

I. Disposiciones generales

PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

ORDEN de 10 de abril de 1969 por la que se establecen normas generales de la póliza del Seguro de Asistencia Sanitaria.

Excelentísimos señores:

La legislación especial de seguros establece la obligación de las Entidades aseguradoras de someter a la aprobación previa del Ministerio de Hacienda, entre otros documentos, las pólizas y contratos que se propongan utilizar en sus operaciones de seguros.

Esto ha permitido la formación gradual y progresiva de unos criterios técnicos y jurídicos que sirven para perfeccionar el documento en que fundamentan las partes sus respectivos derechos. Además, el condicionado general mínimo de las pólizas viene a reproducir normas de derecho objetivo de general aplicación, y, por ello, es aconsejable agrupar y unificar dichas normas básicas, sin perjuicio de que, en aplicación del principio de la libre concurrencia, las Entidades aseguradoras puedan solicitar la aprobación de otras condiciones generales complementarias.

En la presente disposición se concretan los riesgos cubiertos y excluidos; se regula el período de carencia, especialmente en los casos de cambio de Entidad aseguradora; la forma de prestar el servicio de asistencia sanitaria; la forma de pago de las primas, regulando el sistema de domiciliación bancaria, así como la posibilidad de que el asegurado participe en el coste de los servicios, y, finalmente, se regula la duración del contrato.

Por otra parte, al suprimirse la necesidad de incorporar el condicionado general mínimo a las pólizas, se logrará una gran agilidad en la aprobación de las mismas por parte de la Administración, ya que prácticamente quedará reducida a un simple cotejo y al propio tiempo se conseguirá una mayor sencillez en el funcionamiento de las Entidades aseguradoras.

En su virtud, a propuesta de los Ministros de Hacienda y de la Gobernación, y oída la Junta Consultiva de Seguros, esta Presidencia del Gobierno ha tenido a bien disponer:

Primero.—A efectos de la presente disposición se entiende por:

- a) Asegurador, la Entidad debidamente autorizada que asume el riesgo.
- b) Contratante, la persona natural o jurídica que acepta las obligaciones que impone el asegurador a cambio de las que éste toma a su cargo.
- c) Asegurado, la persona natural sobre la que recae el seguro, por ser la expuesta al riesgo, y que obtiene los beneficios de aquél.

En estos seguros puede o no coincidir la personalidad del contratante y la del asegurado.

Segundo.—Las normas generales aplicables a las pólizas del Seguro de Asistencia Sanitaria serán las siguientes:

Riesgos cubiertos y excluidos

1.ª En virtud de la póliza de Seguro de Asistencia Sanitaria, la Entidad aseguradora se compromete a prestar al asegurado los servicios que se detallan en las condiciones particulares (médico-quirúrgicos, farmacéuticos o internamiento en clínicas y centros asistenciales), de acuerdo con las tarifas de primas que hayan sido aprobadas a dicha Entidad.

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

2.ª Queda excluida de este seguro la asistencia sanitaria que exija el tratamiento por accidentes laborales, profesionales

y los amparados por el Seguro Obligatorio de Automóviles, salvo que se incluyan expresamente en las condiciones particulares. La Entidad aseguradora, si existiera un tercero civilmente responsable, quedará subrogada en todos los derechos y acciones del asegurado o del contratante.

Quedan expresamente excluidos del seguro los hechos de guerra, las epidemias declaradas oficialmente y los daños producidos por explotaciones nucleares o radiactivas que se hallen cubiertas por los seguros de responsabilidad civil por daños nucleares.

Período de carencia

3.ª Todas las prestaciones que en virtud de la póliza asuma la Entidad aseguradora serán facilitadas desde el momento de entrar en vigor el contrato.

Se exceptúan del anterior principio general las intervenciones quirúrgicas de cualquier clase que exijan hospitalización los servicios de radioterapia, radioterapia, cobaltoterapia e isótopos radiactivos, a los cuales no tendrá derecho el asegurado hasta que haya transcurrido un período de carencia de seis meses. El período de carencia para la asistencia a partos será de diez meses.

No obstante, se excluyen de la excepción y se aplicará el principio general en los casos de intervenciones quirúrgicas de urgencia vital y en los partos prematuros.

4.ª Cuando con una misma Entidad aseguradora se contrate una póliza sin solución de continuidad con otra anterior, se computará a efectos de carencia el tiempo transcurrido desde la contratación de la póliza más antigua.

Cuando se trate de asegurados procedentes de otras Entidades aseguradoras se aplicarán las siguientes normas:

a) En los supuestos de traspaso o cesión de cartera, cualquiera que sea la causa, no se aplicará a los asegurados afectados plazo de carencia superior al que quedase por cumplir en la Entidad de procedencia.

b) En los casos de contratación individual con un asegurado procedente de otra Entidad, en las condiciones particulares de la póliza se concretará si se concede plenitud de derechos o si se respetan o no los derechos adquiridos en la Entidad de procedencia, pero en los dos primeros casos la nueva Entidad se hará cargo de la asistencia por las enfermedades adquiridas con anterioridad a la formalización de la póliza.

5.ª Los períodos de carencia establecidos en el párrafo segundo de la norma tercera podrán eliminarse o reducirse si el asegurado se somete a reconocimiento médico previo, practicado por la Entidad aseguradora, en cuyo caso ésta tendrá derecho a cobrar del asegurado o proponente los gastos de dicho reconocimiento.

Los recién nacidos se incorporarán automáticamente a la póliza de los padres, a menos que durante el embarazo se hayan excluido expresamente. En aquel supuesto, el contratante deberá abonar el correspondiente suplemento de prima, y al recién nacido no se le aplicará período de carencia superior al que faltase por consumir al padre y, en su defecto, a la madre.

Forma de prestar el servicio

6.ª En las condiciones particulares de la póliza se concretará el ámbito territorial en el que la Entidad aseguradora se compromete a prestar el servicio, así como las características de la habitación en caso de hospitalización.

7.ª La Entidad aseguradora entregará al contratante en el acto de la firma de la póliza una relación del cuadro facultativo que prestará la asistencia y en el que conste el lugar, día y horas de consulta, así como el domicilio del Centro de Asistencia, con servicio permanente de urgencia. Al contratante habrán de notificársele las ulteriores modificaciones.

8.ª Cuando el carácter de una dolencia impida al asegurado salir de su domicilio, será visitado en él por el facultativo

correspondiente, siempre que tenga contratado el servicio domiciliario. Para que los especialistas realicen la visita a domicilio, será preciso que sea requerida por escrito por el Médico de cabecera o por el Médico clasificador de la Entidad y que el enfermo se encuentre en la misma localidad donde reside el especialista, salvo que en las condiciones particulares se convenga prescindir de alguno de estos requisitos.

9.ª Será precisa la indicación de un facultativo de la Entidad aseguradora para utilizar los servicios de radiodiagnóstico, radioterapia, análisis, metabolismo basal, diatermia, rayos ultravioletas infrarrojos, corrientes galvano-farádicas y cualquier otro medio de diagnóstico o tratamiento similar así como la hospitalización.

En las enfermedades de la boca la Entidad aseguradora únicamente se obliga a las visitas, curas, extracciones y limpieza de boca, cuando ésta sea ordenada por un facultativo de la Entidad, siendo por cuenta del asegurado cualquier otro servicio, salvo que en las condiciones particulares se hubiera incluido la prestación.

10. Cuando por cualquier circunstancia ajena a la voluntad del asegurado la Entidad aseguradora no preste el servicio ordinario contratado, aquél lo hará constar en el libro de reclamaciones de dicha Entidad, y entonces podrá utilizar el servicio de la urgencia de la misma.

Perfección del contrato

11. El seguro quedará perfeccionado y tomará efecto cuando la póliza haya sido firmada por los contratantes y el asegurado haya percibido por anticipado la primera prima o fracción autorizada, en su caso. La Entidad aseguradora sólo resultará obligada cuando se hayan cumplido ambas condiciones.

Indisputabilidad de la póliza

12. Si se hubiera practicado el reconocimiento médico a que se refiere la norma 5.ª o se hubiera reconocido plenitud de derechos conforme al apartado b) de la norma cuarta, la póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del asegurado o asegurados, y la Entidad aseguradora no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, a menos que, de manera expresa y como consecuencia de dicho reconocimiento, se haga alguna salvedad en las condiciones particulares de la póliza.

Si no se hubiera practicado reconocimiento médico ni se hubiese reconocido la plenitud de derechos, la ocultación de enfermedad con manifiesta mala fe del contratante o del asegurado será causa de rescisión por la Entidad aseguradora, pero la póliza será indisputable una vez transcurrido el plazo que habrá de fijarse obligatoriamente en las condiciones particulares. Para acreditar la buena o mala fe mencionada podrá utilizarse, entre otros medios, el procedimiento a que se refiere el artículo 20 del Reglamento de 7 de mayo de 1957, modificado por el Orden ministerial de 11 de junio de 1963.

Primas

13. La prima es indivisible; no obstante, la Entidad aseguradora podrá conceder en beneficio del contratante el fraccionamiento de su pago.

La segunda y sucesivas primas deberán satisfacerse a su vencimiento o dentro del plazo de gracia a que se refiere la norma siguiente.

14. El contratante dispondrá de un plazo de gracia de treinta días naturales, contados desde el vencimiento de la prima o fracción convenida para el pago del segundo y sucesivos vencimientos.

Transcurrido el plazo de gracia sin haberse satisfecho la prima o fracción vencerán automáticamente las restantes fracciones de prima y quedarán en suspenso los efectos del seguro. La Entidad aseguradora dispondrá de otro plazo de noventa días naturales para optar entre proceder a la anulación de la póliza o reclamar la prima vencida no pagada.

Si la Entidad aseguradora deja transcurrir este último plazo sin instar la reclamación judicial del pago de la prima, quedará la póliza anulada con efecto del vencimiento impagado. Si ejercita la acción judicial y obtiene el cobro antes del vencimiento inmediato siguiente al impagado, la póliza recuperará sus efectos a partir de las doce de la noche del día en que se realice el cobro; no obstante, quedará anulada a su próximo vencimiento, y si las partes desean la renovación del contrato deberán formalizar una nueva póliza.

15. En el supuesto de que el contratante pague la prima después de transcurrido el plazo de gracia, pero antes de que la Entidad aseguradora hubiese interpuesto la reclamación judicial, la póliza recuperará todos sus efectos a partir de las doce de la noche del día en que se realice el pago y será renovable por la tática en la forma prevista en estas normas.

16. Cualquier modificación del importe de la prima durante la vigencia del contrato que haya sido autorizada por la Administración no entrará en vigor antes del primer vencimiento anual de la misma, posterior a tal modificación, avisándose al contratante con sesenta días naturales de antelación, al menos, y éste podrá optar entre la rescisión del contrato o su continuidad con la nueva prima, debiendo en el primer caso comunicarlo a la Entidad aseguradora con antelación no inferior a treinta días naturales al próximo vencimiento.

17. En el caso de que se hubiera convenido el cobro de las primas a domicilio, si la Entidad aseguradora desea suspender el cobro domiciliario deberá comunicarlo al contratante por carta certificada u otro medio indubitado, con antelación no inferior a treinta días naturales respecto del próximo vencimiento de prima.

El contratante y los asegurados estarán obligados a notificar a la Entidad aseguradora el cambio de su domicilio.

18. En el condicionado particular podrá convenirse el cobro de los recibos de primas por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorro. En este supuesto, se aplicarán las siguientes normas:

a) El contratante entregará a la Entidad aseguradora una carta dirigida a la misma y suscrita por el establecimiento bancario o Caja de Ahorros, acreditativa de que dicho contratante ha dado la orden oportuna al efecto.

b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de gracia, no existiesen fondos suficientes en la cuenta del contratante. En este caso habrá de satisfacer la prima en el domicilio de la Entidad aseguradora, siendo de aplicación lo dispuesto en la norma 14.

c) Si la Entidad aseguradora dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta del contratante, aquella estará obligada a notificar tal hecho al mismo por carta certificada o cualquier otro medio indubitado, concediéndole un plazo de treinta días naturales para que pueda satisfacer su importe en el domicilio, delegación o agencia del asegurador. Este plazo se computará desde la fecha de recibo de la expresada carta o notificación.

19. En las condiciones particulares podrá convenirse la libre elección de Médico por el asegurado de entre al menos dos cuadros médicos completos autorizados por la Dirección General de Sanidad, siempre que esta modalidad esté prevista en las tarifas que tenga aprobadas la Entidad aseguradora.

20. Asimismo, en las condiciones particulares, podrá convenirse que el asegurado participe en el coste de los servicios que utilice. Dicha participación consistirá en la entrega de un talón al facultativo que le atienda en cada acto médico, y cuyo importe se ajustará a las tarifas que tenga aprobadas la Entidad.

El importe de los talones no utilizados por el asegurado será devuelto por la Entidad contra entrega de los mismos, en los casos de rescisión, anulación o extinción de la póliza. No obstante, la Entidad aseguradora podrá aplicarlo al pago de la prima o fracciones que se le adeudasen, una vez extinguida la póliza.

Duración

21. La duración de este seguro es de un año. Excepcionalmente podrá convenirse un primer periodo de duración inicial inferior a un año, al objeto de unificar los vencimientos. El segundo y sucesivos periodos serán de duración anual.

Cuando se trate de contratos de temporada en las condiciones particulares se concretará la fecha de comienzo y terminación del seguro.

22. Los contratos que no sean de temporada se prorrogarán anualmente por la tática.

El contratante podrá dar por terminado el contrato al vencimiento del primer plazo de duración anual o de cualquiera de sus prórrogas, notificándolo a la Entidad aseguradora por

carta certificada con antelación no inferior a treinta días naturales.

La Entidad aseguradora podrá asimismo hacer uso de igual facultad después de transcurrido el primer año de seguro y para tener efecto en el vencimiento siguiente. Si la notificación de cualquiera de las partes tuviese lugar en un plazo menor al mencionado no se producirá la rescisión en el vencimiento inmediato y se entenderá aplicable para el siguiente

23. El contratante podrá rescindir el contrato cuando se varíe el cuadro facultativo, siempre que esta variación afecte al Médico de cabecera, o al Tocólogo, o al Puericultor de zona o el 50 por 100 del cuadro de especialidades, debiendo notificar tal decisión a la Entidad aseguradora por carta certificada. No será de aplicación esta norma cuando se trate de sustituciones transitorias, originadas por causa justificada, o se refiera a Médicos de técnicas quirúrgicas especiales, Odontólogos, Analistas y Electrorradiólogos.

La Entidad aseguradora, cuando las variaciones puedan ser causa de rescisión, se obliga a comunicárselas al contratante dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se hayan producido. El contratante, en un plazo de treinta días naturales, contados a partir del recibo de la notificación, podrá ejercitar su derecho de rescisión.

La rescisión tomará efecto el día primero del mes siguiente a la fecha de la notificación del contratante, y la Entidad aseguradora vendrá obligada a devolver el importe de la prima no consumida.

Reclamaciones y jurisdicción

24. Con independencia de las acciones que asistan a las partes, las reclamaciones sobre incidentes o deficiencias de la asistencia sanitaria se formularán por el contratante o por el asegurado ante la Sección de Asistencia Médico Farmacéutica de la Dirección General de Sanidad. Las relativas a las demás condiciones del contrato, ante la Subdirección General de Seguros.

25. La competencia a efectos del ejercicio de acciones se determinará por las normas establecidas en la Ley de Enjuiciamiento Civil, pero caso de producirse sumisión expresa de las partes, habrá de ser en favor de los Jueces y Tribunales de la localidad del domicilio del asegurado, si en ella tiene Delegación la Entidad aseguradora, pues en otro caso será a favor de los de la capital de la provincia a que corresponda dicho domicilio.

Tercero.—No será necesario transcribir en las pólizas las normas generales contenidas en el número anterior de esta Orden. En tal caso, en la póliza se hará constar, con letra destacada, lo siguiente: «Las normas generales por las que se rige este seguro son las establecidas por la Orden ministerial de fecha 10 de abril de 1969, publicada en el «Boletín Oficial del Estado» del día 21 de abril de 1969, de las cuales se entrega una copia al contratante». A continuación, bajo la rúbrica «plazo de carencia», se copiará el número tercero de dichas normas generales, y bajo el epígrafe «Libro de reclamaciones» se hará constar que en la Entidad aseguradora existe un Libro oficial para que los asegurados puedan hacer constar las que consideren oportunas.

Las Entidades aseguradoras entregarán a los contratantes al tiempo de formalizar la póliza, una copia literal impresa de las normas generales.

Cuarto.—Cualquiera otra condición general que una Entidad aseguradora desee incorporar a sus pólizas habrá de ser sometida a la aprobación previa del Ministerio de Hacienda, de conformidad con lo establecido en la Ley de Seguros, de 18 de diciembre de 1954, y número segundo de la Orden ministerial de fecha 8 de abril de 1969.

Quinto.—Las pólizas que se emitan a partir del día 1 de enero de 1970 se ajustarán a lo dispuesto en la presente Orden ministerial. Las que estuvieran en vigor en dicho día se adaptarán a esta Orden cuando experimenten cualquier variación sin perjudicar derechos adquiridos por las partes, debiendo quedar adaptadas la totalidad de las carteras dentro del plazo de tres años.

Se faculta a las Entidades aseguradoras para que puedan cumplir lo que se ordena en el párrafo precedente, con anterioridad a la fecha mencionada en el mismo.

Sexto.—Las modificaciones que se proyecten introducir al amparo de la presente Orden ministerial con anterioridad a

primero de enero de 1970 se someterán necesariamente a los términos del Decreto-ley 15/1968, de 7 de noviembre, sobre ordenación de los precios.

Lo que comunico a VV. EE. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a VV. EE.
Madrid, 10 de abril de 1969.

CARRERO

Exemos. Sres. Ministros de Hacienda y de la Gobernación.

MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA

CORRECCION de errores de la Orden de 17 de febrero de 1969 por la que se regula la Junta de Compras del Ministerio de Educación y Ciencia.

Advertido error en el texto remitido para su publicación de la citada Orden, inserta en el «Boletín Oficial del Estado» número 51, de fecha 28 de febrero de 1969, se transcribe a continuación la oportuna rectificación:

En el artículo 1.º, página 3083, primera columna, líneas 10 y 11, donde dice: «El Jefe de la Sección de Asuntos Generales y Gobierno Interior.», debe decir: «Secretario: El Jefe de la Sección de Asuntos Generales y Gobierno Interior.»

MINISTERIO DE AGRICULTURA

ORDEN de 15 de abril de 1969 por la que se modifica la de 17 de agosto de 1968 («Boletín Oficial del Estado» de 31 de agosto), por la que se dictan normas para la concesión de subvenciones con destino a Ferias, Concursos y Exposiciones de ganado

Ilustrísimo señor:

Por Orden de este Ministerio de fecha 17 de agosto de 1968 se dictaron normas para la concesión de subvenciones con destino a Ferias, Concursos y Exposiciones de Ganado, con el fin de promover la celebración de estos certámenes, que representan instrumento del mayor interés para la mejora y selección de la ganadería, así como para la difusión de reproductores selectos.

La experiencia obtenida desde la publicación de referida Orden a través de los certámenes organizados, aconseja introducir modificaciones en las normas de aplicación de las subvenciones en orden a lograr una mayor eficacia y más directa percepción de sus beneficios sobre las empresas propietarias de los ejemplares participantes en los certámenes.

En su virtud este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Primero.—Como medida de estímulo para el fomento de la producción ganadera y su proceso selectivo, se establecen subvenciones para la celebración de Ferias, Concursos y Exposiciones de Ganado que reúnan los requisitos señalados en la presente Orden.

Segundo.—Podrán acogerse a estos beneficios las empresas ganaderas, asociaciones de criadores, cooperativas, sociedades de cría animal, agrupaciones de ganaderos y cuantas otras entidades respondan al concepto de empresa que se dediquen a la producción de ganado selecto y que lo soliciten en la forma que se establece en el artículo 8.º de la presente Orden.

Tercero.—De acuerdo con la finalidad perseguida, en las subvenciones otorgadas se distinguirán las modalidades siguientes:

- a) Subvenciones para celebración de ferias monográficas de ganado selecto.
- b) Subvenciones para celebración de concurso de rendimiento ganadero.