

ASSEGURANÇA SANITÀRIA SALUT CASS + BAIXA MÈDICA LABORAL

CONDICIONS GENERALS (C.G. 1)

Article preliminar

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

DEFINICIONS:

Article 1

Pòlissa

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

Assegurador

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

Prenedor/a de l'assegurança

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

Assegurat/ada

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

Beneficiari/ària

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

Termini de carència

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

Malaltia preexistent

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

Salari Mensual Mitjà

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

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

Salari Diari Mitjà:

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

OBJECTE DE L'ASSEGURANÇA

Article 2

Pel present contracte, l'assegurador s'obliga, segons el que es pacti expressament a les condicions particulars, al següent:

1) Per assistència sanitària, l'assegurador s'obliga a pagar la part del preu de les prestacions sanitàries acceptades per la C.A.S.S., que no ha estat reembolçada pel referit organisme, dins els límits i condicions que s'indiquen a continuació:

- Fins a un màxim del 25% de l'import de les tarifes aprovades per la Caixa Andorrana de Seguretat Social per a les prestacions mèdiques, de farmàcia i de mitjans complementaris de diagnòstic.
- Fins a un màxim del 10% de l'import de les tarifes aprovades per la Caixa Andorrana de Seguretat Social per a les prestacions d'hospitalització mèdica i/o quirúrgica assumides.

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

2) Pels dies d'incapacitat laboral transitòria (baixa mèdica laboral), en cas d'accident o malaltia, l'assegurador s'obliga a pagar, durant un període màxim, per sinistre, de 365 dies que aquests siguin consecutius o alterns, les quantitats que s'indiquen a continuació:

- En cas de baixa per accident laboral, la indemnització diària serà igual, com a màxim, al 35% del salari diari mitjà, durant els primers 30 dies de baixa mèdica laboral consecutius.
- En cas de baixa per malaltia, una pensió diària igual, com a màxim al 35% del salari diari mitjà, durant el període comprès entre el 4art dia i el 30é dia de baixa mèdica laboral consecutiva. En aquest cas, els tres primers dies de baixa mèdica laboral no són indemnitzables.
- - En ambdós casos, A comptar del 31è dia i fins, com a màxim, al 365è. dia de baixa mèdica laboral consecutiva, la indemnització diària serà igual, com a màxim, al 19% del salari diari mitjà.

La suma de la quantitat satisfeta per l'assegurador i de la quantitat satisfeta per la C.A.S.S. no podrà, en cap cas, superar el 85% del salari diari mitjà i del salari mensual mitjà.

L'assegurador deixarà de pagar, la pensió diària suara esmentada, en els següents supòsits:

- A comptar del 366 è. dia de baixa mèdica laboral, per cada sinistre.
- A comptar del dia en que l'assegurat sigui donat d'alta mèdica pel seu metge o per la C.A.S.S..
- A comptar del dia en que la Caixa Andorrana de la Seguretat Social acordi atorgar a la persona assegurada una indemnització o pensió per qualsevol tipus de invalidesa.

RISCOS EXCLOSOS:

Article 3

1.- S'exclouen de la cobertura els riscos indicats a continuació, excepte si aquests han estat expressament acceptats per l'assegurador en les condicions particulars:

a) Les malalties, dolences cròniques o no, lesions o defectes constitucionals i físics, anomalies congènites i mutilacions, existents abans d'iniciar-se l'assegurança, així com les seves conseqüències, encara que aquestes es desenvolupin un cop en vigor l'assegurança.

b) Les malalties, lesions o accidents produïts com a conseqüència de: moviments sísmics, erupcions volcàniques, inundacions, altres fenòmens meteorològics de caràcter extraordinari, així com les conseqüències directes o indirectes de l'energia atòmica o nuclear.

c) Les malalties, accidents o lesions produïts o originats per alteracions de l'ordre públic, tumults, guerra, terrorisme, insurreccions, embriaguesa, toxicomania, addicció a les drogues, desafiaments, baralles, delictes, autolesions i intents suïcides, així com el tractament i rehabilitació d'alcoholisme, tabaquisme i drogoaddicció.

d) Els avortaments provocats i llurs conseqüències, llevat d'aquells avortaments que ho siguin sota prescripció facultativa i acceptats com a indemnitzables per la C.A.S.S., a conseqüència de malaltia o accident.

e) Totes les malalties o complexes associats, derivats del Virus de la Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (VIH) (SIDA) i el tractament encara que no hagi generat malaltia.

- f) Les lesions o malalties produïdes en la pràctica en qualitat de professional de qualsevol esport.
- g) Les malalties o lesions derivades de la participació en apostes, carreres, competicions realitzades a nivell d'aficionat, competicions organitzades per federacions i/o clubs esportius, o qualsevol acte que comporti la possibilitat d'aconseguir premis en metàl·lic, així com les malalties o lesions produïdes en proves o entrenaments per als referits actes.
- h) Les lesions o malalties produïdes a conseqüència de la pràctica com aficionat d'activitats de risc, tals com, per exemple, activitats aèries, de navegació o en aigües braves, esquí fora pista, esquí de muntanya, escalada, parapent, ala delta, rafting, submarinisme, espeleologia, ràppel, kàrate, puenting, carreres de vehicles a motor, no consistint l'enumeració anterior en una llista tancada.
- i) Les intervencions quirúrgiques de Cirurgia Plàstica o Reparadora, o qualsevol altre tipus d'intervenció quirúrgica que tingui caràcter estètic, llevat de les necessàries per eliminar les seqüeles d'un accident o malaltia, coberts per la pòlissa, que hagi patit l'assegurat durant el període de vigència de la pòlissa.
- j) Les estances en asils, residències, balnearis i similars, encara que sigui sota prescripció mèdica. En cas d'ingrés en centres psiquiàtrics hi ha una cobertura màxima de 30 dies anuals
- k) Les cures de repòs, tractaments balneoterapèutics o hidroterapèutics, encara que siguin prescrits facultativament, així com els ingressos en centres hospitalaris a conseqüència de tractaments dietètics per aprimar o engreixar.
- l) Les prestacions sanitàries i les baixes mèdiques, en cas d'accident que hagin d'estar cobertes per assegurances obligatòries, segons la legislació aplicable en cada matèria.
- m) Qualsevol tipus de pròtesis i les peces anatòmiques i ortopèdiques. Queden també exclosos els ponts, les pròtesis i les fundes dentals.
- n) Les lesions o malalties produïdes a conseqüència de la manipulació d'explosius.
- o) Les despeses i baixes mèdiques derivades de problemes de varius, artrosi, artritis, osteoporosis i enfermetat de paget durant un període de 5 anys des de la data d'efecte de la pòlissa.

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

2.- S'exclouen de la cobertura d'assistència sanitària, a més dels indicats en el punt 1 del present article, les despeses que s'indiquen a continuació, excepte si aquestes han estat expressament acceptades per l'assegurador en les condicions particulars:

- a) En cas d'hospitalització les despeses per l'ús de telèfon, televisió i altres serveis no relacionats directament amb la necessària assistència hospitalària.
- b) Les despeses derivades de prestacions de logopèdia, psicologia, psiquiatria i psicoteràpia individual o en grup, que superin les 20 sessions per any
- c) En el cas dels trasplantaments d'òrgans s'exclou el cost de l'òrgan a trasplantar i la gestió per a la seva obtenció, inclòs el transport.

3.- S'exclouen de la cobertura de la baixa mèdica laboral, a més dels indicats en el punt 1 del present article, els riscos que s'indiquen a continuació, excepte si aquests han estat, expressament, acceptats per l'assegurador, en les condicions particulars:

- a) Totes les vertebralgies (inclòs lumbàlgia, cervicàlgia i dorsàlgia) que no tinguin una comprovació objectiva per radiologia, tacs i/o ressonància magnètica.
- b) Totes les ciàtiques, cruràlgies i contractures musculars paravertebrals sense lesió objectivable radiològicament i/o electromiogràficament.

En tot cas per ciàtica i cruràlgia objectivable radiològicament i/o electromiogràficament sols es pagaran un màxim de 14 dies a l'any d'assegurança.
En el cas de les contractures musculars paravertebrals sols es pagaran un màxim de 7 dies a l'any d'assegurança.

- c) Totes les neuropaties i psicopaties, incloent'hi expressament depressió, stress i cefalees.
- d) Les conseqüències d'embaràs, avortament o part

e) Les baixes laborals per maternitat

f) Qualsevol dolença que no doni símptomes objectius amb manifestacions de comprovació clínica.

En tots aquests supòsits, l'assegurat no tindrà dret a percebre cap indemnització per incapacitat laboral transitòria o baixa mèdica laboral.

DURADA DEL TERMINI DE CARÈNCIA:

Article 4

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

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

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

DURADA DE LA PÒLISSA

Article 5

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

En tot cas, s'extingirà l'assegurança en acabar-se l'annualitat dins la qual compleixi la persona assegurada els 65 anys, continuant la pòlissa per a la resta d'assegurats prèvia adaptació de la prima anual corresponent. L'assegurador pot perllongar anualment el contracte als assegurats de més de 65 anys, previ acord exprés i cas per cas.

EL PAGAMENT DE LES PRIMES

Article 6

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

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

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

Article 7

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

Article 8

En el cas de manca de pagament -total o parcial- de la segona o de les successives primes, la cobertura de l'assegurador queda suspesa, el mateix dia en que s'havia de satisfer el preu de la prima. Si el pagament de la prima no es fa efectiu dins dels 6 mesos següents al dia en que aquesta és exigible, el contracte es considerarà

extingit. Si el contracte no hagués quedat resolt de conformitat amb el suara indicat, la cobertura tornarà a tenir efecte al cap de 24 hores a comptar del dia en que el suscriptor hagi pagat la prima. En aquest cas, l'assegurador només pot exigir el pagament de la part proporcional de la prima corresponent al període comprès entre el dia que es produeix la rehabilitació del contracte i el dia de venciment de la pòlissa.

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

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

Article 9

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

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

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

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

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

Article 10

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 11

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

INDEMNITZACIONS:

Article 12

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

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

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

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

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

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

Article 13

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

Article 14

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

RESCISIÓ EN CAS DE SINISTRE

Article 15

Després de la comunicació de cada sinistre, hi hagi o no hi hagi pagament d'indemnització, les parts poden rescindir el contracte. La part que pren la decisió de rescindir ha de notificar-ho a l'altra part per escrit, dins del termini de 30 dies des de la data de comunicació del sinistre, si no s'ha satisfet cap indemnització, o des de la

liquidació, si n'hi ha hagut, i s'ha d'efectuar la notificació amb una anticipació mínima de quinze dies des de la data en la qual hagi de sorgir efecte la rescissió.

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

RECONeixEMENTS MÈDICS

Article 16

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

DISCONFORMITAT EN L'AVAlUACIÓ DE LA INDEMNITZACIÓ

Article 17

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

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

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

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

ALTRES OBLIGACIONS DE L'ASSEGURADOR:

Article 18

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

NUL.LITAT I INEFICÀCIA DEL CONTRACTE:

Article 19

Es perd el dret a la indemnització:

- a) En cas de reserva o inexactitud en omplir el qüestionari, si ha hagut engany o culpa greu.
- b) En el cas d'agreujament del risc, si el/la prenedor/a de l'assegurança o la persona assegurada no ho comuniquen a l'assegurador.
- c) Si el sinistre s'esdevé abans d'haver pagat la prima, llevat d'un pacte contrari.
- d) Si el/la prenedor/a de l'assegurança o la persona assegurada no faciliten a l'assegurador informació exacta de les circumstàncies i les conseqüències del sinistre.
- e) Si la persona assegurada o el/la prenedor/a de l'assegurança no compleixen el deure de minorar les conseqüències del sinistre i ho fan amb palesa intenció de perjudicar o enganyar l'assegurador.
- f) Quan el sinistre hagi estat causat per mala fe de la persona assegurada o beneficiària.

g) En cas que el prenedor i/o beneficiari no comuniqui a l'assegurador la contractació de qualsevol altra assegurança d'indemnització per assistència sanitària o d'indemnització per baixa mèdica laboral transitòria, que es refereixi a la mateixa persona.

COMUNICACIONS I JURISDICCIO:

Article 20

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

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

Article 21

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

CARÀCTER DE LA INDEMNITZACIO:

Article 22

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

Article 23

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

SUBROGACIO:

Article 24

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

CLÀUSULA ESPECIAL

QUADRE MÈDIC UAP SERVEIS ESPECIALITZATS

SERVEI	CENTRE MÈDIC	ADREÇA	POBLACIÓ
DIETÈTICA	CENTRE D'ASSESSORAMENT DIETÈTIC MARTA PONS	C/ Verge del Pilar, Núm.5 2n pis Despatx 9 Tel.866 612	Andorra la Vella
OSTEOPATIA	CENTRE D'OSTEOPATIA RPG	Av.Fiter i Rossell, Núm. 6 2n pis porta 3 Tel.868 383	Escaldes-Engordany

Serveis especials destinats als assegurats d'Unió i Aliança de Previsió, SA amb descomptes especials:

- Descompte del 10% en la primera visita directament al Centre seleccionat.
- Abonament del 25% del complementari a la CASS en concepte de visita al especialista per part d'UAP.

Funcionament

Visita al centre escollit a on s'aplicarà un descompte sobre el preu de la primera visita i posteriorment entrega a Unió i Aliança de Previsió SA de la factura emesa pel Centre i abonament, per part d'aquesta, del complementari a la CASS en concepte de visita a l'especialista.

Unió i Aliança de Previsió, SA