



INSTITUTO SANITARIO, S. A. DE SEGUROS

Domicilio Social: Carrer Nou, nº 46-48

Teléfono: 93.790.22.14

Fax: 93.755.50.73

08301 MATARO

CAPITAL SUSCRITO: 484.848'00 Euros

CAPITAL DESEMBOLSADO: 484.848'00 Euros

Estado miembro del Espacio Económico Europeo de Origen y Prestación de Servicios: ESPAÑA

**AUTORIDAD DE CONTROL: DIRECCION GENERAL DE SEGUROS DEL
MINISTERIO DE ECONOMIA Y HACIENDA. REGISTRADA CON EL Nº C-414**

**AUTORIDAD DE CONTROL EN MATERIA SANITARIA: DIRECCIÓ
GENERAL DE RECURSOS SANITARIS DEL DEPARTAMENT DE
SANITAT I SEGURETAT SOCIAL DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA
REGISTRADA CON EL Nº CAT-20**

RAMO DE ENFERMEDAD

SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

POLIZA DE SERVICIOS MÍNIMOS AMPLIADOS

“POLIZA ISSA MINI”



“POLIZA ISSA MINI”

CONDICIONES GENERALES

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. del 17 de Octubre de 1980), modificada y ampliada por la Ley 21/1990, de 19 de Diciembre, para adaptar el Derecho Español a la Directiva 88/357/CEE (B.O.E. del 20 de Diciembre de 1990) y por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de Octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y su Reglamento de 20 de Noviembre de 1998 (B.O.E. 26 de Noviembre de 1998) y sus modificaciones posteriores; por la Ley 26/2006, de 17 de Julio, de Mediación de Seguros Privados (B.O.E. del 18 de Julio de 2006), y por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal (B.O.E. del 14 de Diciembre de 1999).

El Tomador del Seguro queda advertido de la conveniencia de tener además de la cobertura del presente contrato, la correspondiente de la Seguridad Social o de otro seguro privado que le cubran, entre otros, el riesgo de intervención quirúrgica, ya que de no ser así, pueden presentarse situaciones de siniestralidad y riesgo que quedan fuera de la protección asistencial de esta póliza y cuyo coste económico puede ser muy importante.

I. PRELIMINAR

Artículo 1º.- DEFINICIONES

En este contrato, se entiende por:

- 1.1. ASEGURADOR: Instituto Sanitario, S. A., como persona jurídica que, mediante el cobro de la prima y dentro de los límites pactados, asume la cobertura de los riesgos previstos en la póliza.



- 1.2. TOMADOR DEL SEGURO: La persona física o jurídica, que suscribe el contrato con el Asegurador, y a la que corresponden las obligaciones y deberes que se derivan de aquél, salvo los que por su naturaleza deben ser cumplidos por el Asegurado.
- 1.3. ASEGURADO: Cada una de las personas designadas en las Condiciones Particulares sobre las que se establece el Seguro y, que en defecto del Tomador, asume las obligaciones derivadas del contrato.
- 1.4. POLIZA: El documento que se entrega al Tomador y que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Integran la póliza: a) las Condiciones Generales; b) las Condiciones Particulares que individualizan el objeto y determinan la cobertura del seguro además de contener las restantes indicaciones del mismo y recoger las Cláusulas acordadas entre las partes, c) los Suplementos o Apéndices emitidos para complementar o modificar el contrato, y d) el recibo de prima librado por el Asegurador.
- 1.5. PLAZO DE CARENANCIA: Es el período de tiempo que debe transcurrir entre la contratación del seguro y toma de efecto de las garantías del mismo.
- 1.6. PRIMA: El precio del seguro cuyo pago por el Tomador del Seguro se justifica, salvo pacto en contrario, mediante la posesión del recibo librado por el Asegurador. Incluirá, además, los recargos e impuestos que, en cada momento, sean de aplicación legal. La prima del seguro es anual aunque se conceda un aplazamiento o fraccionamiento en su pago.
- 1.7. SINIESTRO: Toda alteración de salud del Asegurado, que precise de especialidades y/o servicios asistenciales de diagnóstico y tratamiento médico, **para las coberturas de riesgo previstas en la póliza** y cuya prestación asume el Asegurador.
- 1.8. ENFERMEDAD PREEXISTENTE: Alteración del estado de salud del Asegurado anterior a la fecha de efecto de la póliza.
- 1.9. CENTRO ASISTENCIAL: Todo establecimiento propio o concertado por el Asegurador para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios materiales y personales adecuados para efectuar diagnósticos y prestación de los servicios médicos cubiertos por la póliza.
- 1.10. URGENCIA: El proceso que no puede esperar a la atención de los servicios ordinarios del Asegurador para una correcta asistencia.



II. ALCANCE DEL SEGURO

Artículo 2º.- OBJETO DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipulados por la póliza y mediante aplicación de la prima correspondiente, el Asegurador proporcionará al Asegurado la asistencia médica que proceda en las enfermedades que precisen **exclusivamente** de las especialidades y/o servicios asistenciales que se detallan a continuación como descripción y utilización de los servicios de la póliza.

En todo caso, según dispone el artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro (en adelante, la Ley), el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en el condicionado de la póliza.

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

DESCRIPCION Y UTILIZACION DE LOS SERVICIOS

Los servicios a los que da derecho esta póliza son los siguientes:

A.- MEDICINA PRIMARIA.

- **MEDICO DE CABECERA.**
- **PEDIATRA** para niños menores de 14 años.
- **PRACTICANTE.**
- **SERVICIO PERMANENTE DE URGENCIAS.** Se prestará en el Centro que se da a conocer en el carnet, comprendiendo:
 - Las ambulatorias, no quirúrgicas.
 - Las domiciliarias y asistencia médica telefónica.
 - En el resto de España y el extranjero.



B.- MEDIOS DE DIAGNOSTICO.

Comprende los que se describen en el Anexo de esta póliza, distinguiendo los que se realizaran en los centros asistenciales de la propia entidad aseguradora, en cuyo caso no tendrán coste para el Asegurado, de los que se realizaran con centros concertados que tendrán una franquicia o participación del Asegurado en el coste del servicio.

C.- MEDICINA ESPECIALIZADA.

Comprende solamente para las distintas especialidades médicas todo tipo de visitas, consultas y curas ambulatorias.

- **TRAUMATOLOGIA.**
- **GINECOLOGIA.** Excluidos: **Asistencia al parto, Implantación DIU, Esterilización, Amniocentesis, Consejo genético, Insiminación artificial.**
- **CIRUGIA GENERAL.**
- **CARDIOLOGIA.**
- **APARATO DIGESTIVO.**
- **NEUROLOGIA.**
- **PSIQUIATRIA.** Visita diagnóstica y evaluación. **(Excluido tratamiento),**
- **ANGIOLOGIA.**
- **OFTALMOLOGIA.** Visitas y tratamientos. **(Excluidos tratamientos con láser).**
- **OTORRINOLARINGOLOGIA.**
- **UROLOGIA.** **(Excluida litotricia y vasectomía).**



- **DERMATOLOGIA.**
- **ODONTOLOGIA.** Curas estomatológicas y extracciones no quirúrgicas, **excluyendo los empastes, prótesis, ortodoncias y limpieza de boca.**
- **ODONTOLOGIA.** Curas estomatológicas y extracciones no quirúrgicas, **excluyendo los empastes, prótesis, ortodoncias y limpieza de boca.**
- **ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION.** Excluyendo los tratamientos.
- **HOMEOPATIA (4 sesiones año)**
- **ACUPUNTURA (15 €/ sesión)**
- **PODOLOGIA (1 sesión anual)**

Artículo 3º.- EXCLUSIONES DEL SEGURO

Quedan excluidos de la cobertura de este seguro:

- 1.- **La asistencia sanitaria que exija el tratamiento por accidentes laborales, profesionales y los amparados por el Seguro de Responsabilidad Civil derivada del Uso y Circulación de Vehículos a Motor de suscripción obligatoria, salvo que se incluya expresamente en las Condiciones Particulares.**
- 2.- **Los contrastes en los medios de diagnóstico de Radiología, TAC, Gammagrafía, Mamografía con punción, Resonancia magnética nuclear, serán por cuenta del Asegurado, así como los que sean necesarios en los medios de diagnóstico con franquicia a cargo del Asegurado.**
- 3.- **La medicina preventiva en general, los estudios básicos de la esterilidad, técnicas de reproducción humana asistida y tratamientos para la esterilización, las prescripciones y actos quirúrgicos anticonceptivos con sus consecuencias, las hemodiálisis, la psicología terapéutica, las enfermedades consecuentes al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), la hospitalización por cualquier causa y los internamientos por enfermedades infecto-contagiosas y por problemas de tipo social y en general cualquier otro servicio que no esté comprendido expresamente en la descripción del artículo**



2º, salvo que sea motivo de contratación por el Asegurado por suplemento aparte.

- 4.- Los daños consecuencia de autolesiones, intentos de suicidio, drogadicción, hechos de guerra y las epidemias declaradas oficialmente y los que provengan de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos, excepto el rayo).
- 5.- Los daños que guarden relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear.
- 6.- Toda clase de enfermedades preexistentes y su diagnóstico a consecuencia de lesiones, defectos físicos, o accidentes sufridos con anterioridad a la entrada en vigor del seguro.
- 7.- Consecuencias de la práctica profesional de un deporte.
- 8.- Prótesis de cualquier clase, así como las piezas anatómicas y ortopédicas.
- 9.- La medicación en todos los casos, así como cualquier tipo de curas que no puedan realizarse en régimen ambulatorio en el propio consultorio del médico.
- 10.- Los honorarios de facultativos ajenos al cuadro médico del Asegurador.
- 11.- Análisis y otras exploraciones que se precisen para la expedición de certificados, emisión de informes y libramiento de cualquier tipo de documento médico que no tenga una clara función asistencial.

Artículo 4º.- PLAZO DE CARENIA

Las prestaciones que en virtud de la póliza asuma el Asegurador serán facilitadas a partir de la fecha de efecto del contrato, salvo las que tengan franquicia a cargo del Asegurado, que tendrán un período de carencia de seis meses.

III. SINIESTROS



Artículo 5°.- NORMAS PARA PRESTAR LOS SERVICIOS

La asistencia, de conformidad con lo previsto en las disposiciones reglamentarias aplicables, se prestará en las localidades donde el Asegurador tenga establecido Cuadro Facultativo bien propio, o a través de Centros asociados para este fin, y de acuerdo con las siguientes normas:

- a) El Asegurador entregará al Tomador del seguro una “Guía médica” con especificación del Centro permanente de Urgencia y las direcciones de los facultativos a los que podría acudir, y una tarjeta-carnet por póliza.
- b) **El Asegurador no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos al mismo.** En todos los casos se entiende que los medios de diagnóstico han sido prescritos por facultativos del Asegurador.
- c) Para requerir cualquier servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudiendo directamente (según lo tenga establecido el Asegurador) al CENTRO ASISTENCIAL DE URGENCIA que la misma tiene establecido y cuya dirección y teléfono figura en la información facilitada por el Asegurador.
- d) Al requerir los servicios médicos garantizados, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta-carnet que al efecto le ha entregado el Asegurador al suscribir el contrato, así como el último recibo de prima satisfecho, cuyo período debe estar vigente.
- e) Los médicos especialistas servirán, de asesores de los médicos de cabecera en aquellos casos en que no se requiera un tratamiento especial a seguir, haciéndose cargo de la asistencia del enfermo si el caso, por la técnica especializada del tratamiento, correspondiese a la esfera de la competencia del especialista, cualquiera que sea la especialidad a que pertenezca.
- f) **El Asegurado abonará las franquicias de los medios de diagnóstico de acuerdo con los baremos vigentes que figuran al margen de cada uno de ellos en el Anexo de descripción de las pruebas de diagnóstico.**



IV. DISPOSICIONES LEGALES

Artículo 6°.- DISPOSICIONES GENERALES

Son de aplicación a esta póliza las disposiciones de la Ley 50/1980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro, expuestas seguidamente con la cita, cuando corresponda, del articulado de dicho texto legal.

6.1. BASES DEL CONTRATO

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del seguro podrá reclamar al Asegurador en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza (artículo 8 de la Ley).



6.2. DECLARACIONES

El Tomador del seguro debe declarar, antes de contratar la póliza y en base al cuestionario que el Asegurador le someta, todas las circunstancias que influyan en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidos en él. En caso de reserva o inexactitud en las declaraciones, mediando dolo o culpa grave del Tomador del seguro, el Asegurador quedará liberado del pago de la prestación por siniestro (artículo 10 de la Ley).

Si se hubiere practicado reconocimiento médico o se hubiera reconocido plenitud de derechos, la póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado o Asegurados y el Asegurador no podrá negar la prestación de los servicios alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento se haga alguna salvedad en las condiciones particulares de la póliza.

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la póliza será indisputable transcurrido un año desde la conclusión del contrato, salvo que el Tomador haya actuado con dolo (artículo 89 de la Ley).

Asimismo, el Tomador del seguro o el Asegurado durante el curso del contrato y tan pronto como le sea posible debe comunicar al Asegurador todas las circunstancias de cambio de profesión y/o de residencia habitual y de prácticas deportivas que agraven el riesgo, o las que lo disminuyan (artículos 11, 12 y 13 de la Ley).

6.3. PERDIDA DE DERECHOS

El Asegurado pierde el derecho a las coberturas garantizadas:

- a) En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el cuestionario, si medió dolo o culpa grave (artículo 10 de la Ley).
- b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador, y han actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley).



- c) Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley de Contrato).
- d) Si el hecho garantizado sobreviene antes de que se haya pagado la primera prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley de Contrato).

6.4. PRIMAS

El Tomador del seguro está obligado al pago de la primera prima en el momento de firmar la póliza, y al pago de las sucesivas a su respectivo vencimiento. Salvo pacto en contrario, el impago de la prima libera al Asegurador de sus obligaciones si se produjera el siniestro. La falta de pago de las primas siguientes produce la suspensión de la cobertura del Asegurador un mes después del día de su vencimiento como plazo de gracia y si no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento se entenderá que el contrato queda extinguido (artículos 14 y 15 de la Ley).

Si se ha pactado el pago fraccionado de la prima, la primera fracción será exigible a la perfección del contrato y las demás a sus respectivos vencimientos. En todo caso el fraccionamiento de pago de la prima no libera al Tomador del Seguro de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.

Se conviene el cobro de los recibos de prima por medio de cuentas abiertas en establecimientos de crédito. En este supuesto se aplicarán las siguientes normas:

- a) El Tomador del Seguro entregará al Asegurador una carta dirigida al establecimiento de crédito, dando la orden oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro dentro del plazo de gracia no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del Seguro. En este caso el Asegurador notificará al Tomador que tiene el recibo a su disposición en el domicilio del mismo, y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.
- c) Si el Asegurador dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del Tomador del seguro, aquél deberá notificar tal hecho a este último por carta certificada, o cualquier otro medio indubitado, concediéndole un nuevo plazo de un mes para



que comunique al Asegurador la forma en que satisfará su importe. Este plazo se computará desde la fecha de recepción de la expresada carta o notificación en el último domicilio comunicado al Asegurador.

El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Dirección o por sus representantes legalmente autorizados.

6.5. SINIESTROS

A los efectos de este seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación del servicio. El Asegurado deberá emplear los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. El incumplimiento del deber de aminoración da derecho al Asegurador a reducir sus prestaciones en la proporción oportuna, considerando la importancia de los daños derivados de tal omisión y el grado de culpa del Asegurado. Si el incumplimiento se produjese con la manifiesta intención de dañar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro (artículos 16 y 17 de la Ley).

6.6. COMUNICACIONES

Las comunicaciones y pagos de primas que efectúe el Tomador del Seguro o el Asegurado a un agente de seguros, surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado al Asegurador. El pago del importe de la prima efectuado a un Corredor de seguros no se entenderá realizado al Asegurador, salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima del Asegurador. Las comunicaciones efectuadas por un Agente libre al Asegurador en nombre del Tomador del seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador del Seguro, salvo indicación en contrario de este. (Ley 9/1992, de 30 de abril, de Mediación de Seguros Privados).

En todo caso se precisará el consentimiento expreso del Tomado del Seguro para suscribir un nuevo contrato o para modificar o rescindir el contrato de seguro en vigor (artículo 21 de la Ley).



6.7. RESOLUCION Y DURACION DEL CONTRATO

El contrato quedará resuelto por decisión del Tomador del Seguro manifestada por escrito expedido al Asegurador dentro de los quince días siguientes a la fecha en que éste le entregó la póliza o el documento de cobertura provisional.

La duración del contrato se determina en las Condiciones Particulares de la póliza con expresión de la fecha y hora en que comienza y termina. Al término del primer período inicial del seguro, el contrato se prorroga por un año y así sucesivamente a menos que cualquiera de las partes se oponga a ello comunicándolo a la otra por escrito con una antelación mínima de dos meses a la conclusión del período de seguro en curso (artículos 8 y 22 de la Ley). No obstante lo anterior, al estar calculadas las primas de la póliza en base a tablas de morbilidad, de conformidad con el apartado 5. c) del artículo 61 del Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, el Asegurador no podrá oponerse a la prórroga del contrato después del tercer vencimiento anual.

La resolución del Contrato efectuada de acuerdo con lo previsto en esta cláusula o por la oposición del Asegurador a la prórroga del mismo antes del tercer vencimiento anual no modificará los respectivos derechos y obligaciones de las partes exclusivamente en relación con los siniestros en curso.

6.8. PROTECCION DEL ASEGURADO

En las oficinas del Asegurador existe un libro oficial de reclamaciones para que el Tomador del Seguro y/o Asegurado puedan hacer constar en él las que consideren oportunas, junto con el derecho de reclamación ante la Dirección General de Seguros por cualquier actuación del Asegurador que lesione sus derechos derivados del presente contrato de seguro y ante la Dirección General de Recursos Sanitarios del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad de Cataluña en materia Sanitaria.

El Asegurado tiene derecho a la confidencialidad de toda la información a que pueda tener acceso el Asegurador relacionada con su estado de salud o enfermedad, y con sus procesos y estancias en Centros sanitarios concertados con el Asegurador.

El Asegurador garantiza al Asegurado el ejercicio de los derechos de información y acceso, rectificación y cancelación, en los términos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, reguladora del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal.



6.9. NULIDAD

El contrato es nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o había ocurrido el siniestro (artículo 4 de la Ley).

6.10. JURISDICCION

A este contrato de seguro le será de aplicación la Ley española, siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, sin que pueda establecerse pacto alguno en contrario.

6.11. ARBITRAJE

Para la decisión de todas las cuestiones litigiosas derivadas del presente Contrato las partes podrán someterse al arbitraje institucional alternativo, bien sea de la Junta Arbitral de Consumo, o bien, del Tribunal Arbitral de Barcelona encomendando al mismo la designación de árbitros y administración del arbitraje, y obligarse a cumplir la decisión arbitral.

6.12. CONTRATACION ELECTRONICA

Los contratos de seguro celebrados por vía electrónica producirán todos los efectos previstos por el ordenamiento jurídico cuando concurren el consentimiento y los demás requisitos necesarios para su validez.

En cuanto a su validez, prueba de celebración y obligaciones derivadas del mismo se sujetarán a la normativa específica del contrato de seguro y a la legislación sobre servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico (Disposición adicional tercera de la Ley).



Artículo 7º.- DISPOSICIONES ESPECIFICAS A LOS RIESGOS SOBRE LAS PERSONAS

7.1. PRESCRIPCION

Las acciones que derivan de este contrato prescriben a los cinco años (artículo 23 de la Ley).

7.2. SUBROGACION

El Tomador del Seguro deberá facilitar la subrogación a favor del Asegurador contra terceros civilmente responsables, cuando la asistencia sanitaria se preste por lesiones sufridas como consecuencia de un accidente (artículo 82 de la Ley).

Artículo 8º.- ACTUALIZACION ANUAL DE PRIMAS Y PRESTACIONES

El Asegurador podrá modificar anualmente las primas, bien sea por actualización de las mismas, o por modificación de las prestaciones garantizadas, en consideración a lo dispuesto en la Ley 30/1995, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y siempre en base a los cálculos técnico-actuariales realizados que tomarán en consideración las variaciones de los costes asistenciales de los servicios y las innovaciones tecnológicas de los mismos.

Cada vez que se modifiquen las prestaciones garantizadas por la póliza que produzcan modificación en la prima del seguro, y/o se determinen modificaciones en los valores de las franquicias, el Asegurador emitirá el correspondiente Suplemento en el que se especificarán las variaciones de cobertura, suponiendo el pago de la nueva prima la aceptación de las mismas.

CLAUSULA ADICIONAL

El Tomador del Seguro declara conocer todas las **Condiciones Generales y Particulares** que forman parte de esta Póliza y expresamente acepta todas aquellas normas y apartados limitativas de sus derechos contenidas en los artículos de las **Condiciones**



Generales: Segundo, Tercero, Quinto, Sexto y Octavo, cuyo contenido figura debidamente destacado en negrilla.

El Tomador del Seguro reconoce asimismo haber recibido por escrito del Asegurador toda la información que para un contrato de seguro distinto al seguro de vida se establece en el artículo 104 del vigente Reglamento y que constan en la presente póliza.

Barcelona,

EL TOMADOR DEL SEGURO

EL ASEGURADOR

Las Condiciones Generales que anteceden, las Particulares y, en su caso, los Suplementos de prestaciones complementarias que aparte se entregan al Tomador, constituyen el presente Contrato, y no tienen validez por separado, si bien el Suplemento de prestaciones complementarias se considerará el último que haya sido objeto de modificación.

De conformidad con la Ley 30/1995, de 8 de Noviembre, de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, la presente documentación contractual junto con el preceptivo informe favorable de las autoridades sanitarias sobre su idoneidad queda depositado en esta fecha en la Sede Social de la Entidad.

Barcelona, a 30 de Agosto de 2012.
EL LEGAL REPRESENTANTE