

1 DENOMINACIÓN Y DOMICILIO SOCIAL DE LA ASEGURADORA.

La Unión Madrileña de Seguros, S.A., en adelante Unión Madrileña, con domicilio social en C/ Viriato, 2, 28010 de Madrid, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid Tomo 1.204, General 688, Sección 3ª, Folio 199, Hoja 4.212 Inscripción 1ª.

2 NOMBRE DEL PRODUCTO.

Seguro de asistencia sanitaria UNIÓN PREMIUM, modalidad sin Copagos.

3 TIPO DE SEGURO.

Seguro de asistencia sanitaria, que permite el acceso a atención primaria, urgencias, especialidades médicas, medicina preventiva, medios de diagnóstico y hospitalización, dentro del cuadro médico concertado por la Unión Madrileña de Seguros. Las garantías de este seguro se prestan a nivel nacional.

4 CUESTIONARIO DE SALUD.

El Cuestionario de Salud, incluido en la solicitud del seguro, es una declaración firmada por el Tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la Póliza y que sirve a la Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro. El Tomador del seguro tiene obligación de contestar con veracidad a dicho cuestionario con el fin de que la Aseguradora pueda realizar una correcta valoración del riesgo. En caso de no ser veraz la información facilitada, la compañía podría rescindir el contrato de seguro.

5 DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS OFRECIDAS Y OPCIONALES.

5.1. GARANTÍAS

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza son los siguientes:

a) Medicina primaria.

- Medicina General. Asistencia en consulta y a domicilio.
- Pediatría y puericultura. Para niños hasta catorce años, incluidos.
- Enfermería. Servicio en consulta y a domicilio. Previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.

b) Urgencias.

c) Especialidades.

Asistencia sanitaria en consultas médicas, en las especialidades que a continuación se citan:

- Alergología.
- Anestesia y reanimación.
- Angiología y cirugía vascular.
- Aparato digestivo.
- Cardiología.
- Cirugía cardiovascular.
- Cirugía general y del aparato digestivo.
- Cirugía maxilo-facial.
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía plástica reparadora.
- Cirugía torácica.

- Dermatología médico-quirúrgica.
- Endocrinología y nutrición.
- Geriatria.
- Hematología y Hemoterapia.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear.
- Nefrología.
- Neonatología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología clínica.
- Neurología.
- Obstetricia y ginecología.
- Odonto-estomatología.
- Oftalmología.
- Oncología médica y radioterápica.
- Otorrinolaringología.
- Psicología clínica.
- Psiquiatría.
- Rehabilitación y Fisioterapia.
- Reumatología.
- Traumatología y Cirugía Ortopédica, incluida la cirugía artroscópica.
- Unidad del dolor.
- Urología.

d) Medicina preventiva.

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado.

- **Pediatría:** Incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- **Obstetricia y Ginecología:** revisión ginecológica anual, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- **Cardiología:** incluye la prevención del riesgo coronario.
- **Urología:** revisión urológica anual para la prevención del cáncer de próstata.
- **Planificación familiar:** ligadura de trompas y vasectomía, control del tratamiento con anovuladores, implantación de DIU (con un límite en el coste del dispositivo de 50 €) y su vigilancia.

Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad.

e) Medios de diagnóstico.

1) Análisis Clínicos, anatomía patológica y citopatología.

2) Radiología general: incluye los medios de contraste.

3) Otros medios de diagnóstico: Doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías simples.

4) Medios de diagnóstico de alta tecnología.

- Inmunohistoquímica, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos (**excepto cariotipo fetal**), polisomnografía.



- Ecografía de alta resolución, Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner).
- Colonografía realizada mediante TAC: exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis.
- Cápsula endoscópica.
- Coronariografía por TAC: exclusivamente para los casos recogidos expresamente en las Condiciones Generales.
- PET/TAC: Quedan incluidos exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- DATASCAN: Únicamente cubierto en patología oncológica, en epilepsias refractarias al tratamiento y en el diagnóstico diferencial del Parkinson. No queda cubierto el IBMZ SPECT post-sináptico.
- Pruebas genéticas: Quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de hemocromatosis, trombofilia, celiaquía e intolerancia a la lactosa en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye también las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos. **Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.**

5) Medios de diagnóstico intervencionista: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

f) Hospitalización.

Se realizará en clínica u hospital concertado por la Entidad Aseguradora. La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas, y serán por cuenta de la Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, de los tratamientos quirúrgicos, de la medicación en planta (**quedando excluidos los fármacos definidos como inmunoterapia y terapia biológica**) y de las estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza.

La hospitalización no contará con límite de duración, a excepción de la hospitalización psiquiátrica, que contarán con un límite de 30 días por asegurado y año.

Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social, así como la hospitalización en Unidades de Daño Cerebral y de Cuidados Paliativos.

Tipos de hospitalización cubiertas.

- Hospitalización obstétrica (partos).
- Hospitalización quirúrgica.
- Hospitalización médica sin intervención quirúrgica.
- Hospitalización pediátrica.
- Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).
- Hospitalización psiquiátrica.
- Hospitalización de día y domiciliaria.

g) Implantes y prótesis quirúrgicas.

El coste y colocación de la prótesis en sí, previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro Médico de la Entidad, y en los límites fijados por la Aseguradora, que se detallan a continuación:

UNIÓN PREMIUM		
	INCLUYE	LÍMITE
PRÓTESIS TRAUMATOLÓGICAS		
CADERA	SÍ	3.000 €
RODILLA	SÍ	3.000 €
OTRAS ARTICULACIONES	SÍ	1.500 €
DISCO INTERVERTEBRAL	SÍ	1.500 €
OSTEOSÍNTESIS	SÍ	3.000 €
VERTEBRO / CIFOPLASTIA	SÍ	1.500 €
PRÓTESIS CARDIOVASCULARES		
VÁVULAS CARDIACAS	SÍ	3.000 €
BY-PASS VASCULAR	SÍ	3.000 €
MARCAPASOS	SÍ	1.500 €
STENTS CARDIOVASCULARES Y MEDICALIZADOS	SÍ	1.500 €
PRÓTESIS MAMARIAS EN PROCESOS ONCOLÓGICOS	SÍ	POR PRÓTESIS 3.000 €
OTROS MATERIALES		
MALLAS ABDOMINALES	SÍ	SIN LÍMITE
MALLAS INGUINALES	SÍ	SIN LÍMITE
MALLAS DE INCONTINENCIA URINARIA	SÍ	SIN LÍMITE



h) Tratamientos especiales.

- Terapias respiratorias a domicilio.
- Trasfusiones de sangre y/o plasma.
- Logopedia y foniatría.
- Laserterapia. Exclusivamente la de rehabilitación músculo-esquelética, la oftálmica **con excepción de la corrección por alteraciones de la refracción ocular**, y la empleada en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata (láser verde y láser Holmium) y en el tratamiento endoluminal de las varices.
- Electrotermoterapia en rehabilitación.

Hemodiálisis. Exclusivamente en los procesos de insuficiencia renal aguda y por un tiempo máximo de 20 días por asegurado y año.
- Quimioterapia.
- Oncología radioterápica.
- Litotricia renal. **No se incluye la nefrolitotomía percutánea mediante láser.**

i) Trasplantes de órganos.

Se incluye el trasplante autólogo de médula ósea por tumores malignos de estirpe hematológica y el de córnea. **Quedan excluidos otros trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior. Asimismo, quedan excluidas en todos los trasplantes de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado, para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.**

j) Otros servicios.

- **Ambulancias.** Siempre y cuando esté ocasionado con motivo de una asistencia sanitaria cubierta por la póliza, se proveerá una ambulancia para el traslado del enfermo con patología grave desde su localización hasta el centro hospitalario concertado más próximo. Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación ni para la realización de consultas, pruebas diagnósticas o tratamientos en régimen ambulatorio, ni los traslados desde el hospital hasta el domicilio del asegurado, salvo que la situación clínica del paciente imposibilite la utilización de los servicios ordinarios de transporte.
- **Preparación al parto.** Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión en el parto.
- **Podología.** Exclusivamente tratamientos de quiropedia en consulta.

LAS EXCLUSIONES EXISTENTES Y LA FORMA DE PRESTAR EL SERVICIO DE CADA GARANTÍA VIENE REFLEJADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL PRODUCTO. En todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro médico de la Aseguradora que tenga a su cargo la asistencia del Asegurado.

6

EXCLUSIONES DE COBERTURA.

Quedan expresamente excluidos de la cobertura de este seguro todos aquellos tratamientos, pruebas diagnósticas, técnicas médicas y el uso de aparatos necesarios para la realización de estas que no vengan expresamente contemplados en la anterior Cláusula 5. Así **UNIÓN PREMIUM** no cubre lo que a continuación se señala:

- 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 la Aseguradora.
- 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.
- La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de la desintoxicación producida por el alcoholismo crónico, drogadicción y/o toxicomanías.
- 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).
- 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.
- La asistencia sanitaria prestada en Hospitales no concertados o por Facultativos distintos a los que se relacionan en el Cuadro Médico puesto a disposición del Asegurado, siendo asimismo por cuenta del Asegurado todos los gastos que se reclamen a la Aseguradora por los Servicios Públicos de Salud en caso de haber acudido éste voluntariamente a uno de ellos, aun para en el caso de que dicho Asegurado, antes de acudir voluntariamente al correspondiente centro público, hubiera acudido previamente a uno de los centros médicos u Hospital concertado con la compañía y una vez en éste solicitase el Alta Voluntaria por las razones que fueran, y en especial cuando el tratamiento o asistencia médica que precisase no estuviera cubierto o amparado por el contrato de seguro suscrito por el Asegurado.
- Los productos farmacéuticos y otros medicamentos administrados fuera del régimen de hospitalización (incluida medicación oncológica), así como los fármacos considerados como inmunoterapia y terapia biológica, vacunas, contrastes de alta tecnología, y demás productos sanitarios, excepto los expresamente aceptados en las Condiciones Generales del seguro. De igual manera, quedan excluidos los gastos por viaje y desplazamiento, salvo las ambulancias en los términos contemplados y expresamente aceptados en las Condiciones Generales del seguro.
- Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos derivados de naturopatía, acupuntura, masajes, drenajes linfáticos, quiropraxis, kinesiología o kinesiología, 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.
- Todo lo relativo al psicoanálisis, hipnosis o narcolepsia ambulatoria, psicoterapia de grupo, test psicológicos. Asimismo, la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psíquica.
- 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 de las producidas en la práctica entre otros de los siguientes deportes: esquí y derivados, actividades aéreas, boxeo, artes marciales, crossfit, escalada, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor o a tracción animal, rugby, hípica, torero y encierro de reses bravas.

- K. 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.
- L. 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, excluyendo también el tratamiento médico y quirúrgico de la obesidad (Cirugía bariátrica, balón intragástrico, bandas gástricas...).
- M. Los trasplantes de órganos y/o tejidos, excepto el trasplante autólogo de médula ósea por tumores malignos de estirpe hematológica y el trasplante de córnea: en estos dos supuestos no será obligación de la Aseguradora, en ningún caso, la gestión para la obtención del órgano a trasplantar ni la asunción del coste de dicho órgano.
- N. Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo los expresamente contemplados en las Condiciones Generales del seguro.
- Ñ. La asistencia sanitaria u hospitalización por problemas de tipo social, así como la hospitalización en Unidades de Daño Cerebral y de Cuidados Paliativos.
- O. El coste de cualquier tipo de prótesis, piezas anatómicas, ortopédicas y de osteosíntesis, salvo las expresamente señaladas en las Condiciones Generales del seguro.
- P. 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.
- Q. La asistencia relacionada con la medicina legal y forense.
- R. 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.
- S. 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.
- T. 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.
- U. La quimioterapia oncológica sólo cubrirá los gastos de los medicamentos específicamente citostáticos definidos y detallados en el apartado 2.8, si bien la Aseguradora no correrá con gasto alguno que pudiera generarse por la participación del Asegurado en ensayos clínicos. Se excluyen expresamente de este concepto los agentes inmunomoduladores no específicos, los interferentes, las interleuquinas, los factores estimulantes de colonias, los agentes antisudorales antígeno específicos, las terapias con citoquinas, las vacunas, la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, la terapia génica, la terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos y/o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación. Quedan igualmente excluidos los tratamientos no considerados eficientes por las principales agencias de evaluación a nivel internacional (NICE, IQWiG, Vardanalys).

- 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, la asistencia sanitaria de las secuelas de la ingesta de bebidas alcohólicas o de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o medicamentos sin prescripción médica, y la asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez o riñas (salvo en caso de legítima defensa).
- W. La cirugía robótica asistida en todas las especialidades y la cirugía profiláctica.
- 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.

7 FORMAS DE RECIBIR LA PRESTACIÓN.

A) COPAGOS.

Cada una de las veces que el Tomador y/o Asegurados utilicen la tarjeta sanitaria estará exentos de la participación en el coste de los servicios.

B) CARENCIAS.

A continuación, se detallan los periodos de tiempo que deben transcurrir para poder recibir cobertura de los servicios detallados.

PERIODOS DE CARENCIA	
MEDIOS DE DIAGNÓSTICO	
Medios de diagnóstico de alta tecnología.	6 meses
Medios de diagnóstico intervencionista.	6 meses
HOSPITALIZACIÓN	
Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio.	6 meses
Ligadura de trompas y vasectomía.	6 meses
Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento.	6 meses
Parto.	10 meses
Coste de implantes quirúrgicos y prótesis.	10 meses

Continúa en la siguiente página.



PERIODOS DE CARENIA - Continuación

PERIODOS DE CARENIA	
TRATAMIENTOS ESPECIALES	
Biopsia prostática por fusión.	10 meses
Laserterapia para tratamiento endoluminal de las varices y de la hiperplasia benigna de próstata.	10 meses
Electrotermoterapia en rehabilitación.	6 meses
Laserterapia en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología, así como en laser de rehabilitación musculoesquelética.	6 meses
Hemodiálisis.	10 meses
Litotricia renal.	10 meses
Quimioterapia y Oncología Radioterápica.	10 meses
Isotopos radiactivos	6 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.	

C) COBERTURA ODONTOLÓGICA.

Unión Premium incluye en su cobertura la asistencia bucodental. Los servicios cubiertos son las curas estomatológicas, extracciones, ortopantomografías, radiología básica, y una limpieza de boca anual, así como los programas de salud dental incluidos en el complemento UNIÓN DENTAL, en caso de haberlo contratado.

8 CONDICIONES, PLAZOS Y VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS.

8.1.) CUESTIONES GENERALES

El pago de la Prima sea a la hora de la suscripción del contrato, lo sea en su momento de renovación, se realizará en un único pago y plazo, ahora bien, Unión Madrileña, por cuestiones comerciales, podrá autorizar al Tomador que realice dicho pago de manera fraccionada en distintos plazos, esto es, con periodicidad mensual, trimestral, o semestral. En estos casos, se podrá aplicar el recargo que pudiera corresponder.

El fraccionamiento de la Prima no exime al Tomador de su obligación de abonar la Prima anual completa. 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 las Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de Prima. En este sentido, dará la oportuna orden de domiciliación a su Banco o Caja de Ahorros.

8.2.) COMUNICACIÓN ANUAL DEL VENCIMIENTO DE LAS PRIMAS Y ACTUALIZACIONES.

En cada renovación anual de la póliza, Unión Madrileña podrá modificar la Prima aplicable y, si correspondiera, el importe de los copagos en virtud de los cálculos técnico-actuariales realizados.

En este sentido, el Tomador, ante del vencimiento de la póliza, será informado de la nueva tarifa para el siguiente curso, y en su caso, de aquellas nuevas coberturas y/o prestaciones que fueran incorporadas a su modalidad de póliza.

8.3.) FACTORES DE RIESGO CONSIDERADOS EN EL CALCULO DE LA PRIMA.

En cada renovación anual de la póliza, la Prima podrá variar anualmente en función de factores de riesgo. Unión Madrileña explicará cuáles utiliza en la actualidad y si en el futuro pudiera incorporar otros diferentes. En relación con el factor de riesgo "edad", Unión Madrileña comunicará cuáles son las tarifas que se aplican a cada edad o tramo de edad.

En todo caso, se informará de los procedimientos y sistemas para el cálculo de la Prima, en base a la variación de los costes de los servicios incluidos, las innovaciones tecnológicas, y la suficiencia de Primas para satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos, en cualquier caso, y de manera automática, la actualización por el coste de la vida, conforme el Índice que en su momento sea de aplicación.

8.4.) RENOVACIÓN DE PÓLIZA

En las Condiciones Particulares del seguro vendrá reflejado el periodo por el cual se realiza su contratación, siendo las renovaciones de este por periodos anuales y que, salvo comunicación en contrario, se renuevan de manera automática y tácita. En caso de que una de las partes se oponga a la prórroga deberá comunicárselo por escrito firmado a la otra parte, con **dos meses** de antelación si es la Aseguradora quien realiza la comunicación y **un mes** si es el Tomador.

En cualquier caso, la entidad Aseguradora se compromete a:

- No resolver la póliza cuando el Asegurado se halle en tratamiento en régimen hospitalario, hasta el alta de este, salvo renuncia del Asegurado a continuar con dicho tratamiento.
- No oponerse a la prórroga de contratos de seguro que tengan Asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su periodo de alta en la póliza. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato las que se enumeran a continuación:

- Procesos oncológicos activos.
- Enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
- Trasplante de órganos.
- Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
- Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
- Insuficiencia renal aguda.
- Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
- Hepatopatías crónicas (excluidas las de origen alcohólico).
- Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardíaca.
- Degeneración macular.



8.5.) DERECHO DE REHABILITACIÓN.

En caso de impago, la cobertura del Contrato quedará suspendida un mes después del día de vencimiento del recibo, y en su caso, la extinción del Contrato para el caso de que la Unión Madrileña no reclame su importe dentro de los seis meses siguientes. Durante este plazo, la Aseguradora no se hará cargo de ninguna cobertura.

La Aseguradora, cuando el Contrato esté en suspenso, podrá exigir el pago de la Prima del período en curso. Para el caso de que el Contrato no hubiera sido resuelto conforme a las condiciones anteriores, la cobertura volvería a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador liquidase el total de la Prima pendiente de pago.

8.6.) LIBERTAD DE ELECCIÓN DEL PRESTADOR.

Dentro del cuadro médico de este producto el Asegurado podrá elegir libremente el prestador de la asistencia sanitaria entre los concertados para cada especialidad, prueba o acto médico, y acceder a sus servicios con los límites y condiciones establecidos en la póliza y con la autorización previa de la Aseguradora en los casos en los que ésta sea requerida.

A tal efecto, estará disponible en la web de la entidad el cuadro médico actualizado.

9 TRIBUTOS REPERCUTIBLES.

Las Primas están sujetas a la aplicación del recargo legalmente repercutible en el primer recibo (0,15% L.E.A.), a favor del Consorcio de Compensación de Seguros, por aplicación del Art. 23.4 de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, para financiamiento de las funciones liquidadoras de este organismo.

10 INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN.

De conformidad con lo establecido en Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y el Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, los conflictos que puedan surgir entre las partes podrán resolverse, como sigue:

- 10.1. El Tomador del Seguro, el Asegurado, o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas de la Aseguradora que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de Seguro. Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección de correo electrónico atencionalcliente@unionmadrilena.es
- 10.2. Transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación, sin que el servicio de atención al cliente haya resuelto, o en su caso, haya desestimado la misma, el Tomador, podrá acudir ante los servicios de reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.
- 10.3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

11 LEGISLACIÓN APLICABLE.

- Ley 50/1980 de 8 de octubre de contrato de seguro y su normativa de Desarrollo.
- Ley 20/2015 de 14 de julio de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras y su Reglamento de desarrollo.
- Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma electrónica.
- Ley 34/2002, de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico.
- Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- Y cualquier otra norma que durante la vigencia de esta póliza pueda ser aplicable.

El Contrato de seguro queda sometido a la jurisdicción española y dentro del territorio de España, para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo, será competente el Juez el del domicilio del Tomador.

12 RÉGIMEN FISCAL.

Las Primas de seguro de salud están exentas del Impuesto Sobre Primas de Seguro (IPS), excepto aquella parte de la Prima destinada a cubrir garantías de Asistencia en Viaje.

Con carácter general en los Seguros para Particulares, las Primas abonadas por el presente seguro no otorgan derecho a ningún beneficio fiscal, no son deducibles en el IRPF, ni dan derecho a deducción o bonificación alguna. No obstante, pueden existir casos especiales en algunas comunidades Autónomas.

En el caso de que el Tomador fuese empresario o profesional en régimen de estimación directa por el IRPF, el límite máximo de deducción es de 500 euros por persona y año natural, computando a estos efectos exclusivamente su propia cobertura, la de su cónyuge y sus hijos/as menores de 25 años que convivan con el Tomador.

El importe abonado por la empresa en concepto de seguro médico para sus empleados se podrá deducir el 100% como gasto social en la declaración del Impuesto de Sociedades.

La Prima no constituirá retribución en especie del trabajador/a con los mismos límites cuantitativos por persona asegurada y año natural señalados en el párrafo anterior. La cuantía que excediera de estos límites sí se consideraría retribución en especie y estaría sometida al correspondiente ingreso a cuenta.

