

## ANEXO 3

# CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE COSTES DERIVADOS DE TRATAMIENTOS ESTÉTICOS MEDASSURE BEAUTY (Versión 12.2023)

Nürnberg Krankversicherung AG  
Ostendstraße 100  
90334 Nürnberg

**Nürnberg Krankversicherung AG**

Inscrita el con la clave ID 10004125 en  
el Registro del Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

Entidad domiciliada en Alemania, Ostendstraße 100  
90334 Nürnberg

Inscrita en el Amtsgericht Nürnberg HRB 66

USt-IdNr.: DE133500778

## Guía de Uso

- Apartado A** Alcance de la cobertura del seguro
- Apartado B** Derechos y obligaciones generales de las partes contratantes
- Sección B-1: Inicio y fin de la cobertura del seguro
  - Sección B-2: Pago de la prima
  - Las secciones B-3 y B-7: Obligaciones y otras disposiciones
- Apartado C** Comunicaciones entre las partes y cambio de domicilio
- Apartado D** Tratamiento de datos de carácter Personal



## ÍNDICE

<b>Cláusula Preliminar</b>	<b>4</b>
<b>Glosario de términos</b>	<b>4</b>
<b>Apartado A</b>	<b>9</b>
A-1 Objeto de seguro	9
A-1.2. Intervención asegurada	9
A-1.3. Estética Plus	9
A-1.4. Protección en caso de accidente	9
A-2 Nuestros Servicios	10
A-3 Riesgos excluidos	10
A-4 Alcance de la cobertura	11
A-5 Forma de prestar los servicios	11
A-6 Subsidiariedad y Subrogación	11
<b>Apartado B</b>	<b>13</b>
B-1 Inicio y fin de la cobertura del seguro	13
B-1.1. Inicio de la cobertura del seguro	13
B-1.2. Duración y fin de la cobertura del seguro	13
B-1.3. Ocurrencia del riesgo cubierto durante la vigencia del contrato de seguro.	
Responsabilidad subsidiaria	13
B-2 Pago de la prima	13
B-2.1. ¿Qué sucede si la prima única no se paga a su vencimiento?	13
B-2.2. ¿Qué sucede si el tomador del seguro no paga dentro de plazo la prima única mediante domiciliación bancaria?	14
B-3 Bases y Pérdidas de derechos del contrato por inexactitud de información precontractual	14
B-4 Obligaciones y deberes del Tomador y/ o Asegurado en caso de producirse el siniestro	15
B-5 Consecuencias del incumplimiento	16
B-6 Prescripción	16
B-7 Control e Instancias de reclamación	16
B-8 Jurisdicción	17
B-9 Legislación aplicable	17
<b>Apartado C</b>	<b>18</b>
C-1 Comunicaciones entre las partes	18
C-2 Cambios de domicilio	18
C-3 Forma de aceptación de las Condiciones	18
C-4 Contratación a distancia del Seguro	19
<b>Apartado D</b>	<b>20</b>
D-1 Tratamiento de datos de carácter personal y Autorización de cesión de datos	20
D-2 Responsable del tratamiento de sus Datos Personales y Autorización de cesión de datos	20
D-3 Procedencia de los Datos Personales	25
D-4 Tiempo de conservación de los Datos Personales	25
D-5 Acceso a los Datos Personales	25
D-6 Derechos de los interesados	26
D-7 Baja en el servicio de envío de comunicaciones comerciales	26
D-8 Menores de edad	27
D-9 Información adicional	27
D-10 Modificación de la Política de Privacidad	27
D-11 Prevención del blanqueo de capitales y de Financiación del Terrorismo	27
D-12 Como contactar con nosotros	27

## CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO DE COSTES DERIVADOS DE TRATAMIENTOS ESTÉTICOS MEDASSURE BEAUTY (Versión 12.2023)

### Cláusula Preliminar

La actividad Aseguradora que lleva a cabo Nürnberger Versicherung está sometida al control de su Estado miembro de origen, Alemania, siendo el órgano competente para ello el Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

El presente contrato, sin embargo, se encuentra sometido a la Ley de Contrato de Seguro 50 / 1980, de 8 de octubre (B.O.E. de 17 de Octubre), por lo dispuesto en la Ley 20 / 2015 de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y su Reglamento de desarrollo, aprobado por el Real Decreto 1060 / 2015 de 20 de noviembre, en cuanto le sea aplicable, así como por lo que se contiene en las presentes condiciones Generales, Particulares y Especiales, en su caso, que se le unan, sin que tengan validez las cláusulas limitativas de los derechos del TOMADOR del Seguro y del ASEGURADO que no sean aceptadas por los mismos. No requerirán la mencionada aceptación las meras transcripciones o referencias a preceptos legales o reglamentos imperativos.

Durante la vigencia de la póliza las Condiciones Generales pueden modificarse para incorporar nuevos tratamientos, modificaciones legislativas o cualquier otro tipo de precisión sobre las coberturas. **Cualquier modificación que implique una reducción de coberturas médicas deberá ser comunicada expresamente al TOMADOR y a los ASEGURADOS, pudiendo éstos oponerse a la renovación de la póliza.**

### Glosario de términos

A los efectos del presente documento se entiende por:

#### **TÉRMINOS ASEGURADORES**

##### **ACCIDENTE**

Lesión corporal sufrida durante la vigencia de la póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

##### **ASEGURADO**

Cada persona incluida en la póliza y especificada en las Condiciones Particulares, con derecho a percibir las prestaciones del seguro, y que puede o no coincidir con la persona del Tomador.



## **BENEFICIARIO**

Persona a quien el Tomador del seguro reconoce el derecho a percibir, en la cuantía que corresponda, la indemnización o prestación derivada de este contrato.

## **CUESTIONARIO DE SALUD**

Declaración que debe realizar de forma veraz y completa y firmar el Tomador o Asegurado antes de la formalización de la póliza, que sirve a NÜRNBERGER para la valoración del riesgo que es objeto del seguro.

## **DOLO**

Acción u omisión cometida con fraude o engaño con la intención de producir un daño u obtener un beneficio afectando los intereses de un tercero.

## **DOMICILIO DEL ASEGURADO**

Es aquel donde resida el Asegurado y que conste expresamente mencionado en las condiciones particulares de la póliza.

## **ENTIDAD ASEGURADORA**

NÜRNBERGER VERSICHERUNG persona jurídica que asume el riesgo contractualmente pactado.

## **PÓLIZA**

Documento escrito que contiene las condiciones reguladoras del seguro, así como los derechos y deberes de las partes y que sirve de prueba de la existencia del mismo.

Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, el Cuestionario de Salud, las Condiciones Generales, las Particulares, las Adicionales y Complementarias o Apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

## **PRESTACIÓN**

Aceptación del pago del servicio asistencial por NÜRNBERGER de las garantías comprometidas en la póliza.

## **PRIMA**

Es el precio del seguro, es decir, la cantidad que el Tomador del Seguro o Asegurado debe abonar a NÜRNBERGER. Contendrá, además, los recargos, tasas e impuestos que sean de legal aplicación.

## **SINIESTRO**

Todo hecho cuyas consecuencias estén total o parcialmente cubiertas por la póliza y que formen parte del objeto del seguro. Se considera que constituye un sólo y único siniestro el conjunto de servicios derivados de una misma causa.



## **SOBREPRIMA**

Es una prima complementaria que se establece, mediante pacto expreso reflejado en las condiciones particulares de la póliza, con el fin de asumir un riesgo adicional que no sería objeto de cobertura asegurada si no existiera dicho pacto.

## **TOMADOR DEL SEGURO**

Es, de acuerdo con el art. 7 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, la persona, física o jurídica que junto con NÜRNBERGER suscribe este contrato y que puede ser igual o distinta que el Asegurado, y a la que corresponden las obligaciones que del mismo se derivan, especialmente el pago de la prima, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

## **TÉRMINOS SANITARIOS**

### **ASISTENCIA SANITARIA**

Acto de atender o cuidar la salud de una persona.

### **ASISTENCIA SANITARIA HOSPITALARIA / CON HOSPITALIZACIÓN EN RÉGIMEN DE INGRESO**

Es la asistencia prestada en un centro médico u hospitalario en régimen de internamiento, con registro de entrada y permanencia del Asegurado como paciente, con una pernocta al menos, para el tratamiento médico, diagnóstico, quirúrgico o terapéutico del mismo.

### **ASISTENCIA SANITARIA EN RÉGIMEN DE HOSPITAL DE DÍA**

Es la asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica prestada en un centro médico u hospitalario que requiere cuidados poco intensivos y de corta duración por lo que no precisa que el paciente pernocte en el centro.

En caso de un tratamiento quirúrgico en régimen de hospital de día, este tratamiento se realiza en quirófano, con anestesia general, local, regional o sedación, que requiere de cuidados postoperatorios poco intensivos y de corta duración por lo que no precisa la pernocta del paciente en el centro.

### **ASISTENCIA AMBULATORIA / EN RÉGIMEN AMBULANTE**

Es la asistencia médica, diagnóstica, quirúrgica o terapéutica prestada en el hospital que no suponga hospitalización en régimen de ingreso u hospital de día.

En caso de un tratamiento quirúrgico en régimen ambulatorio, éste se realiza en consulta, sobre tejidos superficiales y precisa generalmente anestesia local.

### **HABITACIÓN CONVENCIONAL**

Habitación de una sola estancia o habitáculo, dotada de los equipamientos necesarios para la asistencia sanitaria. No se entienden como convencionales las suites o habitaciones con antesala.

## **HOSPITAL**

Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones o accidentes, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos, tratamientos médicos e intervenciones quirúrgicas y que permita el ingreso del paciente.

A los efectos de la póliza, no se consideran hospitales los hoteles, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares.

Los centros, servicios y establecimientos, de cualquier titularidad, autorizados por las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía parecen recogidos en el Registro General de centros, servicios y establecimientos sanitarios, del Ministerio de Sanidad. En caso de centros, servicios y establecimientos, de cualquier titularidad fuera del territorio nacional deben aparecer acreditados como establecimiento sanitario según la legislación de cada país.

## **INTERVENCIÓN**

Acción de someter a una persona al tratamiento o procedimiento necesario, con las pruebas pertinentes, con el fin de cambiar, mejorar o restaurar la apariencia. Existen diferentes tipos de intervenciones: quirúrgicas, terapéuticas, diagnósticas. Deben ser efectuadas en todo caso por un médico especialista competente en un centro autorizado (hospitalario o extra hospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala específica dotada del equipamiento necesario.

## **LESIÓN**

Todo cambio patológico que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.

## **MEDICAMENTOS**

Toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos, o que pueda usarse, o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico.

La cobertura por parte de la aseguradora estará supeditada a la prescripción de la terapia más eficiente disponible en el momento, por principio activo y utilizando siempre el fármaco genérico o biosimilar si este estuviera autorizado por la Agencia Española del Medicamento y comercializado en España.

## **MÉDICO**

Doctor o Licenciado en Medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente las enfermedades o lesiones.

## **PRÓTESIS**

Todo elemento de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente, un miembro o parte de alguno de éstos.

## **PSICOLOGÍA**

Ciencia que implica la aplicación práctica del conocimiento, habilidades y técnicas para el diagnóstico, prevención o solución de problemas individuales o sociales, especialmente en cuanto a la interacción entre el individuo y el entorno físico y social.

## **TRATAMIENTO**

Conjunto de medios de cualquier tipo (higiénicos, farmacológicos, quirúrgicos o bien físicos), los cuales tendrán como finalidad primaria la curación o el alivio de enfermedades o algunas de estas, una vez que ya se ha llevado al diagnóstico de las mismas.

## **URGENCIA**

Se considera “Urgencia” a toda situación clínica que no lleve aparejado un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del paciente, que precise una pronta atención sanitaria.

## **URGENCIA VITAL / EMERGENCIA MÉDICA**

Es aquella situación clínica que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del paciente que puede suponer la pérdida o deterioro significativo de una función, miembro, u órgano del cuerpo del mismo.



## Apartado A

### A-1 Objeto del seguro

Dentro de los límites y condiciones de la Póliza, y mediante el pago de la Prima que en cada caso corresponda, la Aseguradora se compromete a facilitar al asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que derive de complicaciones que puedan producirse como resultado de un tratamiento estético (**intervención asegurada**) y que deba soportar el propio asegurado.

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

#### A-1.2. Intervención asegurada

- (1) El riesgo cubierto es el tratamiento médico necesario del asegurado originado por complicaciones derivadas del tratamiento médico estético al que se ha sometido.
- (2) Cualesquiera complicaciones derivadas de la intervención asegurada se considerarán como un único SINIESTRO, lo cual ocurre desde el momento en que se solicita por primera vez atención médica derivada de una complicación. **Si el tratamiento debe extenderse a una complicación causalmente relacionada con la previamente tratada, no se considera un nuevo siniestro asegurado.**
- (3) El riesgo cubierto finaliza cuando, de acuerdo con criterios médicos, ya no hay necesidad de posterior tratamiento médico y, a más tardar, una vez transcurrido el período de 24 meses desde el inicio de la contingencia asegurada. Este período de 24 meses puede ser prorrogado previa autorización expresa y por escrito de la Aseguradora en algunos supuestos.

#### A-1.3. Estética Plus:

Dentro del concepto de “intervención asegurada” a que se refiere la cláusula A.1., también están asegurados los costes de los tratamientos médicos que sean necesarios para restablecer el resultado estético original, hasta los límites de indemnización contenidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

#### A-1.4. Protección en caso de accidente:

**Si el resultado estético del tratamiento asegurado resultase dañado o destruido como consecuencia de un accidente, el seguro cubrirá los costes de los tratamientos necesarios para eliminar las secuelas del accidente, así como los costes de los tratamientos necesarios para restablecer el resultado estético original, hasta los límites de indemnización contenidos en las Condiciones Particulares de la Póliza.**

Se considera que se ha producido un accidente cuando el asegurado sufre involuntariamente un deterioro de su salud debido a un acontecimiento repentino que afecta a su cuerpo desde el exterior (accidente).

**En caso de producirse el riesgo cubierto, la Aseguradora reembolsará los gastos en que incurra el asegurado para el tratamiento en el/los país/países detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre y cuando éstos no deban ser asumidos por la Seguridad Social española o Mutua correspondiente, un seguro médico privado o un organismo asistencial.**



Si la Aseguradora otorga una prestación, pero el asegurado ostenta un derecho de reembolso frente a una Mutua de enfermedad, un seguro médico privado o cualquier otro organismo asistencial, el asegurado estará obligado a la completa restitución a la Aseguradora de los servicios prestados (prohibición de enriquecimiento).

Si el accidente ha sido causado por un tercero (autor del daño), este dato se deberá notificar a la Aseguradora. La Aseguradora puede subrogarse en los derechos relativos a los gastos de asistencia sanitaria cuando se produzcan como consecuencia de lesiones cubiertas por cualquier otro seguro y en concreto las asistencias causadas por accidentes laborales, las enfermedades profesionales y las amparadas por el seguro obligatorio de vehículos a motor. La Aseguradora, si hubiese cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para recuperar el coste que tales asistencias le hubieran supuesto. El ASEGURADO, o en su caso el TOMADOR, queda obligado a facilitar a la Aseguradora los datos y la colaboración necesaria para ello

### A-2 Nuestros servicios

En caso de producirse el riesgo cubierto, la Aseguradora reembolsará los gastos en que incurra el asegurado para el tratamiento en el/los país/países detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza, siempre y cuando éstos no deban ser asumidos por la Seguridad Social española o Mutua correspondiente, un seguro médico privado o un organismo asistencial.

Si la Aseguradora otorga una prestación, pero el asegurado ostenta un derecho de reembolso frente a una Mutua de enfermedad, un seguro médico privado o cualquier otro organismo asistencial, el asegurado estará obligado a la completa restitución a la Aseguradora de los servicios prestados (prohibición de enriquecimiento).

La Aseguradora reembolsará los gastos en que incurra el asegurado para el tratamiento asegurado hasta los importes máximos asegurados. Los importes límites totales de reembolso en caso de ocurrencia del siniestro se encuentra detallados en las Condiciones Particulares de la Póliza.

### A-3 Riesgos excluidos

Quedan excluidos de la cobertura del seguro:

- (1) Las complicaciones causadas por actos intencionados y/o lesiones autoinfligidas por el asegurado.
- (2) Las contracturas capsulares en los grados I y II de la escala de Baker.
- (3) Intervenciones realizadas en países que no estén incluidos en el ámbito de aplicación de la Póliza.
- (4) Lesiones nerviosas, parestesias.
- (5) Tratamientos derivados de enfermedades psicológicas y/o depresión, o *Breast-Illnes-Syndroms (BIS)*.
- (6) Mala praxis y/o error de tratamiento.
- (7) No satisfacción con el resultado estético.
- (8) Las complicaciones del producto atribuibles a la responsabilidad del fabricante.
- (9) Toda complicación o riesgo en aquellos contratos suscritos después de que haya tenido lugar la intervención asegurada.
- (10) Gastos de viaje.



#### A-4 Alcance de la cobertura

**Con carácter general y con las limitaciones y exclusiones resaltadas en el condicionado de esta póliza, las prestaciones sanitarias cubiertas son las que se especifican en las Condiciones Particulares y Generales de esta Póliza.**

#### A-5 Forma de prestar los servicios

**El Tomador del seguro o el asegurado o el beneficiario deberán comunicar a la Aseguradora el acaecimiento del siniestro dentro del plazo máximo de siete (7) días naturales de haberlo conocido.**

Una vez recibida toda la documentación acreditativa de la ocurrencia del siniestro, la Aseguradora dispone de un plazo máximo de un (1) mes para confirmar por escrito la aceptación o rechazo del siniestro, así como las garantías y límites cubiertos. Si ambas partes están de acuerdo con la oferta de indemnización, el pago de la prestación acordada deberá ser realizado por la Aseguradora dentro del plazo de dos (2) semanas a contar desde la fecha de aceptación de la oferta de indemnización.

**En el caso de que la asistencia médica y/u hospitalaria se lleve a cabo en el extranjero, la valoración de los gastos o de la cantidad a rembolsar por la Aseguradora se realizará en euros al cambio oficial comprador del mercado oficial de divisas que, en la fecha de presentación por el Tomador del Seguro o Asegurado de la factura de gastos médicos y/u hospitalarios de cuyo reembolso se trate, tuviere la moneda en que dicho Tomador del Seguro o Asegurado hubiere efectuado el pago por la asistencia recibida. Los gastos derivados de la traducción de los oportunos documentos (facturas, informes, etc.) redactados en otras lenguas, correrán a cargo del Asegurado.**

La Aseguradora estará obligada a realizar el pago a favor de la persona designada por el Tomador del seguro como Beneficiario de la póliza. Si no hay designación expresa de Beneficiario, el pago deberá realizarse a favor del Tomador del seguro.

**Los costes de transferencia de las prestaciones del seguro y los costes de traducción de documentos serán deducibles de la prestación.** No se podrán deducir de la prestación los costes de transferencia, si los hubiera, si se ha designado una cuenta corriente nacional en la que deban ser satisfechas las prestaciones. **Los gastos derivados de la traducción de los oportunos documentos (facturas, informes, etc.) redactados en otras lenguas, correrán a cargo del Asegurado.**

#### A-6 Subsidiariedad y Subrogación

**La cobertura de seguro objeto del presente contrato de seguro tiene carácter subsidiario a cualquier otra cobertura de seguro. El riesgo cubierto deberá ser asumido por cualquier otra entidad (a título meramente enunciativo, y no taxativo, la Seguridad Social española o Mutua correspondiente, un seguro médico privado o un organismo asistencial) con carácter prioritario, siempre y cuando dicho riesgo esté cubierto por dichas entidades**

Una vez asumido el pago de la prestación garantizada, NÜRNBERGER podrá ejercer los derechos y acciones que, debido al siniestro causado, correspondan al Asegurado frente a las personas responsables del mismo, hasta el límite de la indemnización pagada.



**NÜRNBERGER**  
VERSICHERUNG



**El Asegurado está obligado a suscribir a favor de NÜRNBERGER los documentos necesarios para facilitar la subrogación.**



## Apartado B

### B-1 Inicio y Fin de la cobertura del seguro

#### B-1.1. Inicio de la cobertura del seguro

La cobertura del presente contrato comienza en la fecha especificada en las Condiciones Particulares de la Póliza, y nunca antes de la fecha indicada en el párrafo B-2.1., apartado (2).

#### B-1.2. Duración y fin de la cobertura del seguro

La cobertura del seguro finaliza una vez transcurridos 24 meses a contar desde el día en que se realizó la intervención asegurada, salvo que se haya pactado otra fecha en las Condiciones Particulares de la Póliza.

#### B-1.3. Ocurrencia del riesgo cubierto durante la vigencia del contrato de seguro. Responsabilidad subsidiaria

El presente seguro cubre exclusivamente las intervenciones aseguradas que se produzcan durante el periodo de tiempo que transcurre desde el inicio de la cobertura, de acuerdo con el párrafo B.1.1, y el final de la misma, de acuerdo con el párrafo B.1.2.

No obstante, si el riesgo asegurado ocurre dentro de este período de vigencia del seguro, la compañía aseguradora continuará siendo responsable de ese riesgo asegurado incluso después de finalizado el plazo de vigencia del contrato indicado en la cláusula B.1.2, y hasta que el riesgo asegurado haya finalizado, de conformidad con la cláusula A.1.2.(3).

### B-2 Pago de la prima

#### B-2.1. ¿Qué sucede si la prima única no se paga a su vencimiento?

- (1) Vencimiento y pago de la prima:  
El pago de la prima única vencerá inmediatamente transcurridas dos semanas, a contar desde la recepción de la póliza de seguro.
- (2) Retraso en el inicio de la cobertura del seguro:  
**Si la prima única no es pagada dentro del plazo indicado, sino en un momento posterior, la cobertura del seguro comenzará solo a partir de dicho momento posterior, siempre que el tomador del seguro haya sido informado expresamente de esta circunstancia mediante comunicación independiente notificada por escrito o de manera destacada en las Condiciones Particulares de la Póliza.** Esta cláusula no será de aplicación si el tomador del seguro demuestra que no es responsable de la falta de pago.
- (3) Resolución:  
**Si la prima única no hubiera sido pagada por culpa del tomador, la aseguradora tiene derecho a resolver el contrato de seguro. En el supuesto de resolución, la aseguradora podrá exigir el pago de una penalización del 20 % del importe de la prima, por los gastos incurridos. El derecho de resolución de la aseguradora queda excluido si el tomador del seguro demuestra que no es responsable del impago. En todo caso, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación, salvo pacto en contrario**



### B-2.2. ¿Qué sucede si el tomador del seguro no paga dentro de plazo la prima única mediante domiciliación bancaria?

Si se ha pactado el cobro de la prima única mediante domiciliación en cuenta, el pago se entenderá realizado dentro de plazo si la prima puede cargarse en la cuenta en la fecha de vencimiento y el tomador del seguro no devuelve el recibo. **Si la aseguradora no puede cobrar la prima adeudada por causas ajenas al tomador del seguro, se entenderá que el pago sigue estando dentro de plazo si se realiza inmediatamente después del requerimiento de pago enviado por escrito por la aseguradora. Si la prima única vencida no puede cobrarse porque el tomador del seguro ha revocado la autorización de domiciliación, o bien, por cualquier otra causa imputable al tomador del seguro, la compañía aseguradora tiene derecho a exigir pagos futuros a través de otros medios de pago distintos a la domiciliación bancaria. En cualquier caso, el tomador no está obligado a transferir la prima única hasta que la aseguradora se lo requiera por escrito.**

En las Condiciones Particulares se señalará la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de la Prima.

### B-3 Bases y Pérdidas de derechos del contrato por inexactitud de información precontractual

- (1) El **presente contrato** ha sido concertado sobre las bases de las **declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el cuestionario de salud contenido en la Solicitud del Seguro, donde se le realizan preguntas relativas a su estado de salud, profesión, prácticas de deporte del Asegurado y en general aquellos hábitos de vida que puedan tener relevancia para una correcta valoración del riesgo que es objeto de aseguramiento por esta póliza, siendo esencial que el Tomador/Asegurado facilite una información veraz y completa sobre las cuestiones planteadas al constituir éstas** la base para la aceptación del riesgo del presente contrato, del cual la citada Solicitud de Seguro forma parte integrante.

El Tomador del seguro tiene el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si la Aseguradora no le somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.

- (2) **La 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.**

Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al período en curso en el momento que haga esta declaración.

- (3) Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de ésta se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro quedará la Aseguradora liberada del pago de la prestación (Art. 10 de la Ley de Contrato de Seguro).



- (4) Sin perjuicio de lo anterior, el Asegurado pierde también el derecho a la prestación garantizada, si el siniestro sobreviene antes de que se haya pagado la prima única, salvo pacto en contrario (Art. 15 de la Ley del Contrato del Seguro).

#### **B-4 Obligaciones y deberes del Tomador y/o Asegurado en caso de producirse el siniestro**

- (1) Comunicar a la Aseguradora el siniestro, siempre previamente a la asistencia médica, aportando la documentación requerida para ello. En caso de incumplimiento de esta obligación, la Aseguradora podrá rechazar la cobertura del siniestro, salvo en los casos de ingresos por urgencia médica, en los que se estará a lo previsto en el apartado correspondiente.
- (2) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, o la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Aseguradora, liberará a ésta de todas las prestaciones derivadas del siniestro. En concreto, el Asegurado debe consultar inmediatamente a un/a médico y seguir sus instrucciones, en el caso de que se produzcan complicaciones que pudieran dar lugar al comienzo de la prestación.
- (3) Una vez producido el siniestro, la Aseguradora puede exigir del Asegurado cuanta información sea necesaria para determinar el riesgo asegurado y/o la amplitud de las prestaciones y, por tanto, podrá solicitar cuanta documentación sea necesaria a dichos efectos. La información que se entregue a la Aseguradora deberá ser veraz.
- (4) El Asegurado está obligado, a petición de la Aseguradora, en particular a:
- Cumplimentar verazmente la información sobre el siniestro y enviarla inmediatamente a la Aseguradora.
  - Seguir las directrices para la gestión y liquidación del siniestro.
  - Presentar la comunicación de rechazo, parcial o total, de prestaciones de la Seguridad Social, seguro médico privado y/u organismo asistencial, o bien, de confirmación de garantía, de pago de los gastos de tratamiento, surgidos como consecuencia de complicaciones derivadas de la intervención asegurada. La Aseguradora podrá exigir al asegurado que rechace la orden de reembolso y, si fuera necesario, que emprenda acciones legales. La Aseguradora correrá con los costes derivados de esta acción.
- (5) El Asegurado estará obligado a ser examinado por los médicos designados por la Aseguradora, en caso de que ésta lo requiera. La Aseguradora correrá con todos los gastos derivados de dichas pruebas, incluido el lucro cesante que pudiera resultar de ello.
- (6) Cuando la asistencia prestada al Asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro Seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la Aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El Asegurado, o en su caso el Tomador, vendrán obligados a facilitar a la Aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.



### B-5 Consecuencias del incumplimiento

- (1) Si el Asegurado incumple de forma intencionada cualquiera de sus obligaciones derivadas del presente contrato, perderá el derecho a las prestaciones garantizadas, quedando liberada la Aseguradora. En caso de incumplimiento de una obligación por negligencia grave, la Aseguradora podrá reducir las prestaciones en proporción a la gravedad de la culpa del Asegurado. Ambos supuestos solo serán de aplicación si la Aseguradora ha informado por escrito al asegurado de las consecuencias jurídicas de su incumplimiento de forma individualizada.

Esta notificación individualizada de las consecuencias del incumplimiento de sus obligaciones por parte del asegurado, también la podrá efectuar, a favor de la Aseguradora, el corredor de seguros autorizado y facultado por la Aseguradora mencionado expresamente en la cláusula C.1, siguiente.

- (2) Si el asegurado puede probar que en el incumplimiento de sus obligaciones no intervino negligencia grave, la cobertura del seguro seguirá vigente. Dicha cobertura también seguirá en vigor si el asegurado acredita que el incumplimiento de sus obligaciones no fue causa, ni de la ocurrencia o constatación del siniestro asegurado, ni de la determinación o el alcance de las prestaciones. **Esta excepción no se aplica si el incumplimiento se ha originado de manera fraudulenta, interviniendo dolo.**
- (3) **Estas disposiciones se aplican con independencia de que la Aseguradora ejerza el derecho de rescisión que le corresponde derivado de un incumplimiento de un deber precontractual de comunicación obligatoria.**

### B-6 Prescripción

- (1) Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse (art. 23 de la Ley del Contrato de Seguro).
- (2) El cómputo del plazo de prescripción de las acciones derivadas del presente contrato quedará suspendido desde la fecha en que sea debidamente comunicado un siniestro cubierto por el mismo hasta la fecha de la notificación al Tomador del Seguro o al Asegurado de la resolución de rechazo o aceptación del siniestro por escrito por parte de la Aseguradora.

### B-7 Control e Instancias de reclamación

El control de la actividad de la Aseguradora corresponde a su Estado miembro de origen, Alemania, a través del Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

El Tomador del Seguro, el Asegurado, el beneficiario, los terceros perjudicados 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.

A tal fin y de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente sobre esta materia, la Aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Cliente (SAC) al que pueden dirigirse para presentar sus quejas y reclamaciones, cuando éstas no hubiesen sido resueltas a su favor por la oficina o servicio objeto de las mismas.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente mediante escrito firmado facilitando el DNI o documento que acredite la identidad del reclamante,



a JHC Service GmbH, Konrad-Adenauer-Ufer 39, 50668 Köln, Alemania, **o a la dirección de correo electrónico sac@medassure.es**, quien acusará recibo por escrito y resolverá igualmente **mediante escrito motivado en el plazo máximo legal de dos meses** desde la fecha de presentación de la reclamación, siempre que la misma reúna los requisitos exigidos, conforme a la Orden ECO/734/2004, de 11 de marzo, sobre los departamentos y servicios de atención al cliente de las entidades financieras y el Reglamento por la Defensa del Cliente que se encuentran a su disposición en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitadas para tal fin.

Asimismo, los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones. Para ello deberán acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la queja o reclamación ante el SAC sin que éste hubiera resuelto, o cuando haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

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.

#### **B-8 Jurisdicción**

Será juez competente para el reconocimiento de las acciones derivadas del presente contrato el del domicilio habitual del Asegurado.

#### **B-9 Legislación aplicable**

Todas las partes se someten a la legislación y jurisdicción española para los efectos del presente contrato.



## Apartado C

### C-1 Comunicaciones entre las partes

Todas las notificaciones y declaraciones dirigidas a la Aseguradora deberán presentarse por escrito y enviarse al agente de suscripción, a las siguientes señas:

JHC Service GmbH  
Konrad-Adenauer-Ufer 39  
50668 Köln  
Alemania  
e-mail: info@medassure.es

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro, al Asegurado o Beneficiario, se realizarán a la dirección física, electrónica o al número de teléfono facilitado por el Tomador para cada uno de ellos en el momento de realizar la solicitud del seguro mientras éstos no comuniquen un cambio de la misma. El Tomador autoriza a la Aseguradora a que le pueda remitir cualquier comunicación por medios electrónicos siempre que la ley lo permita.

El Tomador autoriza a la Aseguradora a que utilice su nº de teléfono móvil y su dirección de correo electrónico para remitirle las notificaciones, comunicaciones e información relacionada con su póliza, y solicitar su consentimiento/autorización para determinadas prestaciones médicas, siempre que la ley lo permita, por medios electrónicos.

El Tomador acepta la plena validez y eficacia de cualquier notificación remitida por la Aseguradora a su domicilio, correo electrónico o teléfono facilitados en la solicitud de seguro, mientras no comunique su cambio.

El Tomador acepta los anteriores términos en su nombre y en el de los asegurados de la póliza.

### C-2 Cambios de domicilio

El asegurado deberá comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, cualquier cambio de domicilio.

Las comunicaciones de la Asegurada al TOMADOR del seguro se realizarán a la dirección postal, electrónica o al número de teléfono facilitado por el TOMADOR en el momento de realizar la solicitud del seguro, salvo que se comunique posteriormente un cambio de las mismas. Si éste no ha informado a la Aseguradora de un cambio de domicilio, el envío de una carta certificada a la última dirección conocida por la Aseguradora tendrá plenos efectos liberatorios. A estos efectos, la comunicación se entenderá válidamente notificada transcurridos tres días desde el envío de la carta. Esto resulta de aplicación también en caso de cambio de nombre del asegurado.



### C-3 Forma de aceptación de las Condiciones

La Aseguradora remitirá un correo electrónico al Tomador a su dirección facilitada en la solicitud, en el que figurará un enlace que le permitirá registrarse en la Web y elegir una Clave identificativa de seguridad.

Obtenida su Clave identificativa, el Tomador deberá acceder a [www.medassure.es](http://www.medassure.es), donde estarán disponibles las Condiciones Generales y Particulares de su póliza, que deberá aceptar mediante un código que recibirá en la dirección de correo electrónico que haya facilitado en la solicitud de seguro. A todos los efectos, la utilización del código equivaldrá jurídicamente a la firma autógrafa del Tomador.

La Aseguradora podrá denegar la cobertura asegurada en caso de no aceptar el tomador las condiciones de la Póliza.

### C-4 Contratación a distancia del Seguro

De conformidad con el artículo 10 de la Ley 22/2007, de 11 de julio de Comercialización a Distancia de Servicios Financieros, **el Tomador dispondrá de un plazo de catorce (14) días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna salvo el coste de los servicios, en su caso, efectivamente prestados.**

El plazo para ejercer el derecho de desistimiento empezará a correr desde el día de la celebración del Contrato de Seguro. No obstante, si el Tomador no hubiera recibido el Condicionado de la Póliza y la nota informativa previa a la contratación del Seguro el plazo para ejercer el derecho de desistimiento comenzará a contar el día en que reciba la referida información.



## Apartado D

### D-1 Tratamiento de datos de carácter personal

Se van a tratar los datos de carácter personal, entre otros, datos identificativos y de salud (en adelante, "**Datos Personales**") del Solicitante, el Tomador y los Asegurados (en adelante "**Interesados**"), proporcionados a través de la solicitud del seguro, además de aquellos recogidos y proporcionados durante la vigencia del contrato. Los Datos Personales son confidenciales y están adecuadamente protegidos. El Solicitante y/o Tomador garantiza que toda la información relativa al Tomador y Asegurado(s) que facilite a la Aseguradora es cierta y no ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de cada uno de los Asegurados. El Solicitante será el único responsable de cualquier daño o perjuicio, directo o indirecto, que pudiera ocasionar a la Aseguradora o a cualquier tercero a causa de documentación facilitada a la Aseguradora con datos falsos, inexactos, incompletos y/o no actualizados.

El Tomador se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados incluidos en la póliza la información contenida en la presente cláusula de tratamiento de Datos Personales para que puedan ejercitar tanto el propio Tomador como los Asegurados los derechos que se describen en el apartado "Derechos del Tomador/Asegurado".

Asimismo, el Solicitante/Tomador declara actuar en su nombre y en el de los Asegurados cuando consiente a los tratamientos descritos en la presente cláusula. Asimismo, el Solicitante/Tomador declara que los Asegurados entienden y aceptan que éste haya proporcionado o proporcione sus Datos Personales a la Aseguradora, como que la Aseguradora facilite al Solicitante/Tomador la información identificativa sobre los servicios médicos de los Asegurados cubiertos por la póliza, salvo que por parte del Tomador se libere por escrito a la Aseguradora de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los Asegurados.

En caso de tratarse de una póliza colectiva, la entidad cliente de la Aseguradora (que podrá coincidir en algunos casos con la figura del Tomador) y ésta podrán comunicarse, de forma puntual y cuando resulte estrictamente necesario, los datos identificativos de los Asegurados mínimos e imprescindibles para, exclusivamente, verificar que éstos ostentan las características que les permiten beneficiarse de la póliza acordada entre la entidad cliente de la Aseguradora y ésta, y/o controlar la siniestralidad y acordar consecuentemente la prima de seguro que deba ser aplicada. La entidad cliente de la Aseguradora se hace responsable de comunicar esta circunstancia a todos los Asegurados. Dicho tratamiento de datos resulta necesario para la correcta ejecución y desarrollo del contrato de seguro.

### D-2 Responsable del tratamiento de sus Datos Personales y Autorización de cesión de datos

El responsable del tratamiento de los Datos Personales es DS EXTERN GmbH, con domicilio social en Frapanweg 22, 22589 Hamburgo, Alemania. Los Interesados podrán ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos (en adelante, "DPO") a través del correo electrónico "kontakt@dsextern.de" o en la referida dirección postal para cualquier duda o necesidad que tuvieren en materia de protección de datos personales.



### Finalidades principales y legitimación del tratamiento de los Datos Personales:

- 1. Formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro.** El tratamiento de los Datos Personales es necesario para la celebración del contrato entre el Solicitante/Tomador/Asegurado y la Aseguradora, así como, para el mantenimiento, desarrollo y ejecución de la relación contractual, consistente, entre otros, en gestionar y dar apoyo en el cuidado de la salud de los Interesados. Así, la Aseguradora tratará los Datos Personales, de los Interesados, entre otros, para gestionar la relación con éstos, gestionar la póliza etc., pudiendo, en determinados casos llegar a tomar decisiones automatizadas con base únicamente en los procedimientos de análisis para tales fines. En estos supuestos, los Interesados tendrán derecho a la revisión e impugnación de la decisión, así como a solicitar intervención humana, a través de los canales referidos en el apartado "Derechos de Tomador/Asegurado". La Aseguradora podrá tratar los Datos Personales, incluidos datos de salud, para realizar encuestas de satisfacción sobre servicios recibidos como consecuencia de la relación contractual, así como la gestión del coaseguro en su caso. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.
- 2. Análisis de la solvencia económica.** La Aseguradora podrá tratar los Datos Personales identificativos del Solicitante/Tomador para consultar sistemas de ficheros de información crediticia como medida para analizar su solvencia económica, así como para prevenir y detectar posibles conductas fraudulentas, en base al interés legítimo de La Aseguradora en adoptar las medidas necesarias para identificar y gestionar lo anterior.
- 3. Análisis técnicos.** La Aseguradora podrá tratar Datos Personales para llevar a cabo análisis estadísticos sobre el funcionamiento de la tecnología que da soporte a los servicios prestados, para poder realizar mejoras técnicas, de seguridad, etc. Para ello, la Aseguradora podrá usar la información que generes al usar los recursos tecnológicos que ponemos a tu alcance para poder mejorar la calidad, corregir errores, mejorar la usabilidad, etc., en base al interés legítimo de la Aseguradora en mejorar la calidad de los recursos tecnológicos.
- 4. Gestión de la prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato de seguro,** pudiendo a tal fin solicitar y obtener de los profesionales sanitarios información referente a su salud. La Aseguradora tratará los Datos Personales del Tomador/Asegurado para gestionar la prestación de los servicios objeto del contrato consistentes entre otros, en el adecuado abono a los prestadores sanitarios o el reintegro al asegurado o sus beneficiarios de los gastos de asistencia sanitaria. Con tal finalidad podrá compartir Datos Personales, incluidos datos de salud, con los profesionales sanitarios que presten el servicio asistencial, solicitando y obteniendo de dichos profesionales información referente a su salud, en particular para valorar las coberturas y el adecuado abono o reintegro de los servicios prestados. Asimismo, como parte de la gestión de la prestación y cobertura del servicio asistencial objeto del contrato consistente, entre otros, en apoyar al Tomador/Asegurado en el cuidado de su salud, la Aseguradora podrá elaborar perfiles con base en sus Datos Personales, incluidos datos de salud, para hacer llegar información personalizada como, por ejemplo, indicaciones y consejos que ayuden al Tomador/Asegurado a cuidar de su salud. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.



- 5. Investigación para el diseño de modelos asistenciales objeto del contrato de seguro.** La Aseguradora podrá tratar los Datos Personales, incluyendo datos de salud, del Tomador/Asegurado para elaborar perfiles que permitan a La Aseguradora diseñar modelos asistenciales de conformidad con dichos perfiles a efectos de prevención de salud del Tomador/Asegurado como parte del objeto del contrato de seguro. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario.
- 6. Ofrecimiento y gestión de programas asistenciales y de prevención objeto del contrato de seguro.** La Aseguradora, como parte de su apoyo al cuidado de la salud del Tomador/Asegurado y gracias a los análisis y perfiles llevados a cabo, ofrecerá al Tomador/Asegurado los programas asistenciales y de prevención diseñados de conformidad con lo descrito en el apartado anterior. El ofrecimiento y gestión de los programas asistenciales y de prevención se llevará a cabo teniendo en cuenta las características y necesidades específicas del Tomador/Asegurado. Por tanto, la Aseguradora necesitará tratar los Datos Personales de éstos, incluyendo sus datos de salud, con el fin de poder ofrecer y gestionar distintos modelos asistenciales que se adapten específicamente al Tomador/Asegurado.  
Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario.
- 7. Gestionar la prestación del servicio de promoción de salud objeto del contrato de seguro.** Como parte del apoyo al cuidado de la salud que da La Aseguradora en virtud de la relación contractual existente, la Aseguradora necesita tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado con el fin de gestionar el diseño de planes de gestión de salud específicos para cada Tomador/Asegurado. Para tal fin, La Aseguradora, como consecuencia del perfilado realizado con base en los Datos Personales del Tomador/Asegurado, gestiona la elaboración de planes de salud personalizados y programas de seguimiento proactivos, apoya la gestión de los casos complejos (como enfermedades graves u hospitalizaciones prolongadas), gestiona la prestación de asistencia a pacientes crónicos y gestiona también la atención de urgencias. Esta finalidad se basa en la necesidad del tratamiento para la ejecución de las presentes condiciones y para la gestión de la prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario.
- 8. Gestión del riesgo actuarial.** La Aseguradora necesitará tratar los Datos Personales del Tomador/Asegurado, incluyendo datos de salud, con el fin de llevar a cabo un análisis estadístico-actuarial tanto para la determinación del riesgo asociado como para la tarificación de las pólizas de los clientes y potenciales clientes ya sea con carácter previo a la suscripción del contrato de seguro o durante la vigencia del mismo en atención a las nuevas circunstancias del Asegurado o al cambio de la base actuarial. Esta finalidad es lícita al ser necesario el tratamiento para el cumplimiento de una obligación legal, que impone la normativa reguladora de las entidades aseguradoras y reaseguradoras; y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.
- 9. Grabar las conversaciones telefónicas que mantengan los Interesados con la Aseguradora en relación con la presente póliza.** Dicha grabación se llevará a cabo para su utilización en los procesos de control de calidad de La Aseguradora, con la finalidad de mejorar la calidad del servicio prestado a los Interesados, en base al interés legítimo de la Aseguradora para mantener procesos de control de calidad y para la gestión de los



sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social. Asimismo, la Aseguradora podrá utilizar estas grabaciones, en su caso, como medio de prueba para cualquier reclamación que pudiera surgir entre ambas partes, preservando en todo caso la confidencialidad de las conversaciones mantenidas, en base al interés legítimo de la Aseguradora en formular, ejercer y/o asegurar la defensa de reclamaciones, y a la necesidad del tratamiento para asegurar lo anterior. El Interesado podrá solicitar a la Aseguradora copia o transcripción escrita del contenido de las conversaciones grabadas entre ambos a través de los canales indicados en el apartado “Derechos de los Interesados”.

**10. Cumplimiento de obligaciones que le correspondan a la Aseguradora por mandato legal.**

En determinadas ocasiones, la Aseguradora necesitará tratar los Datos Personales del Solicitante y/o Tomador/Asegurado para cumplir con determinadas obligaciones establecidas legalmente. Entre otras, La Aseguradora tratará los Datos Personales con el fin de cumplir con las obligaciones establecidas en la normativa relativa a seguros, leyes tributarias y la normativa en materia de protección de datos de carácter personal vigente. Esta finalidad es lícita al ser necesario el tratamiento para el cumplimiento de obligaciones legales aplicables a la Aseguradora; y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

**11. Elaboración de perfiles con fines de mercadotecnia y mejora comercial de los servicios prestados por la Aseguradora.**

Para poder ofrecer al Solicitante y/o Tomador/Asegurado los productos y servicios que mejor se adapten a sus intereses y necesidades, la Aseguradora podrá elaborar perfiles con base en los Datos Personales del Solicitante y/o Tomador/Asegurado, incluyendo sus datos de salud, con el objetivo de que su experiencia con La Aseguradora esté lo más orientada posible a ellos y poder seguir personalizándola durante la prestación del servicio objeto del contrato de seguro. Estos perfiles se definirán en función de los Datos Personales de los Interesados de los que dispone la Aseguradora, por ejemplo, el tipo de seguro contratado, que permitirán a la Aseguradora seleccionar los productos o servicios que se adapten al Interesado, y pudiendo así personalizar su experiencia. En particular, lo anterior se llevará a cabo para:

- a. La gestión y envío de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal, incluido por vía electrónica sobre productos y servicios similares al contrato de seguro. Esta finalidad es lícita en base al interés legítimo de La Aseguradora en informar de los servicios, novedades, promociones, etc. que mejor se adaptan al perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado, relacionadas con los servicios contratados y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social. En caso de que no se haya contratado un seguro con La Aseguradora, la finalidad es lícita en base al consentimiento del interesado, ya que el tratamiento se realizará con autorización previa.
- b. El envío de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal incluido por vía electrónica sobre nuevos productos y servicios. La finalidad es lícita en base al consentimiento del interesado, ya que el tratamiento se realizará con autorización previa.
- c. El envío por parte de la Aseguradora de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal, incluido por vía electrónica sobre productos y servicios de terceros. La finalidad es lícita en base al consentimiento del interesado, ya que el tratamiento se realizará con autorización previa.



- d. La anticipación a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado, para mejorar los servicios que se le prestan y ofrecen, incluyendo por ejemplo la detección del momento en que es necesario aumentar los recursos para la atención personalizada del Tomador/Asegurado. Esta finalidad es lícita en base al interés legítimo de la Aseguradora en ofrecer los mejores servicios posibles apoyando al Tomador/Asegurado en el cuidado de su salud, y la necesidad del tratamiento la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.

**12. Llevar a cabo procedimientos de anonimización y seudoanonimización de sus Datos Personales, incluyendo datos personales de salud, con fines de mercadotecnia, de mejora de la relación con el Tomador/Asegurado, y de investigación científica y/o estadística.** En ocasiones, la Aseguradora podrá aplicar ciertos procedimientos sobre los Datos Personales del Tomador/Asegurado de manera que o bien no sea posible encontrar una relación entre una persona física identificada o identificable y los Datos Personales tratados o bien, dichos Datos Personales no puedan atribuirse a una persona determinada sin utilizar información adicional que figure por separado. Dichos procedimientos se aplicarán para poder tratar los datos anonimizados o seudoanonimizados con fines de investigación científica o estadística, o con el fin de poder conocer las tendencias del estado de salud de los individuos, establecer patrones de enfermedades, etc., así como para entender qué servicios pueden encajar mejor a determinados colectivos y poder ponerlo en su conocimiento. Este tratamiento es lícito en base al interés legítimo de la Aseguradora y su necesidad para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, así como en base a su necesidad para fines de investigación científica y/o estadística.

**13. Ceder los Datos Personales de los Interesados a Empresas del Grupo,** para:

- a. El envío de comunicaciones comerciales sobre productos y servicios de dichas empresas del grupo basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier vía, incluyendo vía electrónica, en base al consentimiento otorgado por el Interesado.
- b. La anticipación a las necesidades de salud del Tomador/Asegurado, elaborando las empresas del Grupo perfiles y llevando a cabo análisis estadísticos con el fin de mejorar los servicios prestados por las entidades del Grupo y poder ofrecérselos al Tomador/Asegurado, en función de sus características particulares, en base al consentimiento otorgado por el Interesado.
- c. Fines administrativos internos, en base al interés legítimo de la Aseguradora en transmitir datos personales dentro de su grupo empresarial con este fin, que incluye el tratamiento de Datos Personales.

**14. Ceder Datos Personales a terceras empresas.** La Aseguradora podrá ceder los Datos Personales del Interesado a cualquier otra entidad con la que establezcan vínculos de colaboración para la efectividad de las relaciones contractuales con el Interesado. En particular, las categorías de destinatarios, identificadas en la Información Adicional, que podrán recibir los Datos Personales serán, entre otras, entidades co/aseguradoras y reaseguradoras, corredores de seguros, entidades con las que se establezca un vínculo comercial, profesionales sanitarios, centros médicos y hospitales. Las cesiones se realizarán para:

- a. Fines de reaseguro de riesgo, en base al interés legítimo de la Aseguradora en gestionar el riesgo asumido, y a la necesidad del tratamiento para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social.



- b. El envío de comunicaciones comerciales basadas en el perfil del Solicitante y/o Tomador/Asegurado por cualquier canal, incluido por vía electrónica sobre productos y servicios de terceros, en base al consentimiento otorgado por el Interesado.
- c. Analizar el uso de las páginas webs y aplicaciones de la Aseguradora, en base al consentimiento otorgado por el Interesado.

### **D-3 Procedencia de los Datos Personales**

El origen de los Datos Personales tratados por la Aseguradora puede variar en cada caso. En particular, la Aseguradora podrá tratar los Datos Personales, incluyendo datos de salud que (i) el Solicitante/Tomador y/o Asegurado(s) facilite a través de los formularios correspondientes; (ii) se hayan generado como consecuencia de la prestación del servicio de la Aseguradora y; (iii) la Aseguradora haya obtenido a través de corredores, agentes de seguros o terceros colaboradores.

### **D-4 Tiempo de conservación de los Datos Personales**

La Aseguradora tratará los Datos Personales de los Interesados y los conservará por el tiempo que dure la relación contractual entre la Aseguradora y el Tomador y/o Asegurado y/o hasta que expiren las obligaciones legales que resulten aplicables. Para aquellas finalidades que el Interesado haya consentido al tratamiento de sus Datos Personales o para las que exista la posibilidad de oponerse, la Aseguradora dejará de tratar, para esa finalidad en particular, los Datos Personales inmediatamente después de la retirada de consentimiento u ejercicio de oposición. Todo lo anterior se entiende sin perjuicio de la conservación posterior que resulte necesaria para la formulación, el ejercicio o la defensa de potenciales reclamaciones, para cumplir con obligaciones de conservación de documentación clínica, siempre que lo permitiese la legislación aplicable o para poner los Datos Personales a disposición de jueces y tribunales, el Ministerio Fiscal o las Administraciones Públicas. Durante este periodo adicional, la Aseguradora conservará los Datos Personales de forma bloqueada. Una vez finalizado el mencionado plazo, la Aseguradora se compromete a cesar el tratamiento de todos los datos personales. No obstante, todo lo anterior, los Datos Personales podrán conservarse cuando resultase necesario durante periodos más largos siempre que se traten exclusivamente con fines de asistencia sanitaria, fines médicos, de investigación científica y/o estadística y atendiendo al caso concreto.

### **D-5 Acceso a los Datos Personales**

Una óptima prestación del servicio que la Aseguradora ofrece puede requerir que otros terceros prestadores de servicios de la Aseguradora accedan a los Datos Personales de los Interesado como encargados del tratamiento. Los Interesados entienden que algunos de dichos prestadores de servicios se pueden encontrar en países situados fuera del Espacio Económico Europeo o que no ofrecen un nivel de protección equivalente al europeo. Para asegurar que los Datos Personales se tratan con un nivel de protección equivalente al que ya existe, la Aseguradora ha adoptado las garantías apropiadas. Dichas transferencias internacionales se realizan al amparo de una decisión de adecuación de la Comisión Europea, de garantías adecuadas reconocidas por la normativa (como cláusulas contractuales tipo), o de la autorización de la Agencia Española de Protección de Datos, cumpliendo con las medidas de seguridad adecuadas. Para obtener una copia de dicha autorización, puede ponerse en contacto con la Aseguradora por los medios establecidos en el apartado "Derechos de los Asegurados".



Además de los accesos que terceros proveedores puedan tener a los Datos Personales responsabilidad de la Aseguradora en calidad de encargados de tratamiento, nacionales o internacionales, en el marco de la prestación de un servicio, la Aseguradora realizará cesiones de Datos Personales a otras entidades, tal y como se ha especificado en el apartado “Finalidades principales y legitimación del tratamiento de los Datos Personales”.

Además de lo anterior los Interesados entienden que la Aseguradora podrá realizar cesiones o comunicaciones de Datos Personales para atender sus obligaciones con las Administraciones Públicas en los casos que así se requiera de acuerdo con la legislación vigente en cada momento y, en su caso, igualmente a otros órganos como Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y a los Órganos Judiciales. Asimismo, el Tomador/Asegurado entiende que la Aseguradora puede solicitar, requerir y compartir sus Datos Personales y de salud a los profesionales o centros sanitarios, hospitales y, por otro lado, con entidades con las que se mantenga relación de co/reaseguro o colaboración, y por tanto entiende que será necesario que se faciliten recíprocamente sus Datos Personales, para la gestión del reaseguro, coaseguro, gestión de los programas integrales asistenciales, el mejor conocimiento y valoración de los riesgos a cubrir, para prevención del fraude, determinación de la asistencia sanitaria, abono a los prestadores sanitarios o reintegro al Tomador/Asegurado de los gastos de asistencia sanitaria y para la atención de las reclamaciones presentadas por los propios Tomadores/Asegurados.

#### **D-6 Derechos de los Interesados**

La Aseguradora informa a los Interesados sobre la posibilidad que les asiste de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento, así como a rechazar el tratamiento automatizado de los Datos Personales recogidos por la Aseguradora. Dichos derechos podrán ser ejercitados gratuitamente por los Interesados, y en su caso por quien los represente, mediante solicitud escrita y firmada, acompañada de copia de su DNI o documento equivalente que acredite su identidad, dirigida a la siguiente dirección: DS EXTERN GmbH, Frapanweg 22, 22589 Hamburgo, Alemania; o a través del correo electrónico “kontakt@dsextern.de”.

Además de los anteriores derechos, los Interesados tendrán derecho a retirar el consentimiento otorgado en cualquier momento mediante el procedimiento antes descrito, sin que dicha retirada de consentimiento afecte a la licitud del tratamiento anterior a la retirada del mismo. La Aseguradora podrá continuar tratando los Datos Personales de los Interesados en la medida en que la ley aplicable lo permita. La Aseguradora recuerda a los Interesados que tienen derecho a **presentar una reclamación ante la autoridad de control** pertinente. No obstante lo anterior, la Aseguradora informa al Interesado que tiene a su disposición un sistema de resoluciones de conflicto interno en el que el Delegado de Protección de Datos adopta un rol activo como mediador tratando de gestionar de la manera más ágil posible, cualquier reclamación que el Interesado envíe a la dirección postal o de correo electrónica indicada en el apartado “Responsable del Tratamiento de los Datos Personales”. La Aseguradora anima al Interesado a ponerse en contacto con el Delegado de Protección de Datos con carácter previo a presentar una reclamación ante la autoridad de control pertinente.

#### **D.7 Baja en el servicio de envío de comunicaciones comerciales**

Tal y como se ha mencionado en el apartado anterior, el Interesado tiene derecho a revocar en cualquier momento el consentimiento prestado para el envío de comunicaciones comerciales notificando a la Aseguradora que no desea seguir recibiendo las mismas. Para ello, el Interesado podrá revocar su consentimiento en la forma descrita en el apartado anterior, o bien, pinchar en el



enlace incluido en cada comunicación comercial cancelando, por tanto, el envío de comunicaciones comerciales electrónicas.

#### **D.8 Menores de edad**

Con carácter general, la Aseguradora solamente tratará los Datos Personales de menores de dieciocho años cuando sus padres o tutores legales hayan prestado su consentimiento para dicho tratamiento, cuando sea necesario para la ejecución del contrato de seguro o para el cumplimiento de una obligación legal y/o para la satisfacción de un interés legítimo de la Aseguradora.

No obstante, de acuerdo con la normativa vigente, los mayores de 14 años (o aquella edad que pueda fijarse legalmente a estos efectos) tendrán derecho de acceso a su propia información médica y aquellos derechos que les reconozca la ley.

#### **D.9 Información Adicional**

La Aseguradora pone a disposición del Solicitante, Tomador y Asegurados Información Adicional sobre el tratamiento de sus Datos Personales en [www.medassure.es](http://www.medassure.es), en el apartado "Política de Privacidad", y les invita a consultarla.

#### **D.10 Modificación de la Política de Privacidad**

La Aseguradora podrá modificar su Política de Privacidad de acuerdo con la legislación aplicable en cada momento. En todo caso, cualquier modificación de la Política de Privacidad le será debidamente notificada al Interesado para que quede informado de los cambios realizados en el tratamiento de sus Datos Personales y, en caso de que la normativa aplicable así lo exija, el Interesado pueda otorgar su consentimiento.

#### **D-11 Prevención del Blanqueo de Capitales y de Financiación del Terrorismo**

La Aseguradora no asumirá ninguna prestación bajo la cobertura asegurada de esta póliza si ello supone una infracción de la normativa española, del Reino Unido, de la Unión Europea, de los Estados Unidos de América, o en general de las leyes internacionales, reservándose el derecho en los casos que proceda, a dar de baja al Asegurado afectado por dicha infracción. Del mismo modo podrá rechazar el alta de un nuevo asegurado, si ello puede llegar a suponer la infracción de alguna de dichas normativas.

#### **D-12 Cómo contactar con nosotros**

- Email: [kontakt@dsextern.de](mailto:kontakt@dsextern.de)