomanías.
- x D) La asistencia sanitaria derivada de guerras, motines, revoluciones, terrorismo, sabotaje, huelga, manifestaciones y movimientos populares, riñas y detenciones por parte de cualquier autoridad; la causada por epidemias declaradas oficialmente; la que guarde relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y la que provenga de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- x E) La asistencia sanitaria derivada de accidentes de trabajo y/o enfermedad profesional, la derivada de accidentes de tráfico y circulación, así como la cubierta por cualquier seguro obligatorio, incluido entre otros el Seguro de Responsabilidad Civil por posesión de animales considerados peligrosos.
- x F) Cualquier tipo de cirugía, diagnóstica y/o terapéutica, salvo la específicamente recogida en el Apartado 2.2 de estas Condiciones Generales y en la forma allí descrita, y la asistencia sanitaria en régimen de hospital de día, salvo la específicamente recogida en el Apartado 2.6 de estas Condiciones Generales y en la forma allí descrita. De manera consecuente quedan excluidos todo tipo de estudios preoperatorios, todo tipo de trasplantes y todo tipo de prótesis, piezas anatómicas, ortopédicas y de osteosíntesis.
- x G) La asistencia prestada por Facultativos distintos a los que se relacionan en el Cuadro Médico puesto a disposición del Asegurado, salvo que sea considerada de urgencia vital, siendo por cuenta del Asegurado todos los gastos que se reclamen a la Aseguradora por los Servicios Públicos de Salud en caso de haber acudido a ellos.
- x H) Los cateterismos, la hemodinámica vascular, la radiología intervencionista, tomografía por emisión de positrones (PET), todo tipo de radioterapia y todo tipo de quimioterapia.
- x I) Los productos farmacéuticos y otros medicamentos administrados fuera del régimen de hospitalización quirúrgica, así como los fármacos considerados como inmunoterapia y terapia biológica, vacunas, contrastes de alta tecnología, y demás productos sanitarios, excepto los expresamente aceptados en estas Condiciones Generales. De igual manera, quedan excluidos los gastos por viaje y desplazamiento, salvo las ambulancias en los términos contemplados y los expresamente aceptados en estas las Condiciones Generales.
- x J) Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos derivados de naturopatía, acupuntura, 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.

Para más información consulte las condiciones generales del producto en la web www.unionmadrilena.es

- x K) Todo lo relativo al psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia de grupo, test psicológicos, narcolepsia. Asimismo, la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psíquica.
- x L) La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de las lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en competiciones deportivas en general, en actividades de riesgo, y en particular la práctica entre otros de los siguientes deportes: esquí, actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor o atracción animal, rugby, hípica, toreo y encierro de reses bravas.
- x M) La asistencia derivada de enfermedades o lesiones ocasionadas por intento de suicidio o causadas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo, y la derivada de la participación directa o indirecta del Asegurado en acciones criminales.
- x N) La asistencia sanitaria con motivo o relacionada con cuestiones meramente estéticas, los tratamientos capilares, los cosméticos, los relacionados con o para la transformación de sexo y las curas de adelgazamiento, salvo el tratamiento médico de la obesidad cuando exista una patología orgánica subyacente.
- x O) Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo los expresamente contemplados en el Apartado 2.4 de las Condiciones Generales.
- x P) La asistencia sanitaria u hospitalización por problemas de tipo social.
- x Q) Las enfermedades congénitas del recién nacido si la madre no se dio de alta en la póliza, al menos, con DOCE meses de antelación al nacimiento.
- x R) La asistencia relacionada con la medicina legal y forense.
- x S) La asistencia sanitaria ambulatoria u hospitalaria prestada al asegurado por personas que se encuentran ligadas al tomador del seguro o al asegurado, por lazos de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad.
- x T) Las consultas, medios de diagnóstico o de tratamiento así como técnicas quirúrgicas consideradas como experimentales o en proceso de investigación, o no aceptadas por el común de los médicos en España.
- x U) La asistencia sanitaria ambulatoria, domiciliaria u hospitalaria meramente paliativa, siempre que existan procedimientos médicos o quirúrgicos resolutivos alternativos y la situación clínica del asegurado permita la aplicación de estos últimos.
- x V) La asistencia sanitaria de las lesiones producidas bajo influencia de bebidas alcohólicas o de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o medicamentos sin prescripción médica, así como de las producidas a causa de embriaguez o riñas (salvo en caso de legítima defensa). Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre tráfico, circulación de vehículos de motor y seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.
- x W) La cirugía robótica asistida en todas las especialidades y la cirugía profiláctica.
- x X) Toda asistencia clínica necesaria para el abordaje de las complicaciones de intervenciones médicas o quirúrgicas que hayan sido efectuadas fuera de la cobertura de la compañía.



Restricción de cobertura

! La aseguradora no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico, ni de los gastos de hospitalización o servicios que los mismos pudieran prescribir. De igual modo, serán por cuenta del asegurado todos los gastos que se reclamen a la aseguradora por los servicios públicos de salud, en caso de haber acudido a ellos. A continuación se relacionan los periodos de carencia que un asegurado debe esperar para recibir cobertura:

- Medios de diagnóstico de alta tecnología, electrotermoterapia en rehabilitación así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética - 3 meses.
- Hospitalización por motivos médicos y no quirúrgicos en régimen de internamiento o en hospital de día y parto- 10 meses.

En intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.



¿Dónde estoy cubierto?

- ✓ Este seguro ofrece cobertura en España y a través de la garantía de asistencia de urgencias en viajes al extranjero, durante un máximo de estancia continuada de 90 días, en cualquier lugar del mundo.



¿Cuáles son mis obligaciones?

- El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la Prima.
- Declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.
- Comunicar a la Aseguradora, durante el curso del Contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el Cuestionario de Salud del Asegurado presentado previamente, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la Aseguradora en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. Pudiendo en estos casos la Aseguradora proponer una modificación del contrato.
- Comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio, en el plazo máximo de un mes.

- Comunicar a la Aseguradora, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de asegurados que se produzcan durante la vigencia de la Póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la aceptación por parte de la Aseguradora y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la Prima a la nueva situación.
- Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al Seguro de la Aseguradora de la que aquella fuese Asegurada, los hijos recién nacidos serán dados de alta en la póliza de manera automática, con todos sus derechos y obligaciones, a menos que durante el embarazo sean excluidos expresamente por el Tomador.
- 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.
- Cuando la asistencia prestada al Asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro Seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la Aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El Asegurado, o en su caso el Tomador, vendrán obligados a facilitar a la Aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.
- El Asegurado deberá facilitar a la Aseguradora, durante la vigencia del Contrato, cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura del coste de las prestaciones que solicite. Una vez sea requerida por la Aseguradora, el proceso de otorgamiento de cobertura quedará en suspenso hasta la completa obtención de la información. La Aseguradora también podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación cuya improcedencia haya quedado manifestada “a posteriori” por la información médica facilitada por el Asegurado.



¿Cuándo y como tengo que efectuar los pagos?

- La primera prima o fracción de ella, será exigible conforme a los artículos 14 y 15 de la Ley una vez firmado el Contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Aseguradora tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación.
- En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si la Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido conforme a las condiciones anteriores. La cobertura vuelve a tener efecto transcurridas veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la Prima. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, la Aseguradora sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.
- El Tomador del Seguro perderá el derecho al fraccionamiento de la Prima que se hubiere convenido en caso de impago de cualquier recibo, siendo exigible desde ese momento la Prima total acordada para el periodo de Seguro que reste.
- En Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de Prima.
- En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador, o al Asegurado, la parte de Prima anual no consumida corresponderá a la Aseguradora.
- Este producto se comercializa en dos modalidades, con copagos y sin copagos. Los copagos podrán ser consultados en www.unionmadrilena.es



¿Cuándo comienza y finaliza la cobertura?

El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley, se prorrogará tácitamente por periodos anuales. Salvo comunicación escrita por parte de la Aseguradora, los contratos de este seguro se renuevan cada 31 de diciembre.



¿Cómo puedo rescindir el contrato?

No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación no inferior a dos meses en el caso de la Aseguradora, un mes en el caso del Tomador/Asegurado, a la fecha de la conclusión del periodo de Seguro en curso; la notificación del Tomador deberá realizarse a la Aseguradora.