

ASSEGURANÇA SANITÀRIA SALUT
CONDICIONS GENERALS (C.G. 2)

Article preliminar

Aquest contracte d'assegurança es regeix per tot el que disposa la legislació del Principat d'Andorra aplicable en la matèria i pel pactat en les condicions generals i particulars d'aquest contracte.

DEFINICIONS:

Article 1

Accident

Fet produït durant la vigència de l'assegurança per una causa externa, sobtada, violenta i aliena a la voluntat de la persona protegida i que produeix una lesió.

Actuació preventiva

Acció o assistència dirigida a evitar lesions o malalties abans que aquestes no es produeixin efectivament, o encaminada a prevenir possibles complicacions de malalties o lesions ja existents però que no es troben en fase aguda.

Assegurador

Unió i Aliança de Previsió SA, persona jurídica que assumeix el risc en el contracte i que, juntament amb la persona prenedora, subscriu el contracte.

Assegurat/ada

Persona o persones físiques sobre les quals s'estableix l'assegurança.

Assistència

Servei necessari prestat per un professional sanitari legalment habilitat.

Beneficiari/ària

Persona física o jurídica a qui correspon percebre les indemnitzacions garantides per aquest contracte.

C.A.S.S.

Caixa Andorrana de Seguretat Social.

Causa no patològica

Aquella que no deriva d'una malaltia ni d'una lesió.

Declaració de salut

Formulari subministrat per Assegur i emplenat i signat per una persona física, que conté una declaració sobre l'estat de salut d'aquesta o bé sobre l'estat de salut d'una persona que està sota la seva tutela.

Hospital, clínica o centre hospitalari

Centre legalment autoritzat per al tractament de malalties o lesions que compleix les condicions següents:

1. Estar proveït dels mitjans necessaris per realitzar diagnòstics i per practicar tractaments mèdics i/o intervencions quirúrgiques.
2. Admetre únicament l'ingrés de persones malaltes o lesionades.
3. Disposar de metges i personal sanitari durant les 24 hores del dia.
4. Practicar els tractaments mèdics i les intervencions quirúrgiques necessaris exclusivament mitjançant professionals qualificats.

En cap cas no es consideren hospitals els balnearis, les cases de repòs, els asils, els centres dedicats al tractament de malalties cròniques ni els establiments o les institucions similars als esmentats.

Lesió

Canvi patològic en un teixit o en un òrgan sa que altera la integritat física o l'equilibri funcional i que comporta un dany anatòmic o fisiològic.

Malaltia

Alteració de l'estat de salut diagnosticada per un metge, produïda durant la vigència de l'assegurança i no derivada d'accident, que fa necessària una assistència mèdica.

Malaltia preexistent

És aquella que té una gènesi clarament anterior al moment de la signatura del contracte o que s'origina durant el termini de carència i que és coneguda per l'assegurador/ada o representant legal en cas de menor d'edat.

Metge

Doctor o llicenciat en medicina legalment capacitat i autoritzat per tractar mèdicament o quirúrgica una malaltia o lesió.

Pòlissa

És el conjunt de condicions generals i particulars que regulen l'assegurança.

Prenedor/a de l'assegurança

És la persona física o jurídica que assumeix les obligacions del contracte, llevat d'aquelles que per la seva naturalesa hagin de ser assumides per l'assegurador, el qual juntament amb l'assegurador, subscriu el contracte.

Prestació

Obligació o conjunt d'obligacions que assumeix l'assegurador envers la persona protegida.

Procés

Seguit d'assistències encaminades a curar o millorar una mateixa lesió o malaltia. En cap cas no es considera procés el conjunt d'assistències o actuacions sanitàries realitzades per tractar situacions cròniques.

Salari Diari Mitjà:

Es equivalent a una trentava part del Salari Mensual Mitjà, tal com definit en el punt següent.

Salari Mensual Mitjà

Es la mitjana del salari declarat a l'assegurador durant els dotze mesos anteriors a la baixa mèdica. Si l'assegurador no té justificats aquests dotze mesos d'activitat, el Salari Mensual Mitjà serà igual a la mitjana dels salaris declarats amb anterioritat a la baixa mèdica.

En el cas que el salari declarat pel/per la prenedor/a de l'assegurança sigui superior al declarat realment a la CASS, la indemnització es calcularà sobre la base del salari declarat a la CASS. Si el salari declarat a l'assegurador pel/per la prenedor/a és inferior al declarat a la CASS, es prendrà com a base de càlcul el declarat pel/per la prenedor/a a l'assegurador.

Termini de carència

És el període de temps que ha de transcórrer entre la data d'efecte de l'assegurança i la data d'entrada en vigor de les garanties de l'assegurança.

Unitat familiar

Qualsevol dels col·lectius següents:

1. Grup format pel matrimoni o la parella de fet i els fills menors de 18 anys que hi convisin.
 2. El pare o la mare que no tinguin cònjuge ni parella de fet i els fills menors de 18 anys que hi convisin.
- Ambdós casos inclouen els fills comuns i els de l'un o de l'altra.

Urgència

Situació greu que requereix una assistència immediata perquè el retard podria ocasionar un dany irreparable en la integritat física de la persona protegida.

Urgència hospitalària

Urgència que requereix una assistència hospitalària immediata. No tenen aquesta consideració, per tant, les situacions següents:

1. Aquelles que, tot i ser greus, no requereixen una atenció hospitalària immediata i puguin ser correctament tractades per consulta externa.
2. Les assistències i els serveis sanitaris practicats pels serveis ordinaris de l'hospital després d'haver estat atesa la urgència pels serveis específics d'urgències del centre.

OBJECTE DE L'ASSEGURANÇA

Article 2

Pel present contracte es garanteixen les prestacions pactades expressament, per cadascun dels assegurats, i que es detallen en les condicions particulars, segons es defineixen a continuació:

Bàsic

En concepte de Bàsic, l'Assegurador s'obliga a pagar la part del preu de les prestacions sanitàries acceptades per la C.A.S.S., i que no ha estat reembossada, fins a un màxim del 25% de l'import de les tarifes aprovades per la C.A.S.S. per a les prestacions mèdiques i de mitjans complementaris de diagnòstic.

La suma de la quantitat satisfeta per la C.A.S.S. i de la quantitat satisfeta per l'assegurador no podrà superar, en cap cas, el 100% de les tarifes aprovades per la C.A.S.S.

En queden expressament excloses:

- a) Totes les prestacions de farmàcia.
- b) Totes les prestacions d'hospitalització.
- c) Totes les prestacions quirúrgiques.
- d) Totes les prestacions d'òptica.
- e) Totes les prestacions dentals.

Dental amb obturacions

En concepte de Dental amb Obturacions, l'Assegurador s'obliga a pagar la part del preu de les prestacions sanitàries acceptades per la C.A.S.S., i que no ha estat reembossada, fins a un màxim del 25% de l'import de les tarifes aprovades per la C.A.S.S. per a les prestacions dentals següents:

- Consultes mèdiques,
- Extraccions,
- Empastes,
- Una neteja de boca l'any.

La suma de la quantitat satisfeta per la C.A.S.S. i de la quantitat satisfeta per l'assegurador no podrà superar, en cap cas, el 100% de les tarifes aprovades per la C.A.S.S.

En queden expressament excloses:

- a) Tota la resta de prestacions dentals així com qualsevol tipus de pròtesis, ponts i fundes dentals.
- b) Totes les prestacions mèdiques i de mitjans complementaris de diagnòstic.
- c) Totes les prestacions de farmàcia.
- d) Totes les prestacions d'hospitalització.
- e) Totes les prestacions quirúrgiques.
- f) Totes les prestacions d'òptica.

Òptica

En concepte d'Òptica, l'Assegurador s'obliga a pagar la part del preu de les prestacions sanitàries acceptades per la C.A.S.S., i que no ha estat reembossada, fins a un màxim del 25% de l'import de les tarifes aprovades per la C.A.S.S. per a les prestacions d'òptica.

La suma de la quantitat satisfeta per la C.A.S.S. i de la quantitat satisfeta per l'assegurador no podrà superar, en cap cas, el 100% de les tarifes aprovades per la C.A.S.S.

En queden expressament excloses:

- a) Totes les prestacions mèdiques i de mitjans complementaris de diagnòstic.
- b) Totes les prestacions de farmàcia.
- c) Totes les prestacions d'hospitalització.
- d) Totes les prestacions quirúrgiques.
- e) Totes les prestacions dentals.

Farmàcia

En concepte de Farmàcia, l'Assegurador s'obliga a pagar la part del preu de les prestacions sanitàries acceptades per la C.A.S.S., i que no ha estat reembossada, fins a un màxim del 25% de l'import de les tarifes aprovades per la C.A.S.S. per a les prestacions farmacèutiques sempre que les prescripcions hagin estat fetes per un metge, per un tractament causat per una patologia coberta per la pòlissa.

La suma de la quantitat satisfeta per la C.A.S.S. i de la quantitat satisfeta per l'assegurador no podrà superar, en cap cas, el 100% de les tarifes aprovades per la C.A.S.S.

L'assegurador, es farà càrrec de les despeses corresponents als productes farmacèutics específicament que s'expedeixen en el mercat nacional i estiguin degudament autoritzats pel ministeri de Sanitat. El reembossament serà sempre en funció dels preus legalment establerts a Andorra.

En queden expressament excloses:

- a) les despeses per vacunes, vaporitzadors i extractes en cas de processos al·lèrgics.
- b) les despeses per tractaments i medicaments nous, quan els seus resultats encara no siguin suficientment comprovats o no són objectivament comprovables.
- c) les despeses per tractaments i medicaments a conseqüència de les malalties o afeccions associades derivades de la sida o virus d'immunodeficiència adquirida (VIH), i el seu tractament encara que no hagi generat malaltia.
- d) Totes les prestacions mèdiques i de mitjans complementaris de diagnòstic.
- e) Totes les prestacions d'hospitalització.
- f) Totes les prestacions quirúrgiques.
- g) Totes les prestacions d'òptica.
- h) Totes les prestacions dentals.

Hospitalització

Assistència hospitalària.- En concepte d'assistència hospitalària, L'Assegurador s'obliga a pagar la part del preu de les prestacions sanitàries acceptades per la C.A.S.S., i que no ha estat reembossada, fins a un màxim del 10% de l'import de les tarifes aprovades per la C.A.S.S. per a les prestacions d'hospitalització mèdica i/o quirúrgica assumides. Aquesta assistència inclou, en tot cas, les despeses següents:

- 1) Despeses d'hospitalització, inclosa la manutenció del pacient.
- 2) Despeses per estada en unitats de vigilància o de cures intensives.
- 3) Despeses d'intervenció quirúrgica.
- 4) Despeses amb motiu de part.
- 5) Honoraris de cirurgians, metges i col·laboradors d'aquests en les intervencions que es portin a terme.
- 6) Tractaments necessaris.
- 7) Exploracions complementàries per efectuar el diagnòstic.
- 8) Despeses per material sanitari.
- 9) Despeses per medicació.

La suma de la quantitat satisfeta per la C.A.S.S. i de la quantitat satisfeta per l'assegurador no podrà superar, en cap cas, el 100% de les tarifes aprovades per la C.A.S.S.

En queden expressament excloses

- a) Totes les prestacions de farmàcia ambulatoria.
- b) Totes les prestacions d'òptica.
- c) Totes les prestacions dentals.

Serveis Assistencials

L'Assegurador posa a disposició de l'Assegurat, sempre i quan sigui major de 50 anys i com a conseqüència d'una hospitalització coberta en la pòlissa, un forfet de 15 hores d'ajuda per any i persona assegurada, mitjançant els serveis contractats per l'Asseguradora, d'atenció i de cura per promoure la seva màxima autonomia, posant a la seva disposició una àmplia gama de serveis assistencials tals com:

- Neteja i higiene personals.
- Realització de les tasques domèstiques relacionades amb el seu benestar i els seus efectes personals.
- Preparació de menjars.
- Elaboració de Plans Nutricionals.
- Control de la prescripció i la presa de medicació.
- Control i ajuda en programes de rehabilitació.
- Realització de massatges.

- Reeduació postural.
- Realització de compres.
- Passejades.
- Acompanyament a visites mèdiques, a esdeveniments socials, a sessions de rehabilitació, etc.

Per altra banda es podra contractar, amb les millors condicions de mercat, els mateixos serveis, en cas de ser necessàries més de 15 hores i/o per la resta d'Assegurats.

Article 3

1.- S'exclouen de qualsevol de les cobertures abans esmentades els riscos i despeses indicats a continuació, excepte si aquests han estat expressament acceptats per l'Assegurador en les condicions particulars:

- a) Les malalties, dolències cròniques o no, lesions o defectes constitucionals i físics, anomalies congènites i mutilacions, existents abans d'iniciar-se l'assegurança, així com les seves conseqüències, encara que aquestes es desenvolupin un cop en vigor l'assegurança.
- b) Les malalties, lesions o accidents produïts com a conseqüència de: moviments sísmics, erupcions volcàniques, inundacions, altres fenòmens meteorològics de caràcter extraordinari, així com les conseqüències directes o indirectes de l'energia atòmica o nuclear.
- c) Les malalties, accidents o lesions produïts o originats per alteracions de l'ordre públic, tumults, guerra, terrorisme, insurreccions, embriaguesa, toxicomania, addicció a les drogues, desafiaments, baralles, delictes, autolesions i intents suïcides, així com el tractament i rehabilitació d'alcoholisme, tabaquisme i drogoaddicció.
- d) Els avortaments provocats i llurs conseqüències, llevat d'aquells avortaments que ho siguin sota prescripció facultativa i acceptats com a indemnitzables per la C.A.S.S., a conseqüència de malaltia o accident.
- e) Totes les malalties o complexos associats, derivats del Virus de la Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (VIH) (SIDA) i el tractament encara que no hagi generat malaltia.
- f) Les lesions o malalties produïdes en la pràctica en qualitat de professional de qualsevol esport.
- g) Les malalties o lesions derivades de la participació en apostes, carreres, competicions realitzades a nivell d'aficionat, competicions organitzades per federacions i/o clubs esportius, o qualsevol acte que comporti la possibilitat d'aconseguir premis en metàl·lic, així com les malalties o lesions produïdes en proves o entrenaments per als referits actes.
- h) Les lesions o malalties produïdes a conseqüència de la pràctica com aficionat d'activitats de risc, tals com, per exemple, activitats aèries, de navegació o en aigües braves, esquí fora pista, esquí de muntanya, escalada, parapent, ala delta, rafting, submarinisme, espeleologia, ràpel, kàrate, puenting, carreres de vehicles a motor, no consistint l'enumeració anterior en una llista tancada.
- i) Les intervencions quirúrgiques de Cirurgia Plàstica o Reparadora, o qualsevol altre tipus d'intervenció quirúrgica que tingui caràcter estètic, llevat de les necessàries per eliminar les seqüeles d'un accident o malaltia, coberts per la pòlissa, que hagi patit l'assegurat durant el període de vigència de la pòlissa.
- j) Les estades en asils, residències, balnearis i similars, encara que sigui sota prescripció mèdica. En cas d'ingrés en centres psiquiàtrics hi ha una cobertura màxima de 30 dies anuals.
- k) Les cures de repòs, tractaments balneoterapèutics o hidroterapèutics, encara que siguin prescrits facultativament, així com els ingressos en centres hospitalaris a conseqüència de tractaments dietètics per aprimar o engreixar.
- l) Les prestacions sanitàries i les baixes mèdiques, en cas d'accident que hagin d'estar cobertes per assegurances obligatòries, segons la legislació aplicable en cada matèria.
- m) Qualsevol tipus de pròtesis i les peces anatòmiques i ortopèdiques. Queden també exclosos els ponts, les pròtesis i les fundes dentals.
- n) Les lesions o malalties produïdes a conseqüència de la manipulació d'explosius.
- o) Les despeses i baixes mèdiques derivades de problemes de varius, artrosi, artritis, osteoporosis i enfermetat de paget durant un període de 5 anys des de la data d'efecte de la pòlissa.
- p) En cas d'hospitalització les despeses per l'ús de telèfon, televisió i altres serveis no relacionats directament amb la necessària assistència hospitalària.
- q) Les despeses derivades de prestacions de logopèdia, psicologia, psiquiatria i psicoteràpia individual o en grup, que superin les 20 sessions per any.

r) En el cas dels trasplantaments d'òrgans s'exclou el cost de l'òrgan a trasplantar i la gestió per a la seva obtenció, inclòs el transport.

En tots aquests supòsits l'assegurat no tindrà dret a percebre cap quantitat, ni en concepte d'assistència sanitària ni en concepte d'indemnització per baixa mèdica laboral.

RISCOS EXCLOSOS específicament per a la cobertura d'Accidents

Aquesta Assegurança no cobreix la mort o incapacitat directament o indirectament derivada com a conseqüència total o parcial de:

- 1.- Lesions o defectes constitucionals i físics existents abans d'iniciar-se l'assegurança.
2. Guerra, invasió, accions d'enemics estrangers, hostilitats (tant si es declara guerra com si no), guerra civil, rebel·lió, revolució, insurrecció o poder militar o usurpat;
3. Actes de terrorisme;
4. Contaminació radioactiva;
5. Tota Persona Assegurada que hagi participat en
 - a) serveis o operacions navals, militars o de les forces aèries;
 - b) esports d'hivern (apart d'esquí, de patinatge sobre gel i "curling") en una estació d'esports d'hivern;
 - c) submarinisme amb aparells d'assistència respiratòria, escalada o muntanyisme amb la utilització de cordes o guies, espeleologia, vol sense motor, paracaigudisme, caça a cavall o participació en qualsevol tipus de carreres (de motor o de cavall);
 - d) conduir o muntar en motocicletes o motorettes, excepte en bicicletes motoritzades, en competicions, carreres i apostes;
6. Tota Persona Assegurada que participi en un Transport Aeri, excepte com a passatger d'un avió plurimotor degudament autoritzat operat per una companyia aèria comercial autoritzada o que sigui propietat i estigui operat per una companyia comercial;
7. Suïcidi o intent de suïcidi o autolesió intencionada per part de la Persona Assegurada que es troba en un estat de follia;
8. Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (SIDA) o Complex Derivat de la SIDA (ARC) sigui com sigui que s'hagi adquirit la síndrome i el seu nom;
9. Exposició deliberada a un perill excepcional (excepte en un intent de salvar una vida humana), o en cas d'una acció criminal per part de la Persona Assegurada, o que la Persona Assegurada estigui sota la influència de l'alcohol o les drogues.
10. Infart de miocardi o derrame cerebral

DURADA DEL TERMINI DE CARÈNCIA:

Article 4

La cobertura pactada començarà transcorregut, des del dia de presa d'efecte del contracte, el termini de carència que s'indica a continuació:

1. Per assistència sanitària i farmàcia: 45 dies.
2. Per assistència sanitària en cas d'embaràs: 10 mesos
3. Per incapacitat laboral transitòria o baixa mèdica laboral: 3 mesos.

Aquests terminis de carència no són d'aplicació en cas que el sinistre sigui conseqüència directa i immediata d'un accident.

DURADA DE LA PÒLISSA

Article 5

Aquesta assegurança s'estipula pel període d'un any i, al seu venciment, es prorrogarà indefinidament per períodes d'un any. Qualsevol part, però, pot oposar-se a la pròrroga mitjançant una notificació escrita a l'altra, amb una antelació no inferior a quinze dies abans de la finalització del termini principal o de les seves successives pròrrogues.

EL PAGAMENT DE LES PRIMES

Article 6

El/la prenedor/a de l'assegurança s'obliga al pagament de la prima, dins el termini de cinc dies a comptar de la signatura del contracte o a comptar de la data de renovació del mateixa.

Cada any, al mes de gener, l'assegurador podrà modificar el preu de la prima i haurà de comunicar, per escrit, al prenedor/a, l'augment de la prima, trenta dies abans de la presentació del rebut al cobrament.

El/la prenedor/a de l'assegurança té dret, durant el termini d'un mes a comptar de la notificació de la modificació del preu de la prima, de rescindir el contracte, mitjançant la comunicació per escrit a l'assegurador o a qualsevol dels seus representants autoritzats. Passat aquest termini s'enten que el prenedor accepta el nou preu de la prima.

Article 7

La primera prima és exigible un cop signat el contracte; si no hagués pogut ésser pagada per culpa del/de la prenedor/a, l'assegurador té el dret de resoldre el contracte o exigir-la per via executiva sobre la base de la pòlissa i si no ha estat pagada abans de produir-se el sinistre, l'assegurador queda lliure de qualsevol obligació, fora d'un pacte contrari.

Article 8

En el cas de manca de pagament -total o parcial- de la segona o de les successives primes, la cobertura de l'assegurador queda suspesa, el mateix dia en que s'havia de satisfer el preu de la prima. Si el pagament de la prima no es fa efectiu dins dels 6 mesos següents al dia en que aquesta és exigible, el contracte es considerarà extingit. Si el contracte no hagués quedat resolt de conformitat amb el suara indicat, la cobertura tornarà a tenir efecte al cap de 24 hores a comptar del dia en que el suscriptor hagi pagat la prima. En aquest cas, l'assegurador només pot exigir el pagament de la part proporcional de la prima corresponent al període comprès entre el dia que es produeix la rehabilitació del contracte i el dia de venciment de la pòlissa.

El beneficiari no pot reclamar cap indemnització per sinistres ocorreguts o iniciats durant el període de suspensió i l'assegurador té dret a demanar de la persona assegurada un nou qüestionari de salut.

L'assegurador només queda obligat pels rebuts lliurats per la direcció o pels seus representants legalment autoritzats.

Article 9

El pagament de la prima anyal pot ésser fraccionat en semestres, trimestres, o en mesos, amb els recàrrecs següents a la preu de la prima anyal:

Semestres: 2%, Trimestres: 4%, Mensual: 6 %

En cas d'impagament de qualsevol dels rebuts, el contracte quedarà en suspens a comptar del dia en que s'havia de fer efectiu el pagament del rebut. Si aquest no es fa efectiu dins d'un mes a comptar del dia en que aquest és exigible, el contracte es considerarà extingit. Si el contracte no hagués quedat resolt de conformitat amb el suara indicat, la cobertura tornarà a tenir efecte al cap de 24 hores a comptar del dia en que el suscriptor hagi pagat el rebut corresponent. En aquest cas, l'assegurador només pot exigir el pagament de la part proporcional de la prima corresponent al període comprès entre el dia que es produeix la rehabilitació del contracte i el dia de venciment de la pòlissa.

El beneficiari no pot reclamar cap indemnització per sinistres ocorreguts o iniciats durant el període de suspensió i l'assegurador té dret a demanar de la persona assegurada un qüestionari de salut nou.

ALTRES OBLIGACIONS, DEURES I FACULTATS DEL PRENEDOR, DEL BENEFICIARI I/O DE LA PERSONA ASSEGURADA

Article 10

El/la prenedor/a de l'assegurança, les persones assegurades i els beneficiaris, tenen els deures i les obligacions següents:

a) Comunicar a l'assegurador la contractació de qualsevol altra assegurança d'indemnització per assistència sanitària o d'indemnització per baixa mèdica laboral transitòria, que es refereixi a la mateixa persona. L'incompliment d'aquest deure és causa de nul.litat de contracte i el beneficiari no té dret a percebre cap indemnització.

b) Comunicar a l'assegurador, tan aviat com sigui possible, les circumstàncies que, segons el qüestionari presentat per l'assegurador, agreugin el risc i siguin de tal naturalesa que d'ésser conegudes en el moment de la conclusió del contracte, aquest no s'hauria celebrat, o bé s'hauria celebrat en condicions diferents o bé s'hauria pactat una clàusula d'exclusió.

Si l'agreuament no és imputable al/a la prenedor/a de l'assegurança o als assegurats i l'assegurador no accepta la cobertura, aquest queda obligat a retornar la part de la prima corresponent al període d'assegurança no transcorregut.

c) Comunicar a l'assegurador, tan aviat com sigui possible, el canvi del domicili dels assegurats que figuri en el qüestionari-sol.licitud de l'assegurança.

d) Comunicar a l'assegurador la baixa mèdica laboral, dins d'un termini màxim de 48 hores, a comptar del dia en que aquesta pren efecte. Comunicar les prestacions mèdiques rebudes, dins un termini de 30 dies a comptar del dia en que aquestes han estat prestades. Lliurar a l'assegurador tota mena d'informació sobre les circumstàncies de les prestacions rebudes per assistència sanitària, tant per haver-se produït en urgència vital com sense avís previ, així com sobre les circumstàncies que han donat lloc a la baixa mèdica laboral transitòria.

e) Minorar les conseqüències del sinistre, emprant tots els mitjans al seu abast per a un prompte restabliment. El no compliment d'aquest deure amb intenció palesa de causar perjudici o engany a l'assegurador, el deslliurarà de totes les obligacions a càrrec seu càrrec.

f) En cas que un reconeixement mèdic de la persona assegurada, per la persona designada per l'assegurador, fos contradictori a la valoració del seu metge habitual, la companyia es reserva el dret d'avaluar la indemnització segons els criteris del pèrit designat per l'assegurador i de donar per finalitzat el sinistre.

g) Cedir a favor de l'assegurador tots els drets i accions, per tal que aquest, dins del límit de les quantitats satisfetes en base al contracte, pugui reclamar contra terceres persones responsables del sinistre. L'assegurat i el beneficiari estan obligats, si és necessari, a ratificar aquesta subrogació i atorgar els poders necessaris, éssent responsable de tots els perjudicis que amb els seus actes i omissions pugui causar al dret de l'assegurador de subrogar-se.

Article 11

El/la prenedor/a de l'assegurança pot reclamar a l'assegurador, en el termini d'un mes a comptar des del lliurament de la pòlissa, l'arranjament de totes les divergències existents entre aquesta i la sol.licitud de l'assegurança o de les cobertures i exclusions acordades. Transcorregut aquest termini sense tenir lloc la reclamació, es considera plenament d'acord amb tot el que disposa la pòlissa.

INDEMNITZACIONS:

Article 12

a) L'assegurat o el beneficiari ha de presentar a l'assegurador, dins els termini indicats en l'article 13, els comprovants de les indemnitzacions satisfetes per la Caixa Andorrana de Seguretat Social. En tots els casos s'ha d'especificar la identitat de la persona assegurada que ha rebut el tractament mèdic liquidat per la CASS, i/o que ha estat indemnitzat per la CASS a conseqüència de la seva baixa mèdica laboral transitòria.

b) En el moment de realitzar-se el pagament de la indemnització corresponent, l'assegurador ha de retornar a la persona assegurada tots els documents i justificants de les indemnitzacions satisfetes per la C.A.S.S., els quals restaran ja inhabilitats per presentar-los una altra vegada.

c) A efectes d'indemnitzar les indemnitzacions diàries, la persona assegurada ha de comunicar les dades i les informacions relatives al sinistre: número de pòlissa, nom del/de la prenedor/a, nom, cognoms, edat i domicili de la persona assegurada malalta. Ha d'afegir a la comunicació, un informe del metge que assisteix al pacient, ressenyant la dolència i les seves causes, la temperatura, si està malalt permanentment o en repòs relatiu, i si la seva dolència li impedeix dedicar-se a les seves activitats habituals, professionals o domèstiques, la data probable de la iniciació del procés que ha comportat la baixa mèdica laboral transitòria, la data en què va començar a prestar-li assistència, i el pronòstic quant a la durada de la seva dolència i, per últim, data en què l'assisteix.

d) L'assegurador pot sol.licitar tots aquells documents i certificacions que cregui necessaris per a la precisa verificació del sinistre.

e) Rebuda la declaració del sinistre, l'assegurador pot ordenar, en qualsevol moment, visites d'inspecció, per mitjà de la persona designada per l'assegurador, per comprovar l'estat de salut de la persona assegurada.

f) En cas de negativa de la persona assegurada a facilitar informació a l'assegurador o a la persona que aquest indiqui, en les visites que aquests puguin realitzar al domicili del suscriptor o beneficiari, l'assegurador queda deslliurat de l'obligació de satisfer les prestacions mèdiques o/i la pensió en cas de baixa mèdica laboral.

Article 13

El beneficiari disposa d'un termini de seixanta dies naturals, a comptar del dia en que la C.A.S.S. ha satisfet la part de la prestació mèdica corresponent i/o ha satisfet la indemnització diària, en cas de baixa mèdica laboral, per sol·licitar el pagament de les indemnitzacions corresponents. Transcorregut aquest termini, es considera prescrit el dret del beneficiari a reclamar a l'assegurador les indemnitzacions corresponents.

Article 14

L'assegurador ha de pagar la indemnització, segons el previst en les condicions anteriors, a la fi de les investigacions necessàries per verificar l'existència del sinistre.

RESCISIÓ EN CAS DE SINISTRE

Article 15

Després de la comunicació de cada sinistre, hi hagi o no hi hagi pagament d'indemnització, les parts poden rescindir el contracte. La part que pren la decisió de rescindir ha de notificar-ho a l'altra part per escrit, dins del termini de 30 dies des de la data de comunicació del sinistre, si no s'ha satisfet cap indemnització, o des de la liquidació, si n'hi ha hagut, i s'ha d'efectuar la notificació amb una anticipació mínima de quinze dies des de la data en la qual hagi de sorgir efecte la rescissió.

Si la iniciativa de rescindir el contracte és del/de la prenedor/a de l'assegurança, queden a favor de l'assegurador les primes pagades fins al moment de la rescissió. Si és a iniciativa de l'assegurador aquest ha de reintegrar al/a la prenedor/a la part de prima corresponent al temps entre la data d'efecte de rescissió i la d'expiració del període de l'assegurança coberta per la prima satisfeta.

RECONeixEMENTS MÈDICS

Article 16

Si s'hagués practicat un reconeixement mèdic o s'hagués presentat la documentació necessària, la pòlissa és indisputable en quant a l'estat de salut de la persona assegurada i l'assegurador no pot negar cap prestació al·legant l'existència de malalties anteriors, llevat que d'una manera expressa -i com a conseqüència d'aquest reconeixement- se'n faci alguna exclusió en les condicions particulars de la pòlissa, o que el/la prenedor/a i/o l'assegurat hagi actuat amb frau o mala fe.

DISCONFORMITAT EN L'AVAUACIÓ DE LA INDEMNITZACIÓ

Article 17

En cas que les dues parts no arribin a un acord sobre el dret a indemnització o sobre l'import de la indemnització, dins del termini de 40 dies naturals, cada part ha de designar, per escrit, un perit. Si una part no ha fet la designació, està obligada a realitzar-la en els vuit dies naturals següents a la data de requeriment per la part que ja hagi designat el seu perit i, si no ho fa en aquest darrer termini, es considera que accepta el dictamen emès pel perit de l'altra part i queda vinculada pel mateix. En el cas d'arribar els perits a un acord, s'ha de reflectir en una acta conjunta, en la qual han de constar les causes del sinistre i altres circumstàncies que poguessin influir en la determinació de la indemnització, segons la naturalesa de l'assegurança de la qual es tracti i la proposta de l'import de la indemnització a satisfer.

Quan no hi hagi acord entre els perits, ambdues parts n'han de designar un tercer, de mutu acord i a manca d'acord, la designació serà efectuada per l'Hble. batlle, en acte de jurisdicció voluntària. En aquest cas el dictamen pericial s'ha d'emetre en el termini assenyalat per les parts, o, en defecte de termini fixat per les parts, dins el termini de 30 dies naturals, a comptar de l'acceptació del nomenament del tercer perit.

El dictamen dels perits, per unanimitat o per majoria, es notifica a les parts de manera immediata i de forma indubtable, i és vinculant, llevat que alguna de les parts l'impugni dins el termini de 30 dies naturals des de la data de la notificació del mateix, mitjançant la interposició de la corresponent demanda, davant dels Tribunals Andorrans. Si no s'interposa en aquest termini la corresponent acció, el dictamen esdevé inatacable.

Si el dictamen dels perits fos impugnat, l'assegurador ha d'abonar l'import mínim segons les circumstàncies per ell conegudes, i si no fos impugnat, ha d'abonar l'import de la indemnització assenyalada pels perits en un termini de deu dies, a comptar del dia en que el dictamen esdevé inatacable.

ALTRES OBLIGACIONS DE L'ASSEGURADOR:

Article 18

L'assegurador ha de lliurar la pòlissa al/la prenedor/a de l'assegurança, o, si és el cas, els documents provisionals de cobertura.

NUL·LITAT I INEFICÀCIA DEL CONTRACTE:

Article 19

Es perd el dret a la indemnització:

- a) En cas de reserva o inexactitud en omplir el qüestionari, si ha hagut engany o culpa greu.
- b) En el cas d'agreuament del risc, si el/la prenedor/a de l'assegurança o la persona assegurada no ho comuniquen a l'assegurador.
- c) Si el sinistre s'esdevé abans d'haver pagat la prima, llevat d'un pacte contrari.
- d) Si el/la prenedor/a de l'assegurança o la persona assegurada no faciliten a l'assegurador informació exacta de les circumstàncies i les conseqüències del sinistre.
- e) Si la persona assegurada o el/la prenedor/a de l'assegurança no compleixen el deure de minorar les conseqüències del sinistre i ho fan amb palesa intenció de perjudiciar o enganyar l'assegurador.
- f) Quan el sinistre hagi estat causat per mala fe de la persona assegurada o beneficiària.
- g) En cas que el prenedor i/o beneficiari no comuniqui a l'assegurador la contractació de qualsevol altra assegurança d'indemnització per assistència sanitària o d'indemnització per baixa mèdica laboral transitòria, que es refereixi a la mateixa persona.

COMUNICACIONS I JURISDICCIO:

Article 20

Les comunicacions a l'assegurador per part del/de la prenedor/a de l'assegurança, de la persona assegurada o de la beneficiària, s'adrecen al domicili social, assenyalat en la pòlissa, de l'assegurador. Però si es realitzen a un agent representant de l'assegurador, tenen idèntics efectes que si s'haguessin adreçat directament a l'assegurador.

Les comunicacions de l'assegurador al prenedor/a de l'assegurança, a la persona assegurada o a la beneficiària, s'han d'adreçar al domicili indicat en la pòlissa o, al que posteriorment indiqui de forma fefaent, sempre que sigui dins el Principat d'Andorra. Cas de no ésser trobades en ell, al moment de practicar-les, consideren suficient les efectuades per mitjà d'edictes.

Article 21

El present contracte d'assegurança queda sotmès a la jurisdicció andorrana.

CARÀCTER DE LA INDEMNITZACIÓ:

Article 22

El present contracte garanteix solament prestacions en metàl·lic, en la forma i en la quantitat que s'hi estableixen, sense que, no obstant això, hagi de guardar cap relació amb el cost de l'assistència sanitària que es realitzi i la persona beneficiària pot donar a les indemnitzacions percebudes la destinació que li sembli convenient.

Article 23

En el cas de mort de la persona assegurada després d'haver meritat la indemnització, i si fos ella mateixa la beneficiària, l'import d'aquesta passa a formar part del patrimoni a percebre pels seus hereus.

SUBROGACIÓ:

Article 24

La companyia asseguradora queda subrogada en tots els drets i totes les accions que puguin correspondre a la persona assegurada, per tal que aquesta pugui reclamar, dins el límit de les quantitats satisfetes, contra qualsevol tercera persona responsable del sinistre. L'assegurat i el beneficiari estan obligats, si és necessari, a ratificar aquesta subrogació i atorgar els poders necessaris, éssent responsable de tots els perjudicis que amb els seus actes i omissions causar al dret de l'assegurador de subrogar-se.