

AGRUPACIÓ I ATLANTIS



Condiciones Generales
Doble Previsión Personal Baremado

DOBLE PREVISIÓN PERSONAL BAREMADO
Seguro de Enfermedad
CONDICIONES GENERALES
(Mod. DPB006)

Índice

1. Personas que intervienen en el contrato	3
2. Definiciones	3
3. Bases legales del contrato	4
4. Objeto del seguro	5
4.1. Incapacidad temporal baremada	5
4.2. Hospitalización	6
5. Riesgos no Cubiertos	7
6. Personas asegurables	8
7. Formalización y entrada en vigor del contrato	8
8. Plazos de carencia	8
9. Duración del seguro	8
10. Revalorización automática anual	9
11. Obligaciones del Tomador o del Asegurado cuando se producen variaciones sobre el riesgo asegurado o se han producido inexactitudes en sus declaraciones	9
12. Pago de las primas	10
13. Tramitación y percepción de la prestación	10
13.1. Tramitación del siniestro y documentación requerida	10
13.2. Pago de la prestación	11
14. Nulidad del contrato y pérdida de derechos	11
14.1. Nulidad del Contrato	11
14.2. Pérdida del derecho a la prestación	11
14.3. Supuestos de reserva o inexactitud en las Declaraciones de Tomador y Asegurados	12
15. Comunicaciones recíprocas	12
16. Mecanismos de resolución de conflictos	12
17. Contratación a distancia	13
18. Prescripción	13
19. Protección de los datos personales	13
BAREMO DE DOBLE PREVISIÓN PERSONAL BAREMADO	15

La presente póliza se rige por lo dispuesto en la legislación que a continuación se detalla y por lo convenido en estas Condiciones Generales y Particulares adjuntas. Estas Condiciones han sido elaboradas de forma que puedan servir de guía en todo momento y mientras la póliza esté en vigor, facilitando toda la información necesaria a las personas que en ella intervienen, de tal manera que conozcan cuáles son sus derechos y obligaciones, así como el alcance real de la cobertura contratada.

1. Personas que intervienen en el contrato

- a. **Entidad Aseguradora:** AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., en adelante la Entidad Aseguradora, quien en su condición de asegurador asume la cobertura de las prestaciones previstas en este contrato. La Entidad Aseguradora está sometida a la normativa vigente del Estado español, ejerciendo el control de su actividad el Ministerio de Economía y Hacienda a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, organismo competente en materia de seguros.
- b. **Tomador del seguro:** la persona que juntamente con la Entidad Aseguradora suscribe este contrato y a quien corresponden los derechos y las obligaciones del mismo, salvo aquéllos que, por su naturaleza, correspondan al Asegurado y/o al Beneficiario.
- c. **Asegurado:** la persona física sobre la cual se establece la cobertura del seguro y que, en defecto del Tomador, asume las obligaciones del contrato. El seguro podrá contratarse con referencia a una persona o a un grupo de personas. Este grupo deberá estar delimitado por alguna característica común diferente al propósito de asegurarse.
- d. **Beneficiario:** la persona que tiene el derecho a percibir la prestación del seguro. Salvo designación expresa, será considerado como Beneficiario el propio Asegurado.

2. Definiciones

A los efectos del seguro se entiende por:

Accidente: lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. No se considerarán como accidentes las enfermedades de cualquier tipo que no sean consecuencia directa de un accidente y, en particular, las enfermedades cardiovasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.

Baremo de Indemnización: relación incluida en las Condiciones Generales de la póliza, que contiene un listado de enfermedades y lesiones que tienen asignada una duración convencional en días de incapacidad, con arreglo al cual se establecen y delimitan las indemnizaciones de la garantía de Incapacidad Temporal.

Declaración de salud: cuestionario que debe cumplimentar el Asegurado con anterioridad a la formalización del seguro, en el que éste expone los datos necesarios para la valoración de su estado de salud.

Enfermedad: toda alteración del estado de salud, que no sea consecuencia de un accidente, cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico legalmente reconocido, y que precise de asistencia facultativa.

Enfermedad preexistente: aquella que, desde el punto de vista médico, ya existía con anterioridad al momento de la contratación del seguro o de la inclusión del Asegurado en la póliza.

Franquicia: período de tiempo inicial del siniestro en que no se devengará la indemnización diaria contratada y, por tanto, la Entidad Aseguradora no satisfará ninguna prestación. La duración de la franquicia se indica en las Condiciones Particulares.

Hospital: todo establecimiento legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas. Dicho establecimiento debe estar atendido por un médico las 24 horas del día. No se considerarán como hospitales a efectos de la póliza, los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, residencias, y todo tipo de instalaciones dedicadas, principalmente, al cuidado y tratamiento de personas que padezcan enfermedades crónicas, terminales o de tipo degenerativo.

Hospitalización: internamiento en un hospital con fines diagnósticos o terapéuticos. Supone el registro de entrada del Asegurado y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas. Para la determinación del número de días de hospitalización se computará el día del ingreso pero no el del alta.

Indemnización diaria: es la prestación diaria asegurada, fijada en las Condiciones Particulares, a pagar por la Entidad Aseguradora en caso de siniestro y que se limita a los días establecidos en el baremo de indemnización de estas Condiciones Generales por episodio de enfermedad o lesión padecida, incluido, en su caso, el período de franquicia.

Intervención quirúrgica: toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuado por un médico y que requiere normalmente de la utilización de una sala de operaciones.

Plazo de carencia: período de tiempo, contado a partir de la fecha de efecto o alta en el seguro, durante el cual no entran en vigor las coberturas de la póliza. La duración de la carencia se indica en el apartado ocho de estas Condiciones Generales.

Prima: el precio del seguro. Los recibos de prima comprenden, además de ésta, los recargos e impuestos legalmente repercutibles.

Siniestro: acaecimiento de los hechos previstos en el contrato y cuyas consecuencias económicas dañosas pueden estar cubiertas por las garantías del seguro.

Solicitud de seguro: documento que el Tomador entrega a la Entidad Aseguradora, en el que realiza una descripción del riesgo que pretende asegurar.

3. Bases legales del contrato

La Ley del Contrato de Seguro (Ley 50/1980 de 8 de octubre – BOE de 17 de octubre de 1980) y la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (Ley 20/2015 de 14 de julio – BOE de 15 de julio de 2015), constituyen la legislación aplicable al contrato, así como la normativa que las desarrolla o sustituya en el futuro.

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y la Ley de ámbito nacional de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) que lo complementa y normas de desarrollo.

Constituyen las bases de este contrato las declaraciones del Tomador, recogidas en la Solicitud de seguro y las respuestas del Asegurado, contenidas en la Declaración de salud y, en su caso, en los cuestionarios previos a la formalización del seguro.

La Póliza, que se halla integrada por:

- Las presentes Condiciones Generales que regulan los derechos y deberes de las partes, así como el alcance de las garantías del seguro.
- Las Condiciones Particulares que recogen las cláusulas y los datos propios e individualizados de cada contrato, así como los suplementos y apéndices que se produzcan durante la vigencia del seguro, para complementarlo o modificarlo. La emisión de un nuevo suplemento a las Condiciones Particulares dejará sin efecto a las emitidas anteriormente.

Si el contenido de la póliza difiere de la Solicitud del seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador podrá pedir, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, que se subsanen las

divergencias existentes. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

4. Objeto del seguro

Dentro de los límites y términos establecidos en las Condiciones Generales y Particulares de la presente póliza, la Entidad Aseguradora cubre únicamente las prestaciones correspondientes a cada una de las garantías del seguro indicadas en las Condiciones Particulares. Dichas garantías podrán referirse a las siguientes contingencias:

4.1. Incapacidad temporal baremada

4.1.1. Riesgo cubierto

La Entidad Aseguradora garantiza, dentro de los límites y condiciones determinados en la póliza, el pago de una indemnización única, resultante de multiplicar la prestación diaria asegurada reflejada en las Condiciones Particulares por el número de días fijado en el Baremo de indemnización incluido en las Condiciones Generales, descontando, en su caso, el período de franquicia, en función de la lesión o enfermedad padecida, siempre que ello impida al Asegurado llevar a cabo de forma temporal y total todo tipo de actividad laboral, profesional o empresarial y que quede acreditado médicamente. La cobertura de la "Incapacidad temporal" precisará de la confirmación de un médico en ejercicio en España.

4.1.2. Modalidades de cobertura

De común acuerdo entre las partes contratantes, se podrán excluir a través de las Condiciones Particulares la cobertura de los períodos de incapacidad temporal derivados de enfermedades, secuelas y lesiones corporales causadas por accidente.

4.1.3. Reglas aplicables para el devengo de la Indemnización:

- a. Para poder percibir la prestación contratada será indispensable que se presente una alteración del estado de salud del Asegurado contemplada en el baremo de indemnización y motivada por cualquier tipo de enfermedad o accidente que le impida realizar cualquier tipo de actividad laboral, profesional o empresarial de forma total y temporal y acreditado médicamente.
- b. En todas las enfermedades o accidentes, para que el Asegurado tenga derecho a percibir la prestación será necesario que:
 - el Asegurado reciba la asistencia facultativa médica adecuada al proceso por el que se vea afectado.
 - la alteración en el estado de salud debe impedir al Asegurado el ejercicio de la actividad laboral, profesional o empresarial de forma total y temporal y debe ser acreditado médicamente.
- c. Los siniestros causados por enfermedades o lesiones no devengarán derecho a la prestación a partir del momento en el que se determine médicamente que son irreversibles.
- d. Si el Asegurado no facilita a la Entidad Aseguradora la información médica necesaria para tramitar los siniestros, o impide o se niega a ser reconocido por los profesionales designados por la Entidad Aseguradora, no devengará derecho a la prestación.
- e. En total, se indemnizarán un máximo de 365 días por anualidad de seguro, por todas las enfermedades y lesiones que se produzcan.
- f. Cuando el asegurado presente de forma concurrente como causa de la Incapacidad Temporal declarada varias enfermedades o lesiones declaradas simultáneamente, la prestación a satisfacer será la correspondiente a aquella que, conforme con el baremo de indemnización, tenga asignado mayor número de días de Incapacidad Temporal.

- g. Los siniestros sucesivos debidos o relacionados con la misma patología, no devengarán derecho a la prestación si no han transcurrido al menos el doble de los días indemnizados por el período precedente y debiendo siempre transcurrir un período mínimo de noventa días desde el inicio del proceso que originó el anterior pago.
- h. En el supuesto de que en el transcurso de un proceso ya abierto se produzca un nuevo siniestro, de la nueva indemnización a percibir se descontarán los días ya reconocidos que se superponen, sin perjuicio de lo establecido en el apartado f).
- i. La incapacidad temporal producida por enfermedades crónicas da derecho a prestación económica exclusivamente en las reagudizaciones, cuando sean demostradas objetivamente con pruebas de diagnóstico, no se considere que el tratamiento aplicado tiene únicamente carácter paliativo y obliguen al Asegurado a hacer reposo absoluto en cama, independientemente de tener o no reconocida la Incapacidad Temporal por la Seguridad Social.
- j. Las enfermedades o lesiones, de igual o similar causa, que tengan asociado en el Baremo de indemnización un número de días de 15 o menos, sólo podrán indemnizarse tres veces por anualidad del seguro.
- k. En cualquier caso, la cantidad diaria que perciba el Asegurado será la establecida en las Condiciones Particulares, no pudiéndose superponer prestaciones derivadas de diversos procesos de incapacidad.

4.1.4. Ámbito territorial

La indemnización diaria únicamente se devengará mientras que el Asegurado permanezca físicamente en España.

4.2. Hospitalización

4.2.1. Riesgo cubierto

La Entidad Aseguradora garantiza el pago de la indemnización diaria indicada en las Condiciones Particulares para esta garantía por cada día de hospitalización del Asegurado, de acuerdo con lo regulado en estas Condiciones Generales, debida a cualquier enfermedad o accidente amparado por las coberturas de la presente póliza.

4.2.2. Reglas aplicables para el devengo de la indemnización por hospitalización:

- a. En los casos de hospitalización por enfermedad o accidente, la indemnización diaria se devengará durante los días en que el Asegurado se encuentre hospitalizado por prescripción médica, con fines diagnósticos o terapéuticos y reciba la asistencia médica adecuada al proceso por el que se encuentra hospitalizado. Queda fuera de cobertura la hospitalización por razones sociales.
- b. En el supuesto de que el Asegurado sufriera nuevos períodos de hospitalización por la misma causa o por causas médicas directamente relacionadas con la anterior, los nuevos períodos de hospitalización se considerarán a todos los efectos continuación del inicial, sin que en ningún caso pueda superarse el plazo máximo de 365 días.
- c. El importe de la indemnización diaria a satisfacer por la Entidad Aseguradora no podrá ser superior al establecido en las Condiciones Particulares, incluso en el supuesto de que la hospitalización fuera debida a varias dolencias o de que se practicasen varias intervenciones quirúrgicas al mismo tiempo.

4.2.3. Ámbito territorial

La indemnización diaria únicamente se devengará cuando el internamiento se haya realizado en el territorio de la Unión Europea, Estados Unidos de América y Canadá.

5. Riesgos no Cubiertos

Quedan fuera de cobertura del seguro:

- a. Todas las enfermedades, lesiones o defectos de origen anterior a la fecha de entrada en vigor del contrato.
- b. Todas las enfermedades y lesiones que sean consecuencia de riñas o peleas (salvo que el Asegurado haya actuado en legítima defensa), alteraciones del orden público, conflictos armados o guerra, hechos declarados oficialmente como fenómenos de carácter extraordinario, catastrófico o epidemia, así como las consecuencias derivadas de la energía atómica o de radiaciones de cualquier clase, salvo que se ocasionen como consecuencia de un tratamiento médico basado en dicha fuente de energía.
- c. Las enfermedades y lesiones derivadas de la participación del Asegurado en expediciones científicas o en competiciones deportivas, así como la práctica casual o como aficionado de deportes manifiestamente peligrosos, distintos a los declarados a la Entidad Aseguradora en la Solicitud de Seguro o en cualquier otro cuestionario previo a la entrada en vigor del seguro, como el submarinismo, escalada, artes marciales o barranquismo, entre otros.
- d. Las enfermedades o lesiones que tengan como manifestación única el dolor, no objetivables de forma objetiva clínicamente por pruebas complementarias de diagnóstico.
- e. Las enfermedades neurológicas que no estén diagnosticadas y acreditadas con pruebas médicas concluyentes, así como la Fibromialgia y la Fatiga Crónica y su sintomatología.
- f. Las psicosis, neurosis, psicopatías, trastornos de la personalidad, depresiones o estrés y todas aquellas manifestaciones orgánicas de una enfermedad de la mente conocidas como enfermedades psicosomáticas, si no se produce ingreso hospitalario.
- g. El SIDA y las enfermedades o lesiones causadas por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH).
- h. Las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Tomador o el Asegurado que entrañen grave riesgo para la salud del Asegurado, así como las derivadas de intento de suicidio.
- i. Las lesiones o enfermedades o sus complicaciones derivadas de acciones del Asegurado que comporten un grave riesgo para su salud, tales como la interrupción del tratamiento médico prescrito, o bien las derivadas de la ingestión de bebidas alcohólicas, el consumo de drogas y estupefacientes.
- j. Los actos médicos o quirúrgicos y sus consecuencias, a los cuales se someta voluntariamente el Asegurado y que no sean como consecuencia de accidente o enfermedad, así como los tratamientos terapéuticos experimentales y los puramente estéticos, salvo cirugía reparadora en caso de accidente sobrevenido durante la vigencia del seguro.
- k. Los tratamientos dietéticos y médicos en régimen ambulatorio u hospitalario para adelgazar o engordar, así como el tratamiento de la anorexia y de otras alteraciones de la conducta alimentaria y el tratamiento quirúrgico de la obesidad. Las estancias en asilos, residencias, balnearios y similares, los tratamientos balneoterápicos o hidroterápicos, aunque sean prescritos por facultativos, y la hospitalización por razones sociales.
- l. Las enfermedades o accidentes ocurridos cuando el Asegurado esté en situación de desempleo, jubilación o no desarrolle ninguna actividad laboral, profesional o empresarial.
- m. Las enfermedades derivadas o agravadas por el embarazo, el aborto y el parto.
- n. La hospitalización relacionada con el embarazo y el parto.

6. Personas asegurables

Podrán obtener la cobertura del seguro las personas que cumplan las condiciones determinadas por la Entidad Aseguradora. Salvo pacto en contrario, en la fecha de incorporación del Asegurado a la presente póliza, podrán ser asegurados las personas que tengan una edad comprendida entre los 16 y los 64 años y se encuentren realizando una actividad laboral, profesional o empresarial remunerada.

7. Formalización y entrada en vigor del contrato

La póliza entra en vigor en la fecha de efecto indicada en las Condiciones Particulares, mediante la firma del Tomador y, en su caso, del Asegurado, y el pago de la primera prima. Los suplementos y apéndices tomarán efecto una vez se hayan cumplido los mismos requisitos.

No obstante, el Tomador podrá rescindir libremente el contrato dentro de los 30 días siguientes a la fecha en la que la Entidad Aseguradora le entregue la póliza. Esta facultad unilateral de rescisión del contrato deberá ejercitarse por escrito en el plazo indicado y producirá sus efectos desde el día de su expedición. A partir de esta fecha, cesará la cobertura del riesgo por parte de la Entidad Aseguradora, devolviendo al Tomador la prima satisfecha, excepto la parte correspondiente al tiempo en que la cobertura ha tenido vigencia.

8. Plazos de carencia

Las prestaciones de la póliza se hallan sometidas a los plazos de carencia que se establecen a continuación, excepto en los siniestros derivados de accidente:

- Siniestros derivados de enfermedad: 3 meses.
- Parto: 12 meses.
- Garantía de hospitalización: 6 meses

9. Duración del seguro

La presente póliza se contrata por el período de tiempo indicado en las Condiciones Particulares y, a su vencimiento, salvo pacto en contrario, se prorrogará tácitamente año por año, siempre que la póliza se encuentre en vigor mediante el pago de la prima correspondiente, de acuerdo con las tarifas establecidas por la Entidad Aseguradora en cada momento.

No obstante, el seguro se extinguirá por cualquiera de las causas siguientes:

- a. Las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del período del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea la entidad aseguradora.
- b. Al finalizar la anualidad de seguro en que el Asegurado cumpla los 70 años de edad, salvo que la Entidad Aseguradora conceda una autorización expresa de prórroga.

Asimismo, la póliza también se extinguirá, aun sin existir comunicación previa del Asegurado, en los casos siguientes:

- Cuando el Asegurado acceda a la jubilación, desempleo o por cese de toda actividad laboral o profesional.

- Cuando se diagnostique médicamente al Asegurado que la enfermedad o accidente que ha motivado el siniestro se ha transformado en una invalidez permanente para el ejercicio de la profesión habitual.

En los dos últimos supuestos, la Entidad Aseguradora reintegrará al Tomador la parte de prima correspondiente al tiempo que medie entre la fecha de efecto de la resolución o cese de la actividad y la expiración del período de seguro cubierto por la prima satisfecha por la garantía de Incapacidad temporal. El importe de dicho extorno de prima será, como máximo, la prima correspondiente a la última anualidad de seguro.

10. Revalorización automática anual

Al vencimiento de cada anualidad de seguro, el Tomador y la Entidad Aseguradora podrán pactar que el importe de la indemnización diaria que figura en las Condiciones Particulares se revalore automáticamente en función de las variaciones del Índice de Precios al Consumo o en un porcentaje fijo determinado. De igual forma, la prima se ajustará proporcionalmente a la variación de dicho índice o porcentaje, de acuerdo con las tarifas vigentes en el momento de la renovación.

El Tomador y la Entidad Aseguradora podrán renunciar a la aplicación de la revalorización, mediante una comunicación a la otra parte con dos meses de antelación al vencimiento anual del seguro.

En caso de siniestro, el importe de la indemnización diaria a satisfacer por la Entidad Aseguradora será el vigente en el momento de inicio del siniestro, sin que la Entidad Aseguradora deba incrementar dicho importe en caso de prolongarse el siniestro y coincidir con una revalorización del mismo.

11. Obligaciones del Tomador o del Asegurado cuando se producen variaciones sobre el riesgo asegurado o se han producido inexactitudes en sus declaraciones

El Tomador o, en su caso, el Asegurado, durante la vigencia del contrato, deberán comunicar, tan pronto como les sea posible:

- a. La contratación de cualquier otro seguro que cubra el mismo riesgo o parecido al cubierto por esta póliza.
- b. Cualquier disminución sustancial de ingresos del Asegurado, durante un período prolongado de más de seis meses, respecto a los declarados inicialmente.
- c. Los cambios de profesión del Asegurado o de la actividad en la empresa para la que trabaja, la inclusión de riesgos suplementarios, tales como la práctica de deportes de mayor riesgo que los declarados inicialmente, las declaraciones inexactas de los cuestionarios presentados por la Entidad Aseguradora, así como todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la Entidad Aseguradora en el momento de la aceptación y formalización del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para el Tomador.

La Entidad Aseguradora dispone de un plazo de dos meses, desde que le sea declarada la agravación del riesgo, para proponer una modificación del contrato. En dicho supuesto, el Tomador tiene un plazo de quince días desde la recepción de la modificación para aceptarla o rechazarla. En caso de rechazo o de silencio por parte del Tomador, la Entidad Aseguradora, transcurrido dicho plazo, puede 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 días siguientes, comunicará al Tomador la rescisión definitiva.

La Entidad Aseguradora igualmente podrá rescindir el contrato, comunicándolo por escrito al Tomador dentro de un mes a partir del día en que tuvo conocimiento de la agravación del riesgo. En el caso

que el Tomador del seguro o el Asegurado no haya efectuado su declaración y sobreviniere un siniestro, el Asegurado queda liberado de la prestación si el Tomador o el Asegurado han actuado con mala fe.

Si las nuevas circunstancias dieran lugar a que el seguro pudiera contratarse en condiciones más favorables, la prima de la siguiente anualidad se reducirá en la proporción correspondiente.

12. Pago de las primas

El Tomador está obligado al pago del primer recibo de prima en el momento de la formalización del seguro. Los sucesivos recibos de prima se abonarán por anticipado en los correspondientes vencimientos. Si por culpa del Tomador la primera prima no ha sido pagada, la Entidad Aseguradora tiene el derecho a resolver el contrato.

En el caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del seguro quedará suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si la Entidad Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. Asimismo, transcurrido el plazo de gracia de un mes, cuando el contrato esté en suspenso de cobertura conforme al artículo 15 de la Ley de Contrato de Seguro, la Aseguradora podrá rescindir el contrato por falta de pago.

La prima se establece por períodos anuales. No obstante, la forma de pago de las primas será la establecida en las Condiciones Particulares.

13. Tramitación y percepción de la prestación

13.1. Tramitación del siniestro y documentación requerida

Cuando se produzca un siniestro cubierto por esta póliza, el Asegurado deberá:

13.1.1. Para la garantía de Incapacidad Temporal:

- a. Comunicar por escrito a la Entidad Aseguradora el hecho que pueda dar lugar a la prestación del seguro, lo antes posible y en el plazo máximo de siete días desde su ocurrencia, adjuntando al citado escrito:
- b. Impreso de baja emitido por la Seguridad Social u Organismo Oficial e Informe Médico en el que conste:
 - Nombre y dos apellidos del Asegurado
 - Dirección y teléfono
 - Nombre y número de colegiado del facultativo que determina la baja laboral
 - Diagnóstico de la enfermedad o accidente
 - Si guarda reposo absoluto domiciliario o reposo relativo
 - Si ha padecido con anterioridad la dolencia y en qué fecha
 - Si su dolencia le impide dedicarse a sus actividades laborales o profesionales de forma temporal y total
 - Fecha probable de iniciación del proceso
 - Fecha en que comenzó a prestarle asistencia
 - Fecha nueva visita o control
 - Pronóstico en cuanto a la duración de la dolencia
- c. Así como cualquier otro dato sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro que considere el Asegurado o el facultativo.

- d. Además, podrá solicitarse por la Aseguradora acreditación de la actividad económica o profesional realizada.
- e. Permitir, en cualquier caso, el examen del Asegurado por los médicos designados por la Entidad Aseguradora para comprobar su estado de salud, permitiendo la obtención de toda clase de informaciones o pruebas complementarias que consideren necesarios para la correcta valoración del siniestro. En el caso de que el Asegurado se opusiera a la visita de dichos médicos, la Entidad Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.
- f. Las prestaciones de incapacidad temporal correspondientes se devengarán, siempre que el siniestro se comunique a la Entidad Aseguradora dentro del plazo máximo de siete días desde su inicio. De recibirse la comunicación de siniestro transcurrido este plazo máximo, el asegurador podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.

13.1.2. Para la garantía de Hospitalización:

- a. Comunicar por escrito a la Entidad Aseguradora el hecho que pueda dar lugar a la prestación del seguro, lo antes posible y en el plazo máximo de 7 días desde el alta hospitalaria, mediante un informe médico en el que se indique el centro en el que ha sido hospitalizado el Asegurado y el motivo de la hospitalización. En caso de incumplimiento, la Entidad Aseguradora podrá reclamar los daños y perjuicios causados por la falta de declaración.
- b. Certificado de Estancia Hospitalaria e Informe Médico de Alta Hospitalaria.

13.2. Pago de la prestación

La Entidad Aseguradora pagará la indemnización, según lo previsto en las condiciones anteriores, al término de las comprobaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro. En cualquier supuesto, la Entidad Aseguradora deberá efectuar, dentro de los cuarenta días a partir de la recepción de la declaración de siniestro, el pago del importe mínimo de lo que la Entidad Aseguradora pueda deber según las circunstancias por él conocidas.

En caso de que la indemnización propuesta o satisfecha por la Entidad Aseguradora no fuese aceptada por el Asegurado, ambas partes podrán someterse al sistema pericial contradictorio, de acuerdo con la legislación vigente.

14. Nulidad del contrato y pérdida de derechos

14.1. Nulidad del Contrato

El contrato de seguro será nulo si en el momento de su conclusión el siniestro ya hubiera ocurrido.

14.2. Pérdida del derecho a la prestación

La plena validez de esta póliza depende de la veracidad y exactitud de las declaraciones del Tomador y, en su caso, del Asegurado, realizadas en la Solicitud de seguro y en los cuestionarios a los que sean sometidos por la Entidad Aseguradora.

El Asegurado perderá el derecho a la indemnización:

- En caso de ocultación dolosa o culpa grave en las declaraciones de los cuestionarios, realizadas por el Tomador y, en su caso, por los Asegurados.
- Cuando en el supuesto de agravación del riesgo durante la vigencia del seguro, el Tomador o el Asegurado no lo comuniquen a la Entidad Aseguradora y alguno de ellos haya actuado con mala fe.
- Si la primera prima no ha sido pagada por el Tomador antes de que se produzca el siniestro.
- Si el Tomador o el Asegurado no facilitan a la Entidad Aseguradora la información necesaria, a juicio de esta última, sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro, en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

- Cuando el Asegurado o el Tomador incumplan el deber de aminorar las consecuencias del siniestro con la intención de perjudicar o engañar a la Entidad Aseguradora.
- Cuando el siniestro haya sido causado intencionadamente o por mala fe del Asegurado.

14.3. Supuestos de reserva o inexactitud en las Declaraciones de Tomador y Asegurados

La Entidad Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes a contar del conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro. Si el siniestro sobreviene antes de que el Asegurador haga la declaración anterior, la prestación de éste se reducirá

proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

15. Comunicaciones recíprocas

Las comunicaciones dirigidas a la Entidad Aseguradora por parte del Tomador, del Asegurado o del Beneficiario, deben ser dirigidas por escrito al domicilio social de la Entidad Aseguradora, o en su caso, a través del Agente de ésta.

Las comunicaciones remitidas a los Agentes y/o Corredores de Seguros o a cualquier otra persona a la atención de la Entidad Aseguradora no se considerarán notificadas hasta que sean recibidas en el domicilio de ésta.

Las comunicaciones efectuadas a la Entidad Aseguradora por un Corredor de Seguros, en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en sentido contrario por parte de éste. En todo caso, se precisará el consentimiento del tomador para modificar o rescindir el contrato de seguro.

Las comunicaciones de la Entidad Aseguradora al Tomador, al Asegurado o al Beneficiario, se realizarán al último domicilio comunicado a la Entidad Aseguradora. A estos efectos, el Tomador y el Asegurado deberán comunicar los cambios de domicilio, tan pronto como les sea posible.

16. Mecanismos de resolución de conflictos

Las discrepancias que puedan surgir frente a la entidad aseguradora se resolverán a través de las siguientes instancias de reclamación internas y externas:

- a. Reclamación por escrito ante los órganos de la propia entidad aseguradora.
- b. En el ámbito asegurador y de conformidad con lo establecido en las Ordenes del Ministerio de Economía ECO/ 734/ 04, de 11 de marzo y ECC/2502/2012, de 16 de noviembre:

Ante el Servicio de Atención y Defensa del Cliente (SADC) de AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A., a través de carta, impreso disponible en las oficinas o correo electrónico a la dirección que, a tal efecto, figure en la indicada web (www.tomamosimpulso.com/seguros). Éste adoptará propuesta de resolución de forma motivada y por escrito, según el procedimiento previsto en el reglamento de funcionamiento de la entidad, que estará a disposición de los interesados y podrá ser consultado en cualquier momento a través de la web o en las oficinas de AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

El plazo de tramitación del expediente será el actual de dos meses, o el que en cada momento se establezca legalmente, contado a partir del día de presentación por el interesado de la queja o reclamación ante el Servicio de Atención y Defensa del Cliente.

El SADC no admitirá a trámite las cuestiones sometidas o ya resueltas por una decisión judicial, administrativa o arbitral.

- c. Ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Ministerio de Economía), siempre que haya transcurrido el plazo mínimo de dos meses sin que se haya obtenido respuesta del SADC o que éste haya desestimado su petición.
- d. Finalmente, los conflictos que puedan surgir entre el tomador de seguro, asegurado, beneficiario, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos, con la entidad aseguradora, se resolverán por los jueces y tribunales competentes.

Ponemos a su disposición un teléfono de información de atención al cliente: 900 898 120, disponible de lunes a viernes, de 8:00 a 20:00 horas.

17. Contratación a distancia

Una vez obren todos los datos en poder de la entidad aseguradora y, en su caso, documentación necesaria para formalizar la póliza, ésta se emitirá.

Siempre que no se trate de un seguro obligatorio ni haya acaecido el siniestro, el tomador tendrá la facultad de resolver el contrato sin penalización alguna, mediante comunicación escrita a AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A de 30 días naturales en los seguros de vida y de 14 días naturales en el resto de seguros, contados a partir de que se reciban las condiciones contractuales.

Con efecto a la fecha de la comunicación, cesará la cobertura del riesgo para AGRUPACIÓN AMCI DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A, quien, a su vez, dispondrá de un nuevo plazo de 30 días para reintegrar al tomador la prima pagada, quedando obligado solamente, en su caso, a pagar el servicio prestado.

18. Prescripción

Las acciones que se deriven del presente contrato prescriben en el término de cinco años, a contar desde el día que pudieron ejercitarse.

19. Protección de los datos personales

INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	AGRUPACIÓ AMCI D'ASSEGURANCES I REASSEGURANCES, S.A.
Finalidades	Distribución, formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro; securización de los datos de contacto; la posible consulta a los sistemas de información crediticia para conocer su capacidad financiera y poder ofrecer productos y/o servicios adecuados a usted; la elaboración de perfiles con fines actuariales, análisis de mercado, probabilidad del fraude y perfiles comerciales sin decisiones automatizadas; cumplimiento de medidas de diligencia debida en la prevención del blanqueo de capitales y la financiación del terrorismo; el envío de boletines electrónicos y de publicidad propia; la reutilización de la información mediante análisis estadísticos a través de un perfil anónimo; realización de acciones de fidelización y de encuestas de calidad.
Legitimación	Ejecución del contrato de seguro; cumplimiento de obligaciones legales; consentimiento expreso; interés legítimo.
Destinatarios	Entidades coaseguradoras y reaseguradoras; mediadores de seguros de la entidad aseguradora y otros prestadores de servicios que actúan como encargados del tratamiento de datos de la misma; grupo de empresas Crédit Mutuel Alliance Fédérale entidades aseguradoras u organismos públicos o privados relacionados con el sector asegurador; organismos públicos y autoridades competentes en general.
Plazo de conservación	Durante toda la vigencia del contrato de seguro y, al vencimiento de la misma, durante los plazos de prescripción de las obligaciones legales exigibles a la entidad aseguradora conforme a la normativa vigente en cada momento.
Derechos	Acceso, rectificación, supresión, oposición, portabilidad y limitación.
Información adicional	Puede consultar el resto de información complementaria sobre protección de datos en la Política de Protección de Datos Personales de clientes del grupo ACM España publicada en la página web www.tomamosimpulso.com/seguros

BAREMO DE DOBLE PREVISIÓN PERSONAL BAREMADO

ENFERMEDADES	DÍAS
FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA	40
INTOXICACIÓN ALIMENTARIA POR BOTULISMO	40
AMEBIASIS: DISENTERÍA AMEBIANA	7
TUBERCULOSIS PULMONAR	60
TUBERCULOSIS SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	100
TUBERCULOSIS DISEMINADA	100
BRUCELOSIS, FIEBRE DE MALTA	40
DIFTERIA	20
TOS FERINA	14
ESCARLATINA	7
ANGINA ESTREPTOCÓCICA (AMIGDALITIS)	2
ERISIPELA	7
MENINGITIS MENINGOCÓCICA	20
INFECCIÓN MENINGOCÓCICA NO ESPECIFICADA	20
TÉTANOS	90
SEPTICEMIA (con ingreso hospitalario)	40
GANGRENA GASEOSA	50
POLIOMIELITIS AGUDA	90
MENINGITIS ASÉPTICA. MENINGITIS VÍRICA	30
INFECCIÓN POR VIRUS LENTOS DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	30
VARICELA	7
HERPES ZOSTER	7
HERPES SIMPLE	7
HERPES OFTÁLMICO	7

MENINGITIS POR HERPES SIMPLE	30
SARAMPIÓN	20
RUBÉOLA	20
FIEBRE AMARILLA	40
DENGUE	40
PAROTIDITIS EPIDÉMICA	4
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA	14
FIEBRE POR RICKETTSIAS	21
PALUDISMO	40
LEISHMANIOSIS	40
TRIPANOSOMIASIS	40
LEPTOSPIROSIS	40
DERMATOFITOSIS (PIE DE ATLETA)	7
DERMATOMICOSIS	7
HIDATIDOSIS NO ESPECIFICADA	20
TENIASIS Y CISTICERCOSIS	20
TRIQUINOSIS	20
TOXOPLASMOSIS	20
SARCOIDOSIS	40
TUMOR MALIGNO LABIO	100
TUMOR MALIGNO LENGUA	100
TUMOR MALIGNO GLÁNDULAS SALIVARES	100
TUMOR MALIGNO ENCÍAS	100
TUMOR MALIGNO BOCA	100
TUMOR MALIGNO OROFARINGE	100
TUMOR MALIGNO FARINGE	100
TUMOR MALIGNO ESÓFAGO	100
TUMOR MALIGNO ESTÓMAGO	100
TUMOR MALIGNO INTESTINO DELGADO	150
TUMOR MALIGNO INTESTINO GRUESO	150

TUMOR MALIGNO RECTO Y PORCIÓN RECTOSIGMOIDEA	150
TUMOR MALIGNO HÍGADO	150
TUMOR MALIGNO VÍAS BILIARES	150
TUMOR MALIGNO PÁNCREAS	180
TUMOR MALIGNO PERITONEO Y TEJIDO RETROPERITONEAL	150
TUMOR MALIGNO NARIZ	150
TUMOR MALIGNO OÍDO	150
TUMOR MALIGNO SENO MAXILAR	150
TUMOR MALIGNO SENOS PARANASALES	150
TUMOR MALIGNO LARINGE	180
TUMOR MALIGNO TRÁQUEA, BRONQUIO, PULMÓN	120
TUMOR MALIGNO PLEURA	120
TUMOR MALIGNO HUESOS: OSTEOSARCOMA, CONDROSARCOMA, SARCOMA DE EWING	90
TUMOR MALIGNO TEJIDO CONJUNTIVO, SIST. NERVIOSO PERIFÉRICO, SARCOMA DE KAPOSI	120
FIBROSARCOMA. SARCOMATOSIS. SARCOMA NO ESPECIFICADO	60
TUMOR MALIGNO PIEL (CARCINOMA o MELANOMA localizado sin afectación sistémica)	80
TUMOR MALIGNO PIEL (CARCINOMA o MELANOMA con afectación sistémica)	80
TUMOR MALIGNO MAMA	120
TUMOR MALIGNO CUELLO DE ÚTERO	120
TUMOR MALIGNO ÚTERO, ENDOMETRIO	120
TUMOR MALIGNO OVARIO	120
TUMOR MALIGNO PRÓSTATA	120
TUMOR MALIGNO TESTÍCULO	120
TUMOR MALIGNO VEJIGA	120
TUMOR MALIGNO RIÑÓN, PELVIS, URÉTER, URETRA	120
TUMOR MALIGNO CEREBRAL	150
TUMOR MALIGNO MENINGES, MÉDULA ESPINAL, N. CRANEALES	150

TUMOR MALIGNO GLÁNDULA TIROIDES	60
TUMOR MALIGNO SECUNDARIO GANGLIOS LINFÁTICOS	60
TUMOR MALIGNO DISEMINADO. CARCINOMATOSIS GENERALIZADA O PERITONEAL	120
LINFOSARCOMA, LINFOMA DE BURKITT. RETICULOSARCOMA	90
ENFERMEDAD DE HODGKIN	150
LINFOMA NO HODGKIN	150
MIELOMA MÚLTIPLE. NEOPLASIAS INMUNOPROLIFERATIVAS	120
LEUCEMIA LINFÁTICA	150
LEUCEMIA MIELOIDE	150
LEUCEMIA NO ESPECIFICADA	150
POLICITEMIA VERA. SÍNDROMES MIELOPROLIFERATIVOS	21
TUMOR BENIGNO LABIO, BOCA. Tratamiento quirúrgico	15
TUMOR BENIGNO FARINGE. Tratamiento quirúrgico	15
TUMOR BENIGNO APARATO DIGESTIVO	15
TUMOR BENIGNO APARATO RESPIRATORIO, INTRATORÁCICO	15
TUMOR BENIGNO HUESOS Y CARTÍLAGOS	15
LIPOMA. ANGIOLIPOMA. FIBROLIPOMA. MIXOLIPOMA	7
TUMOR BENIGNO PIEL	7
CARCINOMA IN SITU DE LA PIEL	30
CARCINOMA IN SITU DEL APARATO RESPIRATORIO	60
CONDILOMA ACUMINADO	7
TUMOR BENIGNO MAMA. CARCINOMA IN SITU (No piel)	15
LEIOMIOMA, FIBROMA, MIOMA O FIBROMA UTERINO	30
TUMOR BENIGNO DE ÓRGANOS GENITALES DE LA MUJER CARCINOMA IN SITU	15
TUMOR BENIGNO LOCALIZACIÓN NO ESPECIFICADA O GANGLIOS LINFÁTICOS	30
TUMOR BENIGNO ÓRGANOS GENITALES DEL VARÓN CARCINOMA IN SITU	15
TUMOR BENIGNO APARATO URINARIO	15

TUMOR BENIGNO GLÁNDULAS ENDOCRINAS	30
HEMANGIOMA	7
LINFANGIOMA, ANGIOMA, GLOMUS DE CUALQUIER SITIO	7
BOCIO SIMPLE	30
BOCIO NODULAR NO TÓXICO (UNI O MULTINODULAR)	30
HIPERTIROIDISMO	30
HIPOTIROIDISMO. MIXEDEMA	30
TIROIDITIS AGUDA	21
QUISTE GLÁNDULA TIROIDES	21
DIABETES MELLITUS COMPLICADA (COMA, CATARATA, NEFROPATÍA, NEUROPATÍA...)	21
COMA DIABÉTICO	21
ENFERMEDAD GLÁNDULA PARATIROIDES	14
INSUFICIENCIA HIPOFISARIA. OTRAS ENFERMEDADES DE LA HIPÓFISIS	21
ENFERMEDADES DEL TIMO	21
ENFERMEDAD GLÁNDULAS SUPRARRENALES	21
FEOCROMOCITOMA	60
GOTA (ARTROPATÍA, NEFROPATÍA, TOFO GOTOSO)	7
TRASTORNO DEL METABOLISMO NO ESPECIFICADO ENFERMEDAD DE ORIGEN NUTRICIONAL	10
ENFERMEDADES DE LA SANGRE	14
ENFERMEDADES DEL BAZO	14
DEMENCIA: ORGÁNICA, SENIL, PRESENIL (Con ingreso hospitalario superior a 24 horas)	10
TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS (Con ingreso hospitalario superior a 24 horas)	10
PSICOSIS AFECTIVAS (Con ingreso hospitalario superior a 24 horas)	10
PSICOSIS NO ESPECIFICADA (Con ingreso hospitalario superior a 24 horas)	10
NEUROSIS DEPRESIVA (Con ingreso hospitalario superior a 24 horas)	10
NEUROSIS DE ANSIEDAD (Con ingreso hospitalario superior a 24 horas)	10

ANOREXIA NERVIOSA (Con ingreso hospitalario superior a 24 horas)	10
MENINGITIS POR NEUMOCOCO	20
MENINGITIS POR H. INFLUENCIAE	50
ABSCESO INTRACRANEAL. ABSCESO INTRARRAQUÍDEO	90
ENCEFALITIS , MIELITIS , ENCEFALOMIELITIS	90
ESCLEROSIS MÚLTIPLE O EN PLACAS	30
ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	30
ENFERMEDAD DE PARKINSON	90
HEMIPLEJÍA (por AVC)	60
PARAPLEJÍA (por AVC)	60
TETRAPLEJÍA (por AVC)	60
EPILEPSIA	30
MIGRAÑA, JAQUECA	3
ENFERMEDAD DE NEURONAS MOTORAS	20
ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA	20
SIRINGOMIELIA O SIRINGOBULBIA	30
PARÁLISIS FACIAL	20
NEURALGIA DEL TRIGÉMINO (excepto POSTHERPÉTICA)	20
CIÁTICA; LESIÓN NERVIIO CIÁTICO	20
MONONEURITIS EXTREMIDAD SUPERIOR	30
METATARSALGIA: NEURALGIA DE MORTON	20
MONONEURITIS EXTREMIDAD INFERIOR	30
ENFERMEDAD NERVIOS CRANEALES	30
SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRE	30
POLINEUROPATÍA DIABÉTICA	30
NEUROPATÍA INFLAMATORIA Y TÓXICA INESPECIFICADA	30
CONJUNTIVITIS	3
BLEFARITIS	2

ORZUELO	2
QUERATITIS. QUERATO-CONJUNTIVITIS	4
ÚLCERA CORNEAL	4
IRIDO-CICLITIS INESPECIFICADA; UVEÍTIS INESPECIFICADA	30
COROIDITIS	20
INFLAMACIÓN RETINA	20
INFLAMACIÓN GLÁNDULAS LAGRIMALES	2
CONTUSIÓN SIN HERIDA DEL OJO Y SUS ANEXOS	3
PTERIGION	3
GLAUCOMA	40
DESPRENDIMIENTO DE RETINA	60
ENFERMEDAD DE LA RETINA Y/O NERVIO ÓPTICO	21
HERIDA CON LESIÓN SUPERFICIAL DEL OJO Y SUS ANEXOS	5
CEGUERA DE UN OJO	60
OTITIS MEDIA AGUDA O CRÓNICA	4
MASTOIDITIS Y ENFERMEDADES CONEXAS	20
OTITIS INTERNA AGUDA O CRÓNICA	4
SÍNDROME DE MENIÈRE	21
FIEBRE REUMÁTICA	20
COREA	90
ANEURISMA CARDIACO	30
ENFERMEDAD REUMÁTICA DEL CORAZÓN	50
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	5
ENFERMEDAD RENAL HIPERTENSIVA	30
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	100
INSUFICIENCIA CORONARIA	100
ANGINA DE PECHO	20
PERICARDITIS AGUDA. DERRAME PERICÁRDICO	30

CARDIOMIOPATÍA NO REUMÁTICA	50
BLOQUEO CARDIACO	20
ARRITMIA	20
TAQUICARDIA	20
INSUFICIENCIA CARDIACA	40
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	40
HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (NO TRAUMÁTICA)	10
HEMORRAGIA CEREBRAL (NO TRAUMÁTICA)	60
HEMORRAGIA EXTRADURAL O SUBDURAL; HEMATOMA SUBDURAL NO TRAUMÁTICA	10
TROMBOSIS CEREBRAL	14
EMBOLIA CEREBRAL	14
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR AGUDA. ICTUS	60
ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITORIA (AIT)	20
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR NO ESPECIFICADA	60
EMBOLIA ARTERIAL	60
TROMBOSIS ARTERIAL	60
POLIARTERITIS NODOSA. ENF. DE WEGENER, ENF. DE CELULAS GIGANTES, TAKAYASU	20
EMBOLIA O INFARTO PULMONAR. CORAZÓN PULMONAR AGUDO	50
FLEBITIS I TROMBOFLEBITIS	20
TROMBOSIS VENA PORTA	30
ENFERMEDAD VASOS LINFÁTICOS: LINFANGITIS, LINFEDEMA	10
RESFRIADO COMÚN. CATARRO. RINOFARINGITIS	2
SINUSITIS AGUDA	5
FARINGITIS AGUDA	2
AFONÍA SIN CAUSA ESPECIFICADA	5
AMIGDALITIS AGUDA	2
LARINGITIS Y/O TRAQUEÍTIS AGUDA	3

BRONQUITIS. BRONQUIOLITIS. TRAQUEO-BRONQUITIS AGUDA	7
GRIPE Y SUS COMPLICACIONES	3
BRONCONEUMONÍA NO ESPECIFICADA	20
NEUMONÍA NO ESPECIFICADA	20
ENFISEMA	40
ASMA. ESTATUS O CRISIS ASMÁTICA	5
ALVEOLITIS ALÉRGICA EXTRÍNSECA, NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD	30
ABSCESO PERIAMIGDALINO	20
RINOFARINGITIS CRÓNICA	2
LARINGITIS CRÓNICA	15
ENFERMEDADES DE LAS CUERDAS VOCALES, PÓLIPO NO ADENOMATOSO	10
RINITIS ALERGIA, CRISIS ALÉRGICAS	7
PLEURESÍA DERRAME PLEURAL	20
NEUMOTÓRAX NO TRAUMÁTICO	20
ABSCESO PULMONAR O MEDIASTÍNICO	30
COMPLICACIONES DE OBSTRUCCIÓN CRÓNICA VÍAS AÉREAS (EPOC)	40
EDEMA AGUDO DE PULMÓN	40
PATOLOGÍA DEL DIAFRAGMA. MEDIASTINO. TRAQUEOSTOMÍA	20
ENFERMEDAD ENCÍAS	3
ENFERMEDAD PERIODONTAL	3
ENFERMEDAD MAXILARES	20
ENFERMEDAD GLÁNDULAS SALIVALES	20
ENFERMEDAD MUCOSA BUCAL	10
ESTOMATITIS	10
ENFERMEDAD ESÓFAGO	20
ÚLCERA DE ESTÓMAGO	25
ÚLCERA DE DUODENO	25
ÚLCERA PÉPTICA	25

ÚLCERA GASTRODUODENAL	25
GASTRITIS	4
TRASTORNOS DE LA MOTILIDAD GÁSTRICA. CÓLICO ABDOMINAL	3
ESTENOSIS PILÓRICA	25
ÍLEO PARALÍTICO	20
GASTROENTERITIS	3
COLITIS DE ORIGEN NO INFECCIOSO	2
DIVERTÍCULOS DEL INTESTINO	20
DIVERTÍCULO DE MECKEL	150
ENTERITIS REGIONAL	15
COLITIS ULCERATIVA: brote, reagudización o complicación	40
ENFERMEDAD DE CROHN: brote, reagudización o complicación	40
COLITIS IDIOPÁTICA. MEGACOLON TÓXICO	15
COLON IRRITABLE. MEGACOLON NO TÓXICO	20
ABSCESO ANAL	20
ABSCESO RECTAL	20
ABSCESO PERIANAL	20
PERITONITIS	30
CIRROSIS HEPÁTICA	30
HEPATITIS VÍRICA A	30
HEPATITIS VÍRICA B	70
HEPATITIS VÍRICA C	70
HEPATITIS CRÓNICA	30
ABSCESO HEPÁTICO	30
COLECISTITIS	20
ENFERMEDAD VÍAS BILIARES	7
PANCREATITIS AGUDA	30
SÍNDROME NEFRÓTICO	40

NEFRITIS I NEFROPATÍA NO ESPECIFICADAS	40
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	40
INFECCIONES DEL RIÑÓN: PIELITIS, PIELONEFRITIS, ABSCESO RENAL	10
QUISTE RENAL	15
CÁLCULO RENAL O LITIASIS RENAL O URETERAL, CÓLICO RENAL POR LITIASIS	10
CÓLICO RENAL SIN EVIDENCIA DE LITIASIS	3
CÁLCULO O LITIASIS VESICAL O URETRAL	10
ESTRECHEZ O ESTENOSIS URETRAL	10
INFECCIÓN URINARIA: CISTITIS, URETRITIS	3
PROSTATITIS	15
HIDROCELE	20
ABSCESO ESCROTAL	15
ORQUITIS Y EPIDIDIMITIS	20
QUISTE DE MAMA. DISPLASIA MAMARIA BENIGNA	7
ENFERMEDAD DE LA MAMA. MASTITIS O MASTOPATÍA INFLAMATORIA DIFUSA (no gestacional)	7
ENFERMEDAD INFLAMATORIA PELVIS. ENDOMETRITIS. ANEXITIS, SALPINGITIS, OOFORITIS, PARAMETRITIS (no gestacional)	15
ENFERMEDAD INFECCIOSA CUELLO UTERINO	10
ENFERMEDAD CUELLO UTERINO: DISPLASIA, LEUCOPLASIA, PÓLIPO	10
ENFERMEDAD INFECCIOSA VAGINA	10
ENFERMEDAD INFECCIOSA VULVA	10
BARTOLINITIS	10
DISPLASIA, LEUCOPLASIA O PÓLIPO DE VAGINA	7
PROLAPSO ÚTERO-VAGINAL (no gestacional)	15
ENDOMETRIOSIS	5
DISMENORREA. SÍNDROME PREMENSTRUAL	3
METRORRAGIAS	10
FURÚNCULO	3

PANADIZO (Desbridamiento)	20
ABSCESO	20
LINFADENITIS	15
IMPÉTIGO	20
QUISTE PILONIDAL	20
INFECCIÓN DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	20
DERMATITIS DE CAUSA NO ESPECIFICADA	7
DERMATITIS ALÉRGICA	7
DERMATITIS HERPETIFORME	7
PÉNFIGO	20
ERITEMA NUDOSO. PANICULITIS	20
PSORIASIS AFECTACIÓN DÉRMICA	20
ARTROPATÍA PSORIÁSICA	20
LIQUEN	20
UÑA INCARNADA	7
HIDROSADENITIS	15
QUISTE SEBÁCEO; ACNÉ	7
URTICARIA	7
ARTRITIS INFECCIOSA	20
ARTRITIS REUMATOIDE	30
ESPONDILITIS INFLAMATORIA	60
ESPONDILOARTROSIS	60
POLIARTROSIS (NO VERTEBRAL)	30
POLIARTRITIS ANQUILOPOYÉTICA	60
POLIMIOSITIS	20
DERMATOMIOSITIS	20
PERIARTRITIS ESCÁPULO-HUMERAL	30
POLIMIALGIA REUMÁTICA	60

OSTEOMIELITIS AGUDA	60
PERIOSTITIS	60
OSTEÍTIS DEFORMANTE	30
ENFERMEDAD DE PAGET	30
OSTEOCONDROSIS; OSTEOCONDROPATÍAS; OSTEOCONDROITIS	60
OSTEOPOROSIS	40
ESPOLÓN CALCÁNEO U ÓSEO	30
DERRAME ARTICULAR	30
HIDRARTROSIS	30
BURSITIS	30
TENDINITIS PERIFÉRICA	10
EPICONDILITIS	30
SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO	30
MIOSITIS	20
ENFERMEDAD DE DUPUYTREN. FASCITIS PLANTAR	10
MIASTENIA GRAVIS	30
LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO	20
ESCLEROSIS GENERALIZADA PROGRESIVA	15
ESGUINCE CERVICAL, LUXACIÓN, CONTRACTURA, CERVICALGIA. TRATAMIENTO MÉDICO	10
ESGUINCE CERVICAL, LUXACIÓN, CONTRACTURA, CERVICALGIA. TRATAMIENTO ORTOPÉDICO	20
CERVICALGIA NO TRAUMÁTICA, SIN PRUEBAS CLÍNICAS OBJETIVAS	10
CERVICALGIA NO TRAUMÁTICA, CON PRUEBAS CLÍNICAS OBJETIVAS	20
HERNIA DISCAL. TRATAMIENTO CON ARTRODESIS	100
HERNIA DISCAL. TRATAMIENTO CON LAMINECTOMÍA	60
HERNIA DISCAL. TRATAMIENTO CON QUICIONUCLEOLISIS O NUCLEOTOMÍA PERCUTANEA	40
HERNIA DISCAL. TRATAMIENTO MÉDICO	10

HERNIA DISCAL. TRATAMIENTO ORTOPÉDICO	20
CONMOCIÓN O CONTUSIÓN CRANEAL (TCE) CON INGRESO HOSPITALARIO	120
HEMATOMA SUBDURAL POR TRAUMATISMO SIN FRACTURA	30
HEMORRAGIA CEREBRAL POR TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO SIN FRACTURA	50
NEUMOTÓRAX O HEMOTÓRAX TRAUMÁTICO POR HERIDA	50
FRACTURA DE COSTILLAS O ESTERNÓN CON AFECTACIÓN ORGÁNICA	40
CONTUSIONES VARIAS SIN HERIDAS	3
ESGUINCE COSTILLAS, LUMBOSACRO, SACRO ILÍACO, SACRO CIÁTICO	10
POLITRAUMATIZADO GRAVE CON INGRESO HOSPITALARIO SUPERIOR A 30 DÍAS	120
Quemaduras I: De primer grado, todas. Segundo grado con menos 3% extensión corporal afectada	10
Quemaduras IIa: De segundo grado más de 3% y menos del 10% extensión corporal afectada	10
Quemaduras IIb: De tercer grado menos del 3% de extensión corporal afectada	10
Quemaduras IIIa: De segundo grado más de 10% y menos del 21% de extensión corporal afectada	30
Quemaduras IIIb: De tercer grado más del 3% y menos del 10% de extensión corporal afectada	30
Quemaduras IV: De segundo grado más de 20% y menos del 40% de extensión corporal afectada	90
Quemaduras V: De segundo grado más del 40% de extensión corporal afectada....	180
Quemaduras VI: De tercer grado más del 20% y menos del 40% de extensión corporal afectada	180
Quemaduras VII: De tercer grado más del 40% de extensión corporal afectada	180
Quemaduras VIII: Quemaduras de segundo o tercer grado que afectan a más del 30% de la palma de la mano y dedos	15
Quemaduras IX: Quemaduras de segundo o tercer grado que afectan a más del 50% de la mano y dedos (incluido dorso)	21
FRACTURA DE CRÁNEO SIN AFECTACIÓN NEUROLÓGICA	60
FRACTURA DE CRÁNEO CON AFECTACIÓN NEUROLÓGICA	210
FRACTURA DE COLUMNA SIN LESIÓN MEDULAR. TRATAMIENTO ORTOPÉDICO	60

FRACTURA DE COLUMNA SIN LESIÓN MEDULAR. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	120
LUMBAGO, LUMBALGIA O CIÁTICA DE ORIGEN NO TRAUMÁTICO, SIN PRUEBAS CLÍNICAS OBJETIVAS	10
LUMBAGO, LUMBALGIA O CIÁTICA DE ORIGEN NO TRAUMÁTICO, CON PRUEBAS CLÍNICAS OBJETIVAS	20
ESGUINCE DE TOBILLO. TRATAMIENTO MÉDICO	10
ESGUINCE DE TOBILLO .TRATAMIENTO ORTOPÉDICO	20
ESGUINCE DE TOBILLO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	40
ESGUINCE DEL PIE O DEDOS DEL PIE. TRATAMIENTO ORTOPÉDICO	4
ESGUINCE DEL PIE O DEDOS DEL PIE. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	15
ESGUINCE DE RODILLA (LIGAMENTOS LATERALES O ROTULIANO) TRATAMIENTO MÉDICO	7
ESGUINCE DE RODILLA (LIGAMENTOS LATERALES O ROTULIANO) TRATAMIENTO ORTOPÉDICO	15
ESGUINCE DE RODILLA (LIGAMENTOS LATERALES O ROTULIANO) TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	30
ROTURA LIGAMENTOS CRUZADOS DE RODILLA O TENDÓN ROTULIANO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	90
CIRUGÍA DE RODILLA (MENISCO, LIGAMENTOS, CONDROMALACIA...)	30
CIRUGÍA ARTICULACIÓN NO DE RODILLA: LUXACIÓN RECURRENTE, ANQUILOSIS	30
DEFORMIDADES ADQUIRIDAS. CIRUGÍA	30
SÍNTOMA NEUROLÓGICO O MUSCULAR AISLADO (TEMBLOR, ESPASMOS...)	5
VÉRTIGO PERIFÉRICO O CENTRAL. VÉRTIGO POST TRAUMÁTICO (NO ENFERMEDAD DE MENIÈRE)	4
SÍNTOMA CARDIOVASCULAR AISLADO: PALPITACIONES, TAQUICARDIA, SOPLO	3
HEMATEMESIS	10
SÍNTOMAS RESPIRATORIOS AISLADOS (DISNEAS, TOS, HEMOPTISIS...)	3
APENDICETOMÍA CON O SIN PERITONITIS	15
ESFINTEROTOMÍA, FISURECTOMÍAS POR FISURAS	20
HERNIAS (INTERVENCIÓN COMBINADA VARIAS HERNIAS)	20
HERNIA DIAFRAGMÁTICA O DE HIATO INT	30

HERNIOTOMÍA (inguino-crural, umbilical. recidivada. estrangulada.)	20
LAPAROTOMÍA POR OBSTRUCCIÓN AGUDA	20
FÍSTULAS DE ANO INTERVENIDA	20
HEMORROIDES. INTERVENIDA	15
FRACTURA MAXILAR	20
FRACTURA DE MAXILAR INTERVENIDA	60
INTERVENCIÓN MAXILAR INFERIOR	60
QUISTES DENTARIOS Y/O GRANULOMAS (INTERVENCION.)	3
QUISTES PARADENTARIOS (INT.)	3
CORDALES INCLUIDOS CON O SIN QUISTES INT	3
FRACTURA DE MANDÍBULA	20
ANEURISMA EN TRONCO INTERVENIDO	40
VARICES SAFENA INTERNA, EXTERNA O AMBAS	15
NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO. DRENAJES	40
BOCIO, ESTRUMECTOMÍA, CON O SIN PARATIROIDECTOMIA	30
VARICES ESOFÁGICAS. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	20
AMPUTACIÓN MANO	120
AMPUTACIÓN PIE	90
AMPUTACIÓN BRAZO	120
AMPUTACIÓN ANTEBRAZO	120
AMPUTACIÓN DEDO TOTAL	40
AMPUTACIÓN PIERNA	240
AMPUTACIÓN MUSLO	240
AMPUTACIÓN DEDO PARCIAL	20
AMPUTACIÓN DEDO PULGAR TOTAL	60
SECCIÓN DE TENDONES DE LA MANO O DEDOS	40
FRACTURA BIMALEOLARES	80
FRACTURA TRIMALEOLARES	100

CATARATA, EXTRAC. CRISTALINO CON O SIN IMPLANTE	10
HERIDA PROFUNDA DEL GLOBO OCULAR	40
AMIGDALECTOMÍA Y/O ADENOIDECTOMÍA	2
FRACTURA HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ	20
PÓLIPOS CUERDAS VOCALES	15
PÓLIPOS NASALES, BILATERALES INT	7
FRACTURA HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ INTERVENIDOS	60
ARTROPLASTIA DE CADERA CON PRÓTESIS	120
ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA CON MATERIAL PROTÉSICO	80
FRACTURA LUXACIÓN INTRAPÉLVICA CAVIDAD COTILOIDEA	240
RODILLA: RECONSTRUCCIÓN LIGAMENTOS COMBINADOS. TRIADA. PÉNTADA	120
FRACTURA LUXACIÓN TOBILLO O TARSO INTERVENIDO	70
FRACTURA LUXACIÓN TOBILLO O TARSO	50
FRACTURA CUELLO DE FÉMUR O FRACTURA LUXACIÓN, COTILO, TROCÁNTER	120
FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL O FRACTURA LUXACIÓN CON AFECTACIÓN MEDULAR	180
FRACTURA DE RÓTULA INTERVENIDA. PATELECTOMÍA	60
FRACTURA TIBIA Y PERONÉ INTERVENIDA. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	90
FRACTURA DIAFISARIA DE FÉMUR (TRATAMIENTO ORTOPÉDICO)	100
FRACTURA DE CLAVÍCULA INTERVENIDA	60
ROTURA TENDONES AQUILES, CUÁDRICEPS, ROTULIANO. INTERVENIDO	50
EXTIRPACIÓN TUMORES Y QUISTES ÓSEOS	40
FRACTURA DE CALCÁNEO	80
FRACTURA CÓCCIX Y/O SACRO	80
FRACTURA DE ESCÁPULA INTERVENIDA	60
FRACTURA MALEOLARES	60
FRACTURA TIBIA Y PERONÉ. TRATAMIENTO ORTOPÉDICO	70
HALLUX VALGUS. HALLUX RIGIDUS INT	30

LUXACIÓN RODILLA O RÓTULA	30
LUXACIÓN TOBILLO TRAUMÁTICA	30
QUISTES SINOVIALES. GANGLION	30
FRACTURA DEDOS INTERVENIDA	30
FRACTURA PELVIS, ISQUIOPUBIANAS, CRESTA ILÍACA	80
FRACTURA CALCÁNEO. INTERVENCIÓN	100
FRACTURA ESCAFOIDES	100
FRACTURA ANTEBRAZO, RADIO Y/O CÚBITO	50
FRACTURA CLAVÍCULA	40
FRACTURA METATARSIANOS	50
FRACTURA METACARPANOS	30
FRACTURA DE RÓTULA	50
LESIÓN TRAUMÁTICA CON DESGARRO DE MENISCOS. TRATAMIENTO ORTOPÉDICO	20
LESIÓN TRAUMÁTICA CON DESGARRO DE MENISCOS. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O ARTROSCOPIA	30
FRACTURA METATARSIANOS INTERVENIDA	70
FRACTURA DE COSTILLAS O ESTERNÓN (SIN AFECTACIÓN ORGÁNICA)	20
FRACTURA DEDOS	30
FRACTURA DE ESCÁPULA	40
FRACTURA HUESOS DE LA CARA	20
ESGUINCE O LUXACIÓN CODO	30
ESGUINCE O LUXACIÓN DE HOMBRO. TRATAMIENTO MÉDICO	15
ESGUINCE O LUXACIÓN DE HOMBRO. TRATAMIENTO ORTOPÉDICO	30
LUXACIONES INTERFALÁNGICAS (MANO Y/O PIE)	20
LUXACIONES METACARPO-FALÁNGICAS	20
LUXACIONES METATARSO-FALÁNGICAS	20
ESGUINCE O LUXACIÓN TÉMPORO-MAXILAR-MANDÍBULA	15
ROTURA LIGAMENTOS INTERVENIDA CON O SIN PRÓTESIS	40

ROTURA LIGAMENTOS (INMOVILIZADO)	40
FRACTURA DE PELVIS. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	120
HALLUX VALGUS CON INT. OTROS DEDOS	30
ESGUINCE O LUXACIÓN DE HOMBRO. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	50
NEFRECTOMÍA	60
NEFRECTOMÍA PARCIAL	60
NEFRECTOMÍA RADICAL	60
DIVERTÍCULOS VESICALES INTERVENIDOS	10
FIMOSIS OPERADA	5
ORQUIECTOMÍA BILATERAL	30
ORQUIECTOMÍA UNILATERAL	30
VARICOCELE INT	20
TORSIÓN CORDÓN ESPERMÁTICO Y/O TESTICULAR	15
RESECCIÓN TRANSURETRAL DE PRÓSTATA POR ADENOMA O HIPERPLASIA	30
LITOTRIZIA VESICAL	3
LITOTRIZIA EXTRACORPÓREA RENAL	3
QUERATOSIS E HIPERQUERATOSIS. CICATRIZ QUELOIDEA	15
VERRUGAS VÍRICAS. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	3
CONTUSIONES SIN HERIDA DE CARA O CUERO CABELLUDO	3
CONTUSIONES SIN HERIDA DEL TRONCO	3
CONTUSIONES SIN HERIDA DEL MIEMBRO SUPERIOR	3
CONTUSIONES SIN HERIDA DEL MIEMBRO INFERIOR	3
CONTUSIONES SIN HERIDA DE CARA O CUERO CABELLUDO	3
HERIDA CON LESIÓN SUPERFICIAL DE LA MANO	5
HERIDA CON LESIÓN SUPERFICIAL DE LOS DEDOS DE LA MANO	5
HERIDA CON LESIÓN SUPERFICIAL DE LA CADERA O PIERNA	5
HERIDA CON LESIÓN SUPERFICIAL DEL PIE O DEDOS	5
HERIDA QUE PRECISE PUNTOS DE SUTURA EN DEDO MANO, MUÑECA, PIE,	7

RODILLA, CODO O CABEZA	
HERIDA TRAUMÁTICA DE NERVIOS	30
HERIDA PENETRANTE EN CUELLO TRONCO, EXTREMIDAD U ÓRGANO INTERNO	20
SECCIÓN DE TENDONES DE LA MANO O DEDOS	40
QUISTE OVARIO (LAPAROTOMÍA)	3
QUISTE DE OVARIO POR LAPAROSCOPIA	3
EXTRACCIÓN PÓLIPOS ÚTERO	20
MUERTE INTRAUTERINA CON MÁS DE 7 MESES DE GESTACIÓN	20
PARTO NORMAL O FÓRCEPS CON O SIN EPISIOTOMIA	20
CESÁREA	20

AGRUPACIÓ I ATLANTIS

www.tomamosimpulso.com/seguros

930 039 696 / 919 023 131

Producto asegurado por Agrupación AMCI de Seguros y Reaseguros, S.A. con domicilio social en Carretera de Rubí, 72-74. Edificio Horizon - 08174 Sant Cugat del Vallès (Barcelona) - NIF A-65782807 Inscrita en el Registro Mercantil de Barcelona, F.171, H.B-423520, T. 43402, Inscripción 10ª con clave de registro en la DGSyFP C-0790

DPB006-01/23