

PLUS

Clínica Universitaria de Navarra
+ Subsidio por Hospitalización

| condiciones generales |

Adeslas

ÍNDICE

MÓDULO DE CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA + SUBSIDIO POR HOSPITALIZACIÓN	
Condiciones Generales	4
1. Introducción.	4
2. Normas de contratación.	4
3. Personas no asegurables.	4
4. Cláusulas de la Póliza de asistencia sanitaria aplicables a estos módulos.	5
5. Periodos de carencia aplicables a estos módulos.	5
6. Definiciones.	
7. Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador y/o Asegurado.	6
MÓDULO CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA	
Condiciones Generales	7
8. Objeto y límite de este módulo.	7
9. Descripción de la cobertura.	7
10. Exclusiones.	9
11. Forma de prestar los servicios.	9

ÍNDICE

MÓDULO SUBSIDIO POR HOSPITALIZACIÓN

Condiciones Generales	11
12. Contingencias objeto de cobertura.	11
13. Exclusiones específicas.	11
14. Cuantía de las indemnizaciones.	12
15. Ámbito territorial.	12
16. Siniestros: comunicación, efectos e indemnización.	12

CONDICIONES GENERALES:

Módulo de Clínica Universitaria de Navarra + Subsidio por Hospitalización

1) Introducción

El presente suplemento se compone de 2 módulos obligatorios:

- Acceso a Clínica Universitaria de Navarra.
- Subsidio por Hospitalización.

2) Normas de contratación

Para poder llevar a cabo la contratación de este suplemento, el Asegurado deberá tener contratada una Póliza de asistencia sanitaria general.

3) Personas no asegurables

No son asegurables, y por tanto en ningún caso les alcanza la cobertura del Seguro, las personas que se indican a continuación:

- a) Las personas mayores de 64 años de edad.
- b) Las incapacitadas por invalidez total y permanente para el ejercicio de cualquier profesión o actividad.
- c) Las que padezcan sordera o ceguera absoluta, parálisis, epilepsia, enajenación mental, alcoholismo, encefalitis letárgica, que hayan sufrido ataques de apoplejía o delirium tremens y, en general, cualquier lesión o enfermedad crónica o minusvalía psíquica o física que condicione su forma habitual de vida.
- d) Las sujetas a tratamientos mentales.

En todo caso, el módulo de subsidio por hospitalización quedará extinguido al vencimiento de la anualidad en la que el Asegurado cumpla los 65 años de edad.

Con independencia de esta circunstancia, el Asegurado continúa teniendo garantizado el acceso a la Clínica Universitaria de Navarra y a todas las prestaciones sanitarias de su Póliza.

4) Cláusulas de la Póliza de asistencia sanitaria aplicables a estos módulos

Resultan de aplicación al presente suplemento las cláusulas de las condiciones generales de la Póliza de asistencia sanitaria que seguidamente se relacionan:

- Cláusula preliminar.
- Definiciones (además de las indicadas expresamente en el apartado definiciones de este condicionado).
- Exclusiones.
- Pago de Primas.
- Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador y/o del Asegurado, cuando haga referencia a la cobertura reflejada en la cláusula 9 (además de lo indicado expresamente).
- Otras obligaciones de La Aseguradora, cuando haga referencia a la cobertura reflejada en la cláusula 9.
- Duración del seguro.
- Pérdida de derechos, resolución del contrato.
- Tratamiento de los datos de carácter personal.
- Estado y autoridad de control del asegurador.
- Instancias de reclamación.
- Comunicaciones y jurisdicción.
- Prescripción.
- Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza.

5) Periodos de carencia aplicables a estos módulos

5.1. Las prestaciones garantizadas por el módulo Clínica Universitaria de Navarra tendrán un periodo de carencia de DIEZ MESES contados desde la fecha en que tomó efecto, para cada Asegurado, la Póliza de asistencia sanitaria general a la que va asociada.

5.2. Asimismo, las prestaciones garantizadas por el módulo de Subsidio por Hospitalización Diaria tendrá un periodo de carencia de SEIS MESES a contar desde la fecha en que tomó efecto, para cada Asegurado este módulo.

6) Definiciones

6.1. A los efectos del presente suplemento se entenderá en el módulo de Clínica Universitaria de Navarra:

Cuadro médico: Clínica Universitaria de Navarra. Dirección: Avda. Pío XII en Pamplona (En adelante la CLÍNICA).

Director Médico: Persona designada por La Aseguradora para autorizar el acceso a la asistencia sanitaria en la CLÍNICA.

Internamiento en Hospital de Día: El hecho de que una persona figure registrada como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas específicamente, para recibir un tratamiento concreto que no precise pernoctar en la CLÍNICA y que necesite el internamiento y cuidados de enfermería hospitalaria sólo durante el tratamiento o el postoperatorio inmediato de pocas horas al día.

6.2. A los efectos del el módulo de Subsidio por Hospitalización se entenderá por:

Hospitalización: Hecho por el que una persona figure registrada más de 24 horas como paciente en un hospital y pernocte ocupando cama hospitalaria. El cómputo de días de estancia equivale al número de noches que el Asegurado permanezca ingresado.

Indemnización: Cantidad a pagar por el Asegurador al Asegurado en caso de siniestro cubierto por la Póliza.

Suma Asegurada: La cantidad que constituye el límite máximo anual de la indemnización según las coberturas garantizadas que figuran en las Condiciones Particulares y que La Aseguradora debe pagar en caso de siniestro.

7) Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador y/o del Asegurado

En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento de los Asegurados, La Aseguradora sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado sobrepasa los 64 años al momento de contratar.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad, la prima abonada es inferior, el Asegurado deberá abonar la diferencia. Del mismo modo, si la prima resultase superior, La Aseguradora deberá devolver la parte correspondiente.

CONDICIONES GENERALES: **Módulo de Clínica Universitaria de Navarra**

8) Objeto y límite de este módulo

Dentro de los límites y condiciones estipulados por el módulo y mediante la aplicación de la prima que en cada caso corresponda, La Aseguradora proporcionará al ASEGURADO las coberturas comprendidas en las especialidades y modalidades que figuran en la cláusula 9ª.

Este Seguro es de HOSPITALIZACIÓN y no garantiza, por tanto, las asistencias ambulatorias, sin ingreso hospitalario, salvo en aquellos casos que expresamente se indique.

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de prestación de servicio de asistencia sanitaria.

9) Descripción de la cobertura

Los servicios a los que da derecho este módulo son los de hospitalización en habitación individual (salvo casos en que por prescripción facultativa no sea posible), para tratamiento médico o quirúrgico en régimen de hospitalización en la CLÍNICA, en las siguientes especialidades:

- **Cardiología.**
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Neurocirugía** (para patologías cerebrales).
- **Trasplantes:** Riñón, hígado, pulmón y corazón.
- **Oncología:** Incluidos todos los Departamentos y Servicios necesarios para la hospitalización por patologías oncológicas, incluidos los trasplantes de médula ósea.
- **Hospital de Día:** Para tratamiento de quimioterapia y radioterapia.

Queda incluida en la cobertura la asistencia sanitaria proporcionada por otros Departamentos o Servicios de la CLÍNICA cuando su intervención resultara necesaria en el tratamiento de las patologías objeto de cobertura durante el periodo de ingreso del Asegurado en la citada Clínica (incluido el régimen de Hospital de Día).

Asimismo, queda incluido el Servicio permanente de Urgencias Hospitalarias en la CLÍNICA para las especialidades contratadas, siempre que de dicha urgencia se derive un ingreso.

Hospitalización Quirúrgica en la CLÍNICA: Para las intervenciones quirúrgicas que se requieran en las especialidades citadas anteriormente, previa prescripción del DIRECTOR MÉDICO, incluyendo los gastos que origine la estancia y manutención del enfermo, los gastos de quirófano, así como las curas postoperatorias y su material durante la hospitalización, incluida la medicación. La cobertura de esta hospitalización durará todo el tiempo propio del postoperatorio. Si después de ese periodo se precisara prolongar la hospitalización por razones médicas, ésta tendría el límite previsto para dicha hospitalización, siempre para el tratamiento en las especialidades detalladas anteriormente.

Los análisis preoperatorios, así como el examen y las pruebas que, después de establecerse la indicación quirúrgica de las especialidades mencionadas, el cirujano de la clínica considere necesarias realizar antes de la intervención, quedan incluidas en la garantía de este módulo. También queda incluida, si la hubiere, la primera revisión consecuyente de una intervención quirúrgica en la CLÍNICA, así como las pruebas diagnósticas que pudieran ser necesarias para la evaluación del paciente en esa primera revisión.

Hospitalización Médica e internamiento en Unidad de Cuidados Intensivos (U.C.I.) y (U.V.I.) en la CLÍNICA: Previa prescripción del DIRECTOR MÉDICO, para los estados patológicos agudos que precisen hospitalización en las especialidades detalladas anteriormente, tanto de adultos como de pediatría. La duración de esta estancia será hasta que el médico encargado de la asistencia lo estime conveniente, con una duración máxima de treinta días por Asegurado y anualidad, incluida la medicación durante la hospitalización. Quedan excluidas las revisiones generales y polisomnografías.

La prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas, para las intervenciones reflejadas en la descripción de la cobertura correrá a cargo de La Aseguradora.

En cuanto al coste de las prótesis en sí, será de cuenta de La Aseguradora en el supuesto de válvulas cardíacas, marcapasos, prótesis de bypass vascular, endoprótesis vasculares (stent). EL COSTE DE CUALQUIER OTRO TIPO DE PRÓTESIS, PIEZAS ANATÓMICAS Y ORTOPÉDICAS, SERÁ DE CUENTA DEL ASEGURADO.

Hospital de Día en la CLÍNICA: Previa prescripción del DIRECTOR MÉDICO, para las siguientes intervenciones o tratamientos que no precisan pernoctar en la CLÍNICA y que necesiten el internamiento y cuidados de enfermería hospitalaria sólo durante el tratamiento o el postoperatorio inmediato de pocas horas al día, sin pasar la noche en la CLÍNICA, para las especialidades indicadas al principio de esta cláusula y el tratamiento de patologías oncológicas. Queda incluida la primera revisión, así como las pruebas diagnósticas que fueran precisas para la evaluación del paciente en dicha revisión.

En cuanto a los tratamientos de Quimioterapia, queda incluida la medicación precisa, existe un límite máximo de treinta días por Asegurado y anualidad.

En cuanto a la Radioterapia Oncológica, se establece un límite máximo de cuarenta y cinco sesiones por Asegurado y anualidad.

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO: Durante la hospitalización (incluida la realizada en régimen de Hospital de Día), para las especialidades cubiertas en la Póliza, detalladas al principio de ésta cláusula.

ANÁLISIS CLÍNICOS: Bioquímica, hematología, microbiología, parasitología anatomía patológica quirúrgica, citopatología.

RADIODIAGNÓSTICO: Todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos, quedando incluida la utilización de medios de contraste.

OTROS MEDIOS DE DIAGNÓSTICO: Doppler cardiaco, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, fibroendoscopia.

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO DE ALTA TECNOLOGÍA: Inmunohistoquímica, radiología intervencionista vascular y visceral, ergometría, hemodinámica vascular, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, tomografía por emisión de positrones, TAC (scanner) y Resonancia Magnética Nuclear.

TRATAMIENTOS ESPECIALES

Transfusiones de sangre: Durante la hospitalización. Tanto el acto médico de la transfusión como el coste de la sangre y/o plasma a transfundir serán por cuenta de La Aseguradora.

OTROS SERVICIOS

Ambulancia: Para el traslado del enfermo en vehículo terrestre en casos urgentes, dentro del territorio peninsular español hasta la CLÍNICA, por prescripción de un médico para las especialidades garantizadas, detalladas al principio de esta cláusula, cuando la situación del paciente imposibilite la utilización de los servicios ordinarios de transporte.

10) Exclusiones

Quedan excluidas de la cobertura las revisiones generales o chequeos, cuya finalidad sea el diagnóstico.

11) Forma de prestar los servicios

11.1. La asistencia en régimen de hospitalización, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará únicamente en la CLÍNICA.

11.2. La Aseguradora no se hace responsable de los gastos de hospitalización ocasionados en cualquier otro centro hospitalario distinto de la CLÍNICA ni de los honorarios de los facultativos ajenos a ésta.

11.3. La autorización para la hospitalización será indicada por escrito por el DIRECTOR MÉDICO. Una vez otorgada ésta, vinculará económicamente a La Aseguradora.

En los casos de urgencia, peligro de muerte inmediata o que implique consecuencias graves para la vida del ASEGURADO, éste deberá acudir al servicio permanente de urgencia de la CLÍNICA. Para su hospitalización será suficiente a estos efectos la indicación del médico, pero el ASEGURADO deberá obtener la conformidad de La Aseguradora dentro de las 72 horas siguientes al ingreso y en todas las situaciones, hayan transcurrido o no los periodos de carencia.

La Aseguradora quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste por escrito sus reparos a la hospitalización.

11.4. Se garantiza la tecnología y metodología en la CLÍNICA en el momento de toma de efecto de la Póliza. La incorporación de nuevas tecnologías para tratamientos médicos, quirúrgicos o diagnósticos, no se incluirán en la cobertura del Seguro hasta que expresamente La Aseguradora lo indique en las Condiciones Generales y haga las adaptaciones necesarias en la tarifa de primas.

CONDICIONES GENERALES: Módulo Subsidio por Hospitalización

12) Contingencia objeto de cobertura

Por el presente Suplemento, queda cubierta la siguiente cobertura:

Módulo de subsidio por hospitalización diaria de 120€/día. Dicho subsidio se devengará a partir del 5º día consecutivo de hospitalización, siempre que dicho internamiento fuera prescrito por el médico o Cirujano que atienda al Asegurado. Esta cobertura tendrá un límite máximo de prestación de 180 días por anualidad del seguro en curso.

13) Exclusiones específicas

Además de las exclusiones generales establecidas en las condiciones generales de la Póliza de asistencia sanitaria general de la que este módulo es suplemento, quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro los siniestros que sean consecuencia directa o indirecta de enfermedades o accidentes en los que concurran alguna de las siguientes circunstancias:

- 1.- Los acaecidos por infracción de leyes o preceptos del Código Penal.
- 2.- Los causados por negligencia o mala fe del Asegurado.
- 3.- Los derivados de lesiones producidas bajo los efectos de bebidas alcohólicas, drogas, estupefacientes, estados de desarreglo mental o sonambulismo.
- 4.- Los acaecidos en duelos, desafíos o riñas, salvo que se actúe en legítima defensa.
- 5.- Los causados por la interrupción voluntaria del embarazo.
- 6.- Los derivados de la asistencia al parto normal y/o lactancia.
- 7.- Los derivados de intervenciones de carácter puramente estético o cosmético, salvo que sean consecuencia de accidente.
- 8.- Los que sean consecuencia de estancias en Balnearios y Centros similares y las curas de reposo o adelgazamiento.

14) Cuantía de la indemnización

COBERTURA	SUMA ASEGURADA
Indemnización diaria:	120 €

15) Ámbito territorial

Las coberturas garantizadas por estos módulos son extensibles a los siniestros cubiertos por ella ocurridos en cualquier hospital del mundo.

16) Siniestros: comunicación, efectos e indemnización

16.1. El Tomador o el Asegurado deberán comunicar a La Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días de haberlo conocido.

En todos los casos el Tomador o el Asegurado deberán proporcionar a La Aseguradora toda clase de información sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, así como cualquier reconocimiento o comprobación por parte de los médicos asignados por el Asegurador para la mejor estimación del alcance del siniestro.

Asimismo, deberá enviar a La Aseguradora con periodicidad no superior a 10 días y en tanto no se produzca el alta de hospitalización, certificado médico de permanencia en la situación de ingresado en centro hospitalario.

En caso de incumplimiento de estos deberes, La Aseguradora podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración, salvo que hubiera tenido conocimiento del siniestro por otro medio. Si en el incumplimiento del deber de información hubiera concurrido dolo o culpa grave, se producirá la pérdida del derecho a la indemnización.

16.2. Dentro de esta colaboración, el Asegurado se obliga a facilitar a La Aseguradora traducción oficial de los documentos redactados en idiomas distintos a los que tienen carácter de oficiales en el Estado español.

La Aseguradora hará efectivo al Asegurado el importe que corresponda dentro de los 15 días hábiles siguientes a las recepción de la documentación completa especificada en el apartado anterior. El pago se realizará siempre en moneda española aunque las facturas se hayan extendido en otra moneda diferente. En este último caso, se efectuará el pago al cambio aplicable en la fecha de recepción de las facturas por La Aseguradora.

16.3. Para el cobro de la indemnización, el Tomador o el Asegurado, deberán remitir a La Aseguradora los documentos justificativos siguientes:

- a) Partes de alta y baja del centro hospitalario.
- b) Informe detallado del Médico que haya tratado al Asegurado expresivo del tratamiento aplicado y la necesidad de la hospitalización y, en su caso, de su prolongación.
- c) En caso de intervención quirúrgica, informe médico del Cirujano que la hubiera llevado a cabo, expresivo de la naturaleza y circunstancias de la intervención.
- d) Cuantos informes solicite La Aseguradora y sean razonablemente necesarios para el reconocimiento y determinación de la intervención.

16.4. Al término de las investigaciones y peritaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y sus consecuencias, el Asegurador está obligado a satisfacer la indemnización.

En cualquier caso, La Aseguradora deberá efectuar, dentro de los 40 días, a partir de la recepción de la declaración de siniestro, el pago del importe mínimo de lo que pueda deber, según las circunstancias por el conocidas.

16.5. En caso de no haber acuerdo entre las partes, cada una designará un Perito Médico, debiendo constar, por escrito, la aceptación de éstos.

Si una de las partes no hubiera hecho la designación, estará obligada a realizarla en los 8 días siguientes a la fecha en que sea requerida por la que hubiera designado al suyo, y de no hacerlo en este plazo, se entenderá que acepta el dictamen que emite el Perito de la otra parte, quedando vinculado por el mismo.

En caso de que los Peritos lleguen a un acuerdo, se reflejará en un acto conjunto, en el que se hará constar las causas del siniestro, la valoración de los daños y las demás circunstancias que influyan en la determinación de la indemnización y la propuesta de su importe.

Cuando no haya acuerdo entre ambos peritos, ambas partes designarán un tercer Perito de conformidad, y de no existir ésta, la designación se hará por el Juez de Primera Instancia del lugar, en acto de jurisdicción voluntaria y por los trámites previstos para la insaculación de Peritos en la Ley de Enjuiciamiento Civil.

El dictamen de los Peritos, por unanimidad o por mayoría, se notificará a las partes, de manera inmediata y de forma indubitada, siendo vinculante para estos, salvo la posibilidad de impugnación, en los plazos y condiciones señaladas por la Ley de Contrato de Seguro.

Si el dictamen de los Peritos fuese impugnado, La Aseguradora deberá abonar el importe mínimo a que se refiere el artículo 11.3, y si no lo fuera, abonará el importe de la indemnización señalada por los Peritos en el plazo de 5 días.

16.6. En el supuesto de que, por demora de La Aseguradora en el pago del importe de la indemnización devenida inatacable, el Asegurado se viera obligado a reclamarlo judicialmente, la indemnización correspondiente se verá incrementada en un 20 % anual y, en todo caso, con el importe de los gastos originados al Asegurado con el proceso.

S.RE.115/12