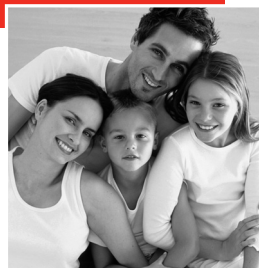


Condiciones Generales

**Asistencia
Sanitaria**



Condiciones Generales

MAPFRE
Salud



MAPFRE

MAPFRE ESPAÑA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Y REASEGUROS, S.A.
DOMICILIO SOCIAL
Edificio MAPFRE.
Carretera de Pozuelo, n.º 50.
28222 MAJADAHONDA
(Madrid)

Teléf. 902 20 40 60

MAPFRE **Salud**

Asistencia Sanitaria

De acuerdo con lo establecido en la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro se destacan en letra negrita las exclusiones y las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

Condiciones Generales

Artículo Preliminar	3
Artículo 1º. Marco Jurídico que Regula la Póliza	3
Artículo 2º. Objeto y Extensión del Seguro	3
Artículo 3º. Descripción de las Garantías de Asistencia Sanitaria	4
3.1. Garantía Extrahospitalaria	4
3.1.1. Asistencia Primaria	4
3.1.2. Asistencia Especializada Ambulatoria	5
3.1.2.1. Coberturas Complementarias a la Asistencia Especializada Ambulatoria	7
3.1.2.2. Servicios Especiales	10
3.1.3. Asistencia Especializada	12
3.2. Garantía Hospitalaria	12
3.2.1. Hospitalización Quirúrgica	14
3.2.2. Hospitalización No Quirúrgica	15
3.2.3. Hospitalización Obstétrica	15
3.3. Garantía de Segundo Diagnóstico Internacional	16
3.4. Garantía de Acceso a la Red Hospitalaria en Estados Unidos de América	17
Artículo 4º. Garantía Bucodental	18
Artículo 5º. Garantía de Adopción Nacional e Internacional	18
Artículo 6º. Periodos de Carencia	19
Artículo 7º. Participación del Asegurado en el Coste de los Servicios	20
Artículo 8º. Autorización de Prestaciones de Asistencia Sanitaria	20
Artículo 9º. Tarjeta MAPFRE ESPAÑA	21
Artículo 10º. Asistencias y/o Gastos no cubiertos por la póliza	21
Artículo 11º. Garantías Adicionales	25
Artículo 12º. Bases del Contrato	26
Artículo 13º. Perfección, efecto y duración del Contrato	28
Artículo 14º. Contratación a distancia del seguro	28
Artículo 15º. Importe, Pago de la Prima y Efectos de su Impago	29
Artículo 16º. Comunicaciones	31
Artículo 17º. Prescripción y Jurisdicción	32

Definiciones

Definiciones	33
--------------------	----

Anexo I

Especialidades Cubiertas	41
Servicios Diagnósticos/Terapéuticos	44
Conceptos Especiales a Mencionar	45
Catálogo de Prótesis e Implantes Cubiertos	46
Franquicias	47

Condiciones Generales

ARTÍCULO PRELIMINAR

Los productos denominados “ASISTENCIA SANITARIA” incorporan distintas garantías que pueden ser contratadas de forma discrecional. En las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, se especifican las garantías suscritas por el Tomador en relación con cada Asegurado.

ARTÍCULO 1º. MARCO JURIDICO QUE REGULA LA PÓLIZA

El presente contrato de seguro se rige por lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, sus Anexos y Suplementos, el Certificado Individual de Seguro, en su caso, y, salvo pacto en contrario que resulte más beneficioso para el Asegurado, por la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980, de 8 de octubre), la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (Ley 20/2015, de 14 de julio) y sus normas reglamentarias de desarrollo.

MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., en lo sucesivo la Aseguradora, tiene su domicilio social en España, siendo el Ministerio de Economía y Competitividad de dicho Estado, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, la autoridad encargada del control del ejercicio de su actividad.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, podrá reclamar a la Aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

ARTÍCULO 2º. OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la póliza, de acuerdo con las garantías contratadas por el Tomador y en relación con los riesgos que se describen en las presentes Condiciones Generales, mediante el pago de la prima y la participación del Asegurado en el coste de los servicios que, en su caso corresponda, la Aseguradora se compromete a:

Asumir directamente el coste de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que el Asegurado precise a consecuencia de enfermedad o lesión, incluido el derivado de los accidentes de tráfico y accidentes y/o enfermedades laborales, la cual se prestará a través de los servicios concertados por la Aseguradora a tal efecto.

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

Las garantías de la póliza tendrán validez siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. Si éste trasladara su domicilio fuera de España, las garantías de la póliza se extinguirán automáticamente.

Condiciones Generales

ARTÍCULO 3º. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS DE ASISTENCIA SANITARIA

Las garantías contratadas se harán constar en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Seguro, y se prestarán exclusivamente a través de Servicios Concertados por la Aseguradora, conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, en estas Condiciones Generales y en sus Anexos y, en su caso, en las Condiciones Especiales.

Se podrán contratar las siguientes garantías:

3.1. GARANTÍA EXTRAHOSPITALARIA

Esta garantía comprende la consulta con facultativo, cirugía menor en régimen ambulatorio, así como los procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos que en cada una de las asistencias específicamente se detallan a continuación, conforme a lo pactado en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Seguro.

La garantía extrahospitalaria incluye la atención de urgencias domiciliarias y ambulatorias.

3.1.1. Asistencia Primaria

Qué se cubre

La asistencia sanitaria en la consulta del facultativo y/o en el domicilio del Asegurado designado en la póliza, amparando los siguientes servicios:

- **Medicina General.**
- **Pediatría y Puericultura.** Comprende la asistencia a niños hasta 14 años de edad, así como el programa de medicina preventiva denominado “Programa del Niño Sano”. Este programa de Asistencia Primaria va dirigido fundamentalmente a todos los niños desde su nacimiento hasta los 11 años, y comprende:
 - Exploración neonatal y detección precoz de anomalías.
 - Exámenes periódicos de salud para el control de la nutrición y el desarrollo psicofísico.
 - Vacunaciones de acuerdo con el Calendario Oficial.
 - Registro de incidencias y enfermedades detectadas.
 - Promoción y educación para la salud infantil.
- **Medios de diagnóstico:** Análisis clínicos básicos y radiología convencional sin contraste.
- **Enfermería.**
- **Atención de urgencias domiciliarias y ambulatorias a través de Servicios Concertados.**

Cómo se presta el servicio

El Asegurado podrá elegir y concertar cita directamente con cualquier Servicio Concertado por la Aseguradora.

Los servicios de medicina general y enfermería incluyen la asistencia en consulta o en el domicilio del Asegurado, si bien este último supuesto sólo procederá cuando, a criterio del facultativo, el enfermo no pueda desplazarse por razón de la enfermedad o lesión que padezca.

La utilización de medios de diagnóstico y del servicio de enfermería requerirá la prescripción escrita de un facultativo que figure comprendido entre los Servicios Concertados por la Aseguradora, indicándose, en el caso del servicio de enfermería, si la asistencia es en consulta o en el domicilio.

Para la asistencia domiciliaria, la elección de un médico general o ATS fuera de la localidad en la que el Asegurado tenga su domicilio, precisará la aceptación previa del Servicio Concertado.

Las urgencias domiciliarias requerirán la obtención de autorización previa de la Aseguradora. En los casos de desplazamiento temporal fuera del domicilio, la autorización se solicitará a través del Servicio Telefónico de Urgencias de la Aseguradora. Si necesitara asistencia urgente en centro médico, el Asegurado acudiría directamente a un centro de urgencias concertado por la Aseguradora. En caso de duda, deberá contactar con el Servicio Telefónico de Urgencias de la Aseguradora.

3.1.2. Asistencia Especializada Ambulatoria

Qué se cubre

La asistencia por facultativo de las distintas especialidades médicas que más adelante se detallan, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos y cirugía menor que **exclusivamente se realicen en régimen ambulatorio**. Adicionalmente, dentro de esta Asistencia Especializada se incluyen los contrastes radiológicos utilizados en las exploraciones de diagnóstico por la imagen.

Especialidades médicas cubiertas:

- **Alergología. Las vacunas y autovacunas serán a cargo del Asegurado.**
- **Análisis Clínicos.**
- **Anatomía Patológica.**
- **Anestesiología y Reanimación. Sólo será objeto de cobertura la anestesia en procesos quirúrgicos ambulantes.**
- **Angiología y Cirugía Vascul ar Periférica. No serán objeto de cobertura los tratamientos esclerosantes venosos.**
- **Aparato Digestivo.**
- **Cardiología.**
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- **Cirugía Maxilofacial.**
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica y Reparadora.**
- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología.**

Condiciones Generales

- Diagnóstico por la Imagen.
- Endocrinología y Nutrición.
- **Genética:** Únicamente incluye los actos que figuren recogidos en el listado incluido en el Anexo I y sólo cuando en el marco de un cuadro clínico sean necesarios para la confirmación del diagnóstico genético que condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.
- Geriatria.
- Ginecología y Obstetricia.
- Hematología y Hemoterapia.
- Medicina Interna.
- Medicina Nuclear.
- Nefrología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología Clínica.
- Neurología.
- **Odontología.** Incluye únicamente propuesta de tratamiento, una limpieza de boca anual, radiografías simples y extracciones dentarias simples. No será objeto de cobertura la periodoncia, endodoncia, empastes, ortodoncia, prótesis dentales, implantes y demás tratamientos dentales, salvo que se contrate la Garantía Bucodental de la presente póliza.
- **Oftalmología.** No será objeto de cobertura la terapia fotodinámica, la cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía) y la cirugía de la presbicia.
- **Oncología Médica.** Incluye únicamente consultas.
- **Oncología Radioterápica.** Incluye únicamente consultas.
- **Otorrinolaringología.**
- **Podología.** Comprende los tratamientos de la patología del pie, en lo referente a tumores superficiales benignos y las patologías de las uñas. Se incluyen en esta cobertura 4 sesiones de quiropodia al año, el tratamiento quirúrgico de la uña encarnada y el tratamiento podológico del papiloma.
- **Psiquiatría.** Incluye únicamente la consulta en procesos psiquiátricos agudos o reagudizados. No serán objeto de cobertura los tratamientos de deshabitación a drogas y alcohol, así como el hospital de día por hospitalización psiquiátrica.
- **Rehabilitación y Logofoniatría.** Incluye los tratamientos necesarios hasta que el Asegurado haya conseguido la total o, en su defecto, máxima recuperación funcional, por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable o el tratamiento se constituya como terapia de mantenimiento u ocupacional. Un facultativo designado por la Aseguradora valorará la recuperación funcional conseguida. **Los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos para el Daño Cerebral Adquirido, en régimen ambulatorio, con cobertura limitada a una sola vez por asegurado durante la vigencia de la póliza y un máximo de 90 días.**
- Reumatología.
- Tratamiento del Dolor.

- **Traumatología y Ortopedia.**
- **Urología. No será objeto de cobertura la hipertermia prostática.**
- **Ventiloterapia, Aerosolterapia, Oxigenoterapia.** Podrán prestarse en consulta o a domicilio, según las especificaciones del facultativo. **No serán objeto de cobertura el CPAP, BIPAP y los monitores de apnea.**

Cómo se presta el servicio

El Asegurado podrá elegir y concertar cita directamente con los Servicios Concertados por la Aseguradora en todo el territorio nacional, salvo para determinados métodos terapéuticos o pruebas diagnósticas, que requerirán la obtención previa de autorización expresa de la Aseguradora para su cobertura y realización. La relación de las prestaciones sujetas a autorización se recoge en la Guía Médica Asistencial vigente.

El traslado para acceder a especialistas o centros médicos siempre será a cargo del Asegurado.

3.1.2.1. Coberturas Complementarias a la Asistencia Especializada Ambulatoria

Comprende los Programas de Medicina Preventiva diseñados por la Aseguradora que a continuación se indican, prestados en los centros específicamente concertados a tal efecto, y en los que se incluyen actuaciones médicas, exploraciones clínicas y utilización de medios de diagnóstico específicamente encaminados a la prevención de enfermedades.

Cuando no existan Servicios Concertados por la Aseguradora en la provincia de residencia del Asegurado, estos programas podrán realizarse, previa consulta con la Aseguradora, en Servicios Concertados de otras provincias.

● **Planificación familiar**

Este programa incluye:

- Técnicas de implantación del DIU (incluido el coste del DIU convencional o estándar).
- Ligadura de trompas
- Vasectomía.

● **Diagnóstico precoz de enfermedades de la mama**

Este programa incluye:

- Análisis del riesgo de la Asegurada a partir del cuestionario establecido al efecto.
- Consulta y exploración por el médico especialista.
- Ecografía mamaria.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

Si como consecuencia de las anteriores pruebas se detectase una situación de riesgo, se efectuaría una mamografía.

El programa de diagnóstico precoz de enfermedades de la mama está dirigido fundamentalmente a mujeres mayores de 40 años que no hayan tenido hijos o que el primer hijo lo hayan tenido después de los 35 años, que hayan tenido la menarquía (aparición de la pri-

Condiciones Generales

mera regla) antes de los 12 años, que hayan tenido la menopausia después de los 50 años, que estén en tratamiento hormonal y que tengan antecedentes de enfermedad mamaria o antecedentes familiares de cáncer de mama.

- **Diagnóstico precoz de enfermedades ginecológicas**

Este programa incluye:

- Análisis del riesgo de la Asegurada a partir del cuestionario establecido al efecto.
- Consulta y exploración por el médico especialista.
- Colposcopia y citología vaginal.
- Ecografía ginecológica.
- Analítica específica.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

El programa de enfermedades ginecológicas está dirigido fundamentalmente a mujeres mayores de 25 años que hayan tenido un embarazo antes de los 20 años, que padezcan infecciones genitales, que hayan tenido la menarquia (aparición de la primera regla) antes de los 12 años, que hayan tenido la menopausia después de los 50 años, con alteraciones en general de la regla y antecedentes familiares de cáncer ginecológico o que presenten obesidad, diabetes, hipertensión o tabaquismo.

- **Diagnóstico precoz de enfermedades coronarias**

Este programa incluye:

- Análisis del riesgo del Asegurado a partir del cuestionario establecido al efecto.
- Consulta y exploración por el médico especialista.
- Electrocardiograma.
- Prueba de esfuerzo.
- Analítica específica.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

Si como consecuencia de las anteriores pruebas se detectase una situación de riesgo, se practicaría un ecocardiograma.

El programa está dirigido fundamentalmente a personas mayores de 40 años, hombres o mujeres, que presenten colesterol elevado, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, obesidad, vida sedentaria o que tengan antecedentes familiares de enfermedad coronaria.

- **Diagnóstico precoz de enfermedades de la próstata**

Este programa incluye:

- Análisis del riesgo del Asegurado a partir del cuestionario establecido al efecto.
- Consulta y exploración por el médico especialista.
- Ecografía urológica.
- Analítica específica.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

El programa está dirigido fundamentalmente a varones mayores de 50 años, con o sin síntomas en la micción, que quieran conocer el estado de su próstata.

● Diagnóstico precoz de la diabetes y seguimiento del enfermo diabético

Este programa incluye:

- Diagnóstico precoz de la diabetes con consulta y exploración por el especialista, electrocardiograma, fondo de ojo, analítica específica, informe y recomendaciones.
- Seguimiento y tratamiento de enfermos diabéticos con control y seguimiento por especialista, consulta diabetológica de seguimiento anual con ficha personalizada del paciente, analítica específica y otras exploraciones diagnósticas.

El programa del diagnóstico precoz de la diabetes está dirigido a todas aquellas personas que presenten historia familiar de diabetes, obesidad, mayores de 40 años con hipertensión arterial y colesterol alto y aquellas personas que presenten cansancio excesivo, aumento del apetito, de la sed, del volumen de orina emitido al día y adelgazamiento.

El programa de seguimiento y tratamiento de enfermos diabéticos está dirigido a todas las personas diagnosticadas de diabetes.

● Diagnóstico precoz del glaucoma

Este programa incluye:

- Cuestionario de valoración del riesgo.
- Consulta y exploración por médico especialista en oftalmología examinando la agudeza visual y el nervio óptico, con toma de tensión intraocular.
- Examen con lámpara de hendidura de segmento anterior del ojo.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

Si se detectase aumento de presión intraocular y/o afectación del nervio óptico se practicaría gonioscopia y campimetría para determinar el estado de la enfermedad.

Este programa está dirigido fundamentalmente a aquellas personas que presenten antecedentes familiares de glaucoma, que sean miopes, que estén afectas de enfermedad cardiovascular, migrañas o diabetes, que hayan estado tomando medicación que pueda subir la tensión intraocular en los últimos 2 años (antidepresivos o corticoides fundamentalmente) o mayores de 40 años que no se hayan realizado una exploración oftalmológica en los últimos 3 años.

● Detección precoz de la sordera en niños.

Este programa incluye:

- Consulta y exploración.
- Otoemisiones acústicas.
- Potenciales evocados auditivos del tronco cerebral.

Este programa está dirigido a Asegurados desde su nacimiento hasta los 7 años de edad, siendo imprescindible para su prestación que en el momento del nacimiento la madre o el padre tuvieran una antigüedad en póliza superior a 8 meses.

Se incluyen las sesiones de logopedia, **hasta un límite máximo de 20 sesiones por Asegurado y año.**

Condiciones Generales

- **Rehabilitación cardiaca**

Este programa incluye:

- Consulta y valoración por especialistas.
- Sesiones de rehabilitación cardiaca mediante ejercicios físicos bajo control y monitorización cardiológica, **hasta un límite máximo de 30 sesiones por Asegurado y año.**
- Ergometría de control.

Comprende los programas de rehabilitación dirigidos a enfermos coronarios y post-operados de intervenciones quirúrgicas cardiacas, con la finalidad de mejorar su condición física y psicológica, facilitando la reincorporación del paciente, lo antes posible, a su vida laboral y social.

Los Asegurados desplazados podrán recibir parte del tratamiento en el centro de rehabilitación concertado por la Aseguradora, y el resto realizarlo en su propio domicilio siguiendo los protocolos dados por el centro y bajo la supervisión del cardiólogo responsable del paciente.

3.1.2.2. Servicios Especiales

- **Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal**

Qué se cubre

Este servicio incluye consulta con el psicólogo y tratamiento, **hasta un límite máximo de 20 sesiones por Asegurado y año, salvo para trastornos de la alimentación, cuyo límite máximo es de 40 sesiones por Asegurado y año.**

Cómo se presta el servicio

El Asegurado deberá obtener autorización previa de la Aseguradora. Asimismo, el tratamiento debe haber sido prescrito por un psiquiatra comprendido entre los Servicios Concertados por la Aseguradora, como tratamiento complementario a patologías psiquiátricas. La prescripción se acompañará, en todo caso, de un informe del médico prescriptor que justifique que el tratamiento solicitado se encuentra dentro de las coberturas de la póliza. **Existirá una franquicia a cargo del Asegurado, la cual se recogerá en el Anexo I de estas Condiciones Generales. Dicha franquicia se revisará anualmente y podrá variar en función de las variaciones de los costes asistenciales previa comunicación al Asegurado.**

- **Osteopatía**

Qué se cubre

Este servicio incluye la consulta con el osteópata y el tratamiento prescrito por él con **un máximo de 8 sesiones por asegurado y año.**

Cómo se presta el servicio

El Asegurado deberá acudir a un osteópata de la Guía Médica Asistencial **previa autorización de la Compañía. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado, la cual se recogerá en el Anexo I de estas Condiciones Generales. Dicha franquicia se revisará anualmente y podrá variar en función de las variaciones de los costes asistenciales previa comunicación al Asegurado.**

● Estudio biomecánico de la marcha

Qué se cubre

El estudio, a través de un sistema especializado en el análisis de la marcha, que consiste en la exploración activa y en bipedestación del Asegurado, observando las posibles alteraciones que puedan repercutir en su estructura esquelética con la finalidad de prevenir lesiones o corregir problemas ya instaurados.

En adultos se cubre la realización de un estudio cada cinco años y en niños (hasta los 14 años de edad) la realización de un estudio cada dos años.

Cómo se presta el servicio

Para la realización del estudio, el Asegurado deberá acudir a los centros recomendados por la Aseguradora y previa prescripción médica.

Una vez realizado el estudio, el Asegurado, si lo desea, **podrá solicitar a su cargo, la digitalización del estudio, que permite obtener un molde virtual del pie en tres dimensiones, y la fabricación de unas plantillas personalizadas, debiendo abonar los importes de los mismos al centro o servicio que los realice.**

● Reproducción Asistida

Qué se cubre

El tratamiento y estudio de la esterilidad/infertilidad de la pareja, técnicas de inseminación artificial y de fecundación “in vitro”. **Será necesario que ambos miembros de la pareja sean Asegurados de la póliza, que ninguno de ellos haya sido sometido a cirugía anticonceptiva (vasectomía o ligadura de trompas), que se haya confirmado el diagnóstico de esterilidad de uno de los miembros, que no hayan cumplido la edad de 40 años y que no hayan tenido descendencia. La cobertura alcanza a dos intentos de inseminación artificial y un intento de fecundación “in vitro “ durante la vigencia de la póliza.**

Cómo se presta el servicio

En la reproducción asistida, la prescripción y elección del tratamiento lo realizará el especialista en técnicas de reproducción asistida designado por la Aseguradora, basándose en los estudios de esterilidad correspondientes. El tratamiento se llevará a cabo en los centros médicos y hospitalarios y por los facultativos designados al efecto por la Aseguradora, los cuales no tienen por qué estar necesariamente ubicados en la provincia del domicilio de los Asegurados.

Condiciones Generales

En caso de aplicación de las técnicas ICSY o micro inyección espermática existirá una franquicia a cargo del Asegurado, la cual se recogerá en el Anexo I de estas Condiciones Generales. Dicha franquicia se revisará anualmente y podrá variar en función de las variaciones de los costes asistenciales previa comunicación al Asegurado.

La aplicación de técnicas de reproducción asistida se ajustará, en todo caso, a la legislación vigente.

3.1.3. Asistencia Especializada Obstétrica

Qué se cubre

La asistencia del obstetra o del ginecólogo en régimen ambulatorio, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios del seguimiento del embarazo de la Asegurada, siempre y cuando no se precise el ingreso hospitalario. En concreto, esta asistencia cubre en régimen ambulatorio y en los Servicios Concertados a tal efecto por la Aseguradora: las citologías, ecografías, laparoscopia, cariotipos, genotipos, amniocentesis, amnioscopia y la monitorización materno-fetal.

Dentro de esta asistencia se incluyen los siguientes Programas de Medicina Preventiva:

- **Preparación al parto**

Dirigido fundamentalmente a mujeres gestantes a partir del segundo trimestre del embarazo. Comprende el conjunto de técnicas respiratorias y de relajación, gimnasia prenatal y psicoterapia de grupo, que se aplican con la finalidad de que la gestante se encuentre preparada física y psicológicamente para el momento del parto. **El tratamiento completo tendrá una duración máxima de 15 horas.**

- **Seguimiento y tratamiento de la diabetes en el embarazo**

Dirigido a mujeres diabéticas embarazadas o aquellas que, durante el transcurso del embarazo, presenten alteración en su glucemia. Comprende el diagnóstico precoz, la interconsulta y la educación diabetológica, analítica y exploraciones específicas.

Cómo se presta el servicio

La Asegurada podrá elegir y concertar cita directamente con los Servicios Concertados por la Aseguradora en todo el territorio nacional, salvo para determinados métodos terapéuticos o pruebas diagnósticas, que requerirán la obtención de autorización expresa de la Aseguradora. **La relación de las prestaciones sujetas a autorización se recogerá en la Guía Médica Asistencial vigente.**

3.2. GARANTÍA HOSPITALARIA

Qué se cubre

Esta garantía incluye la estancia en un centro hospitalario de los Servicios Concertados por la Aseguradora, con uso de habitación individual, manutención del Asegurado ingresado, cama de acompañante (si el hospital dispone de ellas), utilización de quirófano, material

fungible, material de osteosíntesis, prótesis, implantes (según Anexo I de las Condiciones Generales de la póliza), medicamentos, tratamientos y pruebas diagnósticas, así como los honorarios devengados por los Servicios Concertados por la Aseguradora que intervengan durante la hospitalización.

Se cubrirán las prestaciones por Cirugía Mayor Ambulatoria y las realizadas en hospitales de día, tanto para procesos quirúrgicos como médicos (incluidas la medicación, productos y medios de diagnóstico utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario), conforme a lo pactado en las presentes Condiciones Generales y Particulares.

A efectos de este contrato, se entiende por hospitalización, el registro de entrada del paciente y su encamamiento en el hospital durante un mínimo de 24 horas, los ingresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y los ingresos en hospital de día.

La prestación del servicio hospitalario se ajustará, en todo caso, a las características y posibilidades del centro hospitalario y de las diferentes unidades especiales de hospitalización.

Dentro de esta garantía hospitalaria, se incluye también la Unidad de Vigilancia Intensiva, Unidad Coronaria, Unidades de Aislamiento, la hospitalización a domicilio, así como el servicio de ambulancia convencional o medicalizada, en la modalidad hospitalaria que corresponda. Este servicio de ambulancia será efectuado por uno de los Servicios Concertados por la Aseguradora para el traslado del Asegurado a uno de los centros hospitalarios incluidos en la Guía Médica Asistencial vigente.

Las urgencias hospitalarias se cubrirán en los Servicios Concertados indicados en la Guía Médica Asistencial vigente. En caso de duda, el Asegurado deberá contactar con el Servicio Telefónico de Urgencias de la Aseguradora, donde le dirigirán al Servicio Concertado más cercano para que reciba la asistencia necesaria.

● Servicio de Ambulancia

Este servicio comprende los traslados en ambulancia ordinaria o medicalizada en los casos que se especifican más adelante, **siempre que un facultativo lo ordene por escrito y concurren circunstancias especiales de imposibilidad física que impidan al enfermo la utilización de los servicios de transporte ordinarios (servicios públicos, taxi o vehículo propio). El servicio se refiere exclusivamente a ambulancias terrestres y no se establece limitación de kilómetros en el mismo:**

- Traslado del asegurado al hospital en caso de urgencia.
- Traslados interhospitalarios del asegurado.
- Traslado del asegurado desde el hospital a su domicilio una vez reciba el alta hospitalaria.
- Traslados del asegurado en régimen de hospitalización a domicilio para acudir a una consulta, o realizar rehabilitación, fisioterapia o pruebas diagnósticas.

Cómo se presta el servicio

Con carácter general, para cualquier tipo de hospitalización, **deberá solicitarse autorización previa a la Aseguradora con una antelación de, al menos, 48 horas.**

Condiciones Generales

La prescripción del especialista para la asistencia hospitalaria deberá recaer en un Servicio Concertado por la Aseguradora, indicándose el motivo del internamiento.

En los casos de hospitalización urgente, bastará la prescripción escrita o el informe de ingreso emitido por el Servicio Concertado. En estos casos, el Asegurado deberá identificarse ante los servicios administrativos de la clínica como Asegurado de MAPFRE ESPAÑA, debiendo comunicar el ingreso a la Aseguradora en el plazo máximo de las 72 horas siguientes, ello a los efectos de obtener la autorización correspondiente.

Si se tratara de urgencia extrema o vital, el Asegurado podrá ser atendido por el médico o centro hospitalario más próximo. En este caso, el Asegurado u otra persona en su nombre, deberá comunicarlo de forma fehaciente (telegrama, telefax, o comparecencia personal) dentro de las 72 horas siguientes a la atención y/o al ingreso y obtener la autorización de la Aseguradora. Asimismo, deberán presentar informe médico que justifique la urgencia extrema o vital. Los servicios médicos especialmente designados por la Aseguradora podrán decidir el traslado del Asegurado a un Servicio Concertado, siempre que para ello no haya contraindicación médica y, en todo caso, valorar la gravedad de la urgencia que motivó la asistencia por servicios no concertados por la Aseguradora.

Si el Asegurado o la persona que lo represente no acepta el traslado indicado en el párrafo anterior, la Aseguradora no se hará cargo de los gastos que se devenguen desde el momento de su comunicación. Igualmente, la Aseguradora no se hará cargo de los gastos cuando el tipo de urgencia no justifique su atención por servicios no concertados.

El servicio de hospitalización a domicilio requerirá, en todos los casos, la obtención de autorización previa de la Aseguradora, cuya concesión estará supeditada a la existencia en la localidad del domicilio del Asegurado de Servicios Concertados que lo puedan prestar. Comprenderá, exclusivamente, la atención médica por médico general y la intervención de personal de enfermería para la aplicación de inyectables, sueroterapia, sondajes y curas.

3.2.1. Hospitalización Quirúrgica

Qué se cubre

La hospitalización para tratamiento de enfermedades o lesiones que precisen de cirugía en las distintas especialidades quirúrgicas, incluida la cirugía endoscópica, el endoláser en Angiología y Cirugía Vasculat, el láser KTP y láser Holmium en Urología, láser en Oftalmología y Cirugía General y del Aparato Digestivo, así como la cirugía mayor ambulatoria.

Programa de tratamiento de la sordera en niños, dirigido a Asegurados desde su nacimiento hasta los 7 años de edad, siendo imprescindible para su prestación que en el momento del nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 8 meses. **Exclusivamente** en los casos de sordera bilateral y mayor de 40 dBHL en el oído más sano, la Aseguradora cubrirá, además de lo indicado anteriormente, lo siguiente:

- Un implante coclear, con un límite máximo de 22.000€ por Asegurado y para toda la vigencia de la póliza.
- Dos audífonos, **uno para cada oído**, para toda la vigencia de la póliza y con un límite máximo de 2.000€ cada uno.

La asistencia médico-quirúrgica para los trasplantes de córnea, corazón, hígado, riñón, pulmón, páncreas y médula ósea. El trasplante se realizará por el equipo médico y en el centro hospitalario que designe la Aseguradora.

El reintegro, hasta el límite económico previamente fijado, del coste de adquisición de las prótesis, implantes que, **exclusivamente**, se recogen en la Relación de Prótesis e Implantes del Anexo I de estas Condiciones Generales, y que hayan sido utilizados en una intervención quirúrgica autorizada por la Aseguradora. El reintegro se efectuará tras la presentación de la correspondiente factura de la empresa suministradora de la prótesis y/o implante, una vez abonada por el Asegurado. **La Aseguradora se reserva el derecho a modificar cada anualidad de vigencia de la póliza los importes a reintegrar así como a incluir y/o eliminar elementos en la relación, previa comunicación al asegurado.**

3.2.2. Hospitalización no Quirúrgica

Qué se cubre

La hospitalización para el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades o lesiones que precisen ingreso hospitalario en las distintas especialidades médicas que, a juicio de un médico especialista que figure en los Servicios Concertados por la Aseguradora, deban realizarse en régimen de internamiento hospitalario. No existe límite en el número de estancias.

En caso de **Daño Cerebral Adquirido** (traumático, vascular, etc.) y **Daño Medular**: se cubren los tratamientos médico-quirúrgicos, tratamientos de rehabilitación funcional motor y rehabilitador en unidades específicas de lesionados medulares, así como los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos **con un límite de 60 días en régimen de internamiento hospitalario. Esta cobertura alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza**

La hospitalización psiquiátrica para el tratamiento de enfermos mentales afectados de procesos agudos o crónicos reagudizados. Presenta un límite máximo de 60 días por Asegurado y año, en régimen de internamiento hospitalario o en hospital de día.

En el caso de hospitalizaciones pediátricas no existe límite de estancia.

3.2.3. Hospitalización Obstétrica

Qué se cubre

Comprende **exclusivamente** la cobertura hospitalaria por motivos obstétricos, la asistencia al parto o cesárea en régimen de hospitalización, la asistencia al neonato no incorporado a la póliza con un límite **máximo de 3 días para parto normal y 5 días para parto por cesárea** y la garantía de crío-preservación de las células madre de la sangre y del tejido del cordón umbilical. Incluye la anestesia epidural, a petición de la Asegurada, siempre que exista indicación médica y el centro disponga de los medios técnicos y profesionales que lo permitan.

Condiciones Generales

- **Crio-preservación de células madre de la sangre y del tejido del cordón umbilical (SCU y TCU)**

Prestación vinculada al parto y a la incorporación del recién nacido en la póliza en un plazo inferior a 10 días desde la fecha de nacimiento.

Qué se cubre

Siempre que se cumplan los requisitos mencionados, esta garantía incluye el servicio de crio-preservación de las células madre del cordón umbilical (obtenidas del tejido y/o de la sangre según la modalidad contratada por el asegurado).

Este servicio comprende:

- Kit de extracción
- Procesamiento de la muestra
- Determinación de la viabilidad
- Confirmada la viabilidad, el almacenamiento y mantenimiento de la muestra en el banco de células por un período de 25 años.

Cómo se presta este servicio

El servicio se prestará exclusivamente a través de los proveedores concertados por la Aseguradora. El Asegurado solicitará la prestación del servicio a la Compañía y esta le indicará el procedimiento para acceder al mismo.

Para el mantenimiento de la muestra en el banco de células, el Asegurado deberá satisfacer el importe detallado en el Anexo I de estas Condiciones Generales. Por su parte, la Aseguradora asumirá por cuenta de los Asegurados, el abono de las cuotas anuales de mantenimiento devengadas durante el tiempo en que permanezca asegurado en la póliza del progenitor hasta un límite de veinticinco años. Si la muestra resultase inviable a todos los efectos o de su procesamiento se obtuviera un número de células insuficiente, la Aseguradora no asumirá pago alguno de las cuotas de mantenimiento.

3.3. GARANTIA DE SEGUNDO DIAGNÓSTICO INTERNACIONAL

Siempre que se haga constar la inclusión de esta garantía en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, estará cubierto un segundo diagnóstico internacional en los términos que aquí se especifican.

Qué se cubre

La realización de una interconsulta clínica con otro especialista o centro hospitalario acreditado a nivel mundial, con el fin de confirmar un diagnóstico o diferentes alternativas terapéuticas, según la relevancia de la patología a tratar.

Cómo se presta el servicio

El Asegurado o el médico responsable del tratamiento con el previo consentimiento escrito de éste, podrán solicitar una interconsulta llamando al centro de atención telefónica de

MAPFRE ESPAÑA o contactando directamente con el servicio médico de la Aseguradora, quienes analizarán cada caso en particular y lo enviarán al hospital que tenga más experiencia y prestigio en esa patología relevante.

El facultativo especialista de la Aseguradora, responsable de la asistencia, confeccionará el expediente clínico del Asegurado, que se hará llegar a través de la Aseguradora al especialista o centros que estén acreditados como los más idóneos a nivel mundial en esa patología relevante.

Los servicios médicos de la Aseguradora, con la debida confidencialidad, remitirán al responsable de la asistencia la respuesta a la consulta realizada.

3.4. GARANTIA DE ACCESO A LA RED HOSPITALARIA EN ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Siempre que se haga constar la inclusión de esta garantía en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, estará cubierto el acceso a la red hospitalaria en los Estados Unidos de América en los términos que aquí se especifican.

Qué se cubre

Esta garantía comprende las gestiones necesarias para el tratamiento del Asegurado en régimen hospitalario en EE.UU., con acceso a una amplia red seleccionada por la Aseguradora en ese país, **así como el reintegro al Asegurado del 60 por ciento de los gastos médicos y hospitalarios que se originen con ocasión de dicho tratamiento, si, como consecuencia de la garantía del “Segundo Diagnóstico Internacional”, se desprendiera la necesidad de que el Asegurado se someta al mismo.**

Cómo se presta el servicio

La Aseguradora solicitará el presupuesto de los gastos médicos y hospitalarios al centro médico de la red seleccionado por el Asegurado y, una vez aceptado, tramitará su traslado así como las citaciones con el centro hospitalario, y la contratación de intérpretes si éstos fuesen necesarios.

El Asegurado será hospitalizado en el centro hospitalario elegido, a precios preferenciales, **siendo a su cargo los gastos ocasionados por el traslado, tanto ordinario como en medios medicalizados, los gastos causados por acompañantes y los derivados de la utilización de servicios de auxilio, tales como intérpretes.**

La Aseguradora, con el apoyo de especialistas concertados a este fin, auditará la factura hospitalaria que emita el centro médico en el que se haya efectuado la hospitalización.

Una vez confirmada la exactitud de la factura hospitalaria, **el Asegurado procederá a su pago íntegro.** Posteriormente, la Aseguradora efectuará el reintegro del 60 % de los gastos médicos y hospitalarios devengados durante la hospitalización.

Condiciones Generales

ARTÍCULO 4º. GARANTÍA BUCODENTAL

Siempre que se haga constar la inclusión de esta garantía en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, estará cubierta la asistencia bucodental en los términos que aquí se especifican.

Qué se cubre

Esta garantía comprende una serie de actos odontoestomatológicos básicos, de los que el Asegurado podrá hacer uso sin coste alguno, y otros actos específicos con un coste franquiciado, y ello conforme a lo estipulado en las Condiciones Especiales correspondientes a esta garantía.

Incluye una ampliación de las coberturas odontoestomatológicas de la garantía de asistencia especializada ambulatoria conforme lo estipulado en las Condiciones Especiales de ésta garantía "Garantía Bucodental" (Franquicia Dental).

Cómo se presta el servicio

El Asegurado podrá elegir y concertar cita directamente con un especialista en Odontología concertado con la Aseguradora a nivel nacional.

El Asegurado se identificará como tal ante el Servicio Concertado, presentando a tal efecto su tarjeta sanitaria antes de la realización de ningún tipo de acto o tratamiento odontológico.

El Servicio Concertado le realizará el examen oportuno, facilitándole con posterioridad un documento denominado Presupuesto Bucodental, que deberá ser firmado por ambas partes.

El Asegurado participará en el coste de los servicios mediante el abono de las franquicias que figuran en las Condiciones Especiales de esta garantía. Las franquicias establecidas son válidas para el año natural de contratación del seguro, reservándose la Aseguradora el derecho de modificar el importe de las mismas, así como a someter a franquicia prestaciones que no la tenían prevista al contratar el seguro, previa comunicación al Asegurado, para los siguientes periodos de vigencia.

El Asegurado abonará directamente al Servicio Concertado las franquicias dentales que correspondan a los actos que figuran en el presupuesto bucodental. El importe deberá coincidir con las cantidades indicadas en el apartado ACTOS GARANTIZADOS de las Condiciones Especiales de esta garantía. El Servicio Concertado facilitará al Asegurado comprobantes de todos los actos realizados y justificantes de las franquicias pagadas.

ARTÍCULO 5º. GARANTÍA DE ADOPCIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL

Qué se cubre

El Asegurado tendrá derecho al reembolso de dichos gastos siempre que tenga contratada en su póliza tanto la Garantía Extrahospitalaria como la Garantía Hospitalaria.

El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional, **hasta un máximo de 12.000 euros por adopción**, a todos aquellos Asegurados que cumplan las particularidades y condiciones exigidas por la ley en materia de adopciones y que hayan solicitado el inicio de los trámites **48 meses después de la fecha de alta en la póliza**. En ningún caso serán reembolsables los trámites de adopción iniciados antes de la fecha de efecto de la cobertura en póliza.

Comprende el reembolso de los gastos ocasionados por la realización de las siguientes actividades: expedición del certificado de idoneidad y, en su caso, del compromiso de seguimiento, obtención de cualesquiera documentos relacionados con la adopción, legalizaciones o autentificaciones de dichos documentos, traducciones, donaciones a orfanatos o casa cuna, emisión de pasaportes o visados y gastos de viaje, alojamiento y manutención en el lugar donde se realice la adopción.

Cómo se presta el servicio

Para el reconocimiento del derecho a esta prestación, el Asegurado deberá hacer entrega a la Aseguradora, una vez finalizados todos los trámites, de una copia del certificado de idoneidad así como de la solicitud del mismo y del compromiso de seguimiento, en los casos en que así lo exija el país de origen del adoptado, así como de la resolución que acuerde la adopción inscrita en el Registro Civil o cualquier otra documentación que acredite la adopción simple junto con la resolución favorable de la Comunidad Autónoma correspondiente para tramitar la adopción plena. Asimismo, deberá aportar las facturas y recibos originales, debidamente cumplimentados, con las garantías legales suficientes de autenticidad.

Verificada esta documentación, si es procedente el reembolso, éste se hará efectivo mediante transferencia bancaria a la cuenta designada por el Asegurado en la póliza.

Los gastos en moneda distinta al euro se abonarán en esta moneda, calculándose el cambio de la divisa al cambio oficial que el Banco de España tuviera fijado para el día en que se hubiera producido el gasto.

ARTÍCULO 6º. PERIODOS DE CARENCIA

Las prestaciones se entenderán cubiertas una vez que haya tomado efecto la póliza, salvo que la causa determinante de la prestación sea la enfermedad, en cuyo caso deberán haber transcurrido los siguientes periodos de carencia, excepto pacto en contrario recogido en las Condiciones Particulares de la póliza:

Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento	6 meses
Hospitalización de cualquier tipo, salvo urgencia extrema o vital	6 meses
T.A.C. coronario	6 meses
Resonancia magnética, PET, radiología vascular e intervencionista, polisomnografía, medicina nuclear e isótopos radioactivos	6 meses
Hemodinámica	6 meses
Diálisis	6 meses
Litotricia	6 meses
Oncología médica o radioterápica	6 meses

Condiciones Generales

Acceso a la Red Hospitalaria de Estados Unidos de América	6 meses
Rehabilitación y Rehabilitación cardiaca	6 meses
Consulta/Tratamientos de psicoterapia breve	6 meses
Consulta/Tratamientos de osteopatía	6 meses
Genética	6 meses
Embarazo, cariotipos, genotipos, amniocentesis preparación al parto y asistencia al parto o cesárea, crío-preservación de células madre del cordón umbilical	8 meses
Estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida (deben estar incluidos ambos miembros de la pareja, computándose el periodo de carencia desde la fecha de inclusión del miembro más reciente)	48 meses
Adopción Nacional e Internacional (el inicio de los trámites de adopción debe haberse solicitado 48 meses después de la fecha de alta del Asegurado en póliza)	48 meses

En los supuestos en que la causa determinante de la prestación sea un accidente no se aplicará período de carencia alguno.

El cómputo del periodo de carencia se iniciará desde la fecha de inclusión de cada Asegurado en cada una de las garantías contratadas.

ARTÍCULO 7º. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS

El Asegurado participará en el coste de los servicios mediante el abono de una cantidad establecida para cada servicio que figura en el Anexo I de estas Condiciones Generales así como en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro.

El importe de la participación del Asegurado en el coste de los servicios se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales.

Las cantidades a abonar por el Asegurado son válidas para el año natural de contratación del seguro, reservándose la Aseguradora el derecho a modificar su importe, así como a establecer el abono de una cantidad en prestaciones que no la tenían prevista al contratar el seguro, previa comunicación al Asegurado, para los siguientes periodos de vigencia.

ARTÍCULO 8º. AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA

El Asegurado deberá cumplir las siguientes normas:

Comprobar, antes de acudir al profesional o centro sanitario, que sea un Servicio Concertado por la Aseguradora.

Cada acto sanitario prestado requerirá de un único pase de tarjeta, que se podrá efectuar en soporte papel o por datáfono.

Para aquellas prestaciones que requieran autorización expresa de la Aseguradora, el Asegurado deberá facilitar informe médico en el que se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, fecha de diagnóstico, causas, origen y evolución de la dolencia sufrida.

En caso de que la prestación derive de un accidente, será necesario aportar informe asistencial del servicio de urgencias, y, en su caso, parte de accidente, atestado y diligencias judiciales.

No anticipar el pago de los gastos ocasionados por la utilización de Servicios Concertados, los cuales serán abonados por la Aseguradora en su nombre, directamente a los profesionales y/o centros sanitarios que hayan prestado el servicio.

ARTÍCULO 9º. TARJETA MAPFRE ESPAÑA

La Aseguradora facilitará a los Asegurados la tarjeta MAPFRE ESPAÑA, la cual tiene una validez limitada por un período de tiempo determinado.

El Asegurado deberá identificarse en el Servicio Concertado como Asegurado de MAPFRE ESPAÑA mediante la exhibición de su tarjeta, a la que acompañará, obligatoriamente, su documento nacional de identidad, número de identificación de extranjero o pasaporte. En caso de menores de edad o incapacitados, la identificación se realizará por su tutor o representante legal.

La tarjeta MAPFRE ESPAÑA es personal e intransferible, reservándose la Aseguradora las acciones legales que procedan en el supuesto de uso fraudulento de la misma. En caso de robo, hurto o extravío, el Asegurado está obligado a comunicar esta circunstancia a la Aseguradora a la mayor brevedad posible; asimismo, el Asegurado deberá devolver la tarjeta de la Aseguradora al finalizar la relación contractual.

ARTÍCULO 10º. ASISTENCIAS Y/O GASTOS NO CUBIERTOS POR LA PÓLIZA

No están cubiertos por la póliza las asistencias y/o gastos indicados a continuación:

- 1. Salvo autorización expresa de MAPFRE ESPAÑA no está cubierta en ningún caso la asistencia sanitaria prestada por médicos, servicios o centros no concertados con MAPFRE ESPAÑA ya sean de titularidad pública o privada (aun cuando ésta haya sido ordenada por servicios concertados), así como los gastos médicos, hospitalarios y de cualquier clase derivados de prestaciones que los médicos, servicios o centros no concertados puedan prescribir, ni los reembolsos de dichos gastos o cualquier otro tipo de indemnización.**

En caso de urgencia extrema y vital el Asegurado podrá ser atendido por el médico o centro hospitalario más próximo, según se recoge en el epígrafe 3.2 “Garantía Hospitalaria”, de las presentes Condiciones Generales.

La Aseguradora podrá reclamar al Asegurado los gastos que haya tenido que abonar al sistema sanitario público por la asistencia que le hayan prestado en

Condiciones Generales

supuestos no cubiertos, de conformidad con lo establecido en estas Condiciones Generales.

2. La asistencia sanitaria y/o los gastos derivados de toda clase de enfermedades, defectos y malformaciones (incluidas las congénitas) contraídas, manifestadas o conocidas por el Asegurado antes de la fecha de efecto de su alta en la póliza, así como las secuelas producidas por ellas, y los defectos de nacimiento, salvo que hubieran sido aceptadas expresamente por la Aseguradora en las Condiciones Particulares de la póliza y/o Certificado Individual de Seguro.
3. Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.
4. Todos aquellos procedimientos médicos, quirúrgicos y medios de diagnóstico que sean considerados técnicas novedosas o de nueva implantación conforme a lo establecido en estas Condiciones Generales.
5. Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas en general, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
6. La cirugía reductora y reconstructora de la mama, salvo después de mastectomía por cáncer de la mama afectada, así como la cirugía de la obesidad y/o bariátrica.
7. Los tratamientos e intervenciones esclerosantes venosos, los tratamientos cosméticos y de la alopecia androgénica.
8. Las piezas anatómicas ortopédicas, material ortopédico, los injertos osteoconductores, osteoinductores, terapias celulares, así como los factores de crecimiento, las prótesis e implantes, salvo los incluidos en el Anexo I de estas Condiciones Generales y hasta los límites económicos fijados en la póliza.
9. Las órtesis, miembros u órganos artificiales y, en general, cualquier material ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, monitorizaciones, así como los gastos de mantenimiento y reparación de los mismos y en general cualquier producto o asistencia utilizadas con fines sociales. Los productos farmacéuticos, vacunas (excepto las incluidas en el Programa del Niño Sano), autovacunas y jeringuillas, así como el D.I.U. (salvo en los Programas de Medicina Preventiva).
10. El mantenimiento de los audífonos incluidos en el Programa de Tratamiento de la Sordera en Niños.
11. Los tratamientos con cámara hiperbárica, así como CPAP, BIPAP, los monitores de apnea, tratamientos farmacológicos y concentradores de oxígeno portátiles.
12. Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, tales como organometría, acupuntura, homeopatía y similares.
13. La asistencia sanitaria y todos los gastos médico-quirúrgicos derivados de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (SIDA) y el tratamiento del alcoholismo y de la drogadicción.
14. Medicación complementaria a tratamientos quimioterápicos.

15. La cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas.
16. Cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía), cirugía de la presbicia, así como los costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos. Terapia fotodinámica en Oftalmología.
17. Cirugías preventivas, chequeos, exámenes médicos generales de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de Medicina Preventiva expresamente pactados en la póliza, siempre que se utilicen los Servicios concertados por la Entidad.
18. Periodoncia, endodoncia, empastes, ortodoncia, prótesis dentales, implantes y demás tratamientos dentales, salvo que se contrate la Garantía Bucodental y se utilicen los Servicios Concertados por la Aseguradora.
19. Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como para tratamientos de fisioterapia y rehabilitación, salvo que concurren las circunstancias establecidas para enfermos en régimen de Hospitalización, según lo recogido en la descripción del “Servicio de Ambulancia”, así como los gastos de desplazamiento originados para asistir a centros médicos y hospitales fuera de la localidad de residencia del Asegurado.
20. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de tentativa de suicidio o autolesión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
21. En relación con los trasplantes de órganos, la póliza únicamente cubre la asistencia médico-quirúrgica para los trasplantes recogidos expresamente en estas Condiciones Generales, y en ningún caso la gestión, el transporte, y los gastos derivados de la obtención y conservación de órganos.
22. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y las producidas por la práctica como profesional de cualquier deporte, así como por la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo análogo.
23. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.
24. La asistencia sanitaria y los gastos médicos derivados de las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radiactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el

Condiciones Generales

Gobierno de la Nación como “catástrofe o calamidad nacional”, así como en las epidemias declaradas oficialmente.

25. Los servicios hosteleros y sociales tales como teléfono, televisión, comidas alternativas o del acompañante, servicio privado de enfermería, habitaciones tipo suites y similares, así como la cama del acompañante en los ingresos del paciente en unidades especiales.
26. Los tratamientos y/o internamientos para curas de reposo o de adelgazamiento. Las estancias en residencias asistidas, geriátricos, o asilos y los tratamientos o permanencias en balnearios, así como cualquier hospitalización en la que concurran circunstancias de tipo social.
27. La hospitalización en procesos psiquiátricos crónicos, test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, sofrología y narcolepsia, rehabilitación psicosocial o neuropsicológica realizada durante la hospitalización del paciente o en tratamiento ambulatorio, así como el hospital de día por hospitalización psiquiátrica.
28. La póliza no cubre la asistencia sanitaria y/o los gastos correspondientes a la atención a recién nacidos, salvo que se incluyan en la póliza, según lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.
29. El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional iniciado con anterioridad a la fecha de alta del asegurado en la póliza.
30. La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.
31. Cualquier estudio genético, excepto cuando, en el marco del cuadro clínico, la confirmación del diagnóstico genético condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación y siempre que en este caso el estudio necesario figure en el listado incluido en el Anexo I. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.
32. Partos en medios acuáticos, a domicilio y por medios alternativos así como las técnicas de recuperación postparto.
33. Cirugía de cambio de sexo.
34. La educación para el lenguaje, salvo cuando haya patología orgánica de los órganos de la fonación, la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos, la terapia de mantenimiento u ocupacional, así como los tratamientos de rehabilitación en régimen ambulatorio para el Daño Medular.
35. Toda técnica quirúrgica o procedimiento terapéutico que use el láser, salvo los expresamente incluidos en el epígrafe 3.2.1 “Hospitalización Quirúrgica” de las presentes Condiciones Generales. La cirugía del Parkinson y la cirugía de la Epilepsia.
36. La digitalización del estudio biomecánico de la marcha y la fabricación de las plantillas personalizadas.

37. En reproducción asistida, la medicación, la congelación/descongelación de embriones, esperma y óvulos, el diagnóstico preimplantacional, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma.

38. El tratamiento quirúrgico de la impotencia coeundi. La rehabilitación del suelo pélvico y la hipertermia prostática.

Todos los supuestos especificados en este artículo se refieren tanto a la enfermedad, accidente o hecho que se señala, como a las secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados por o a consecuencia de todo lo anterior, por lo que no resultan cubiertos ninguno de ellos.

ARTÍCULO 11º. GARANTÍAS ADICIONALES

Siempre que consten contratadas en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, la Aseguradora prestará las siguientes garantías de acuerdo con los términos que aquí se establecen:

11.1 PROTECCIÓN DE PAGOS

La Aseguradora se compromete a pagar al Asegurado una prestación equivalente a la prima mensual del seguro, por cada 30 días consecutivos que éste se encuentre en situación de incapacidad temporal o desempleo en los términos y con los límites estipulados en la presente garantía.

La Aseguradora pone a disposición de sus Asegurados las prestaciones de “Protección de Pagos por Desempleo e Incapacidad Temporal” derivadas de enfermedad o accidente de acuerdo con los límites y condiciones recogidos en el Anexo 3 que se entrega con la presente póliza.

11.2 FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

La Aseguradora garantiza el pago a los beneficiarios de un capital máximo de 12.000 euros si como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza se produjese el fallecimiento del Asegurado inmediatamente o en el plazo máximo de 365 días, a contar desde la fecha del accidente. A los efectos de esta garantía se entiende por:

Asegurado: cualquier asegurado incluido en póliza que no esté incapacitado y que sea de edad superior a catorce años e inferior a sesenta y cinco.

Beneficiario: las personas a quienes el Asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización en caso de fallecimiento. A falta de designación expresa por parte del Asegurado se considerarán beneficiarios, por riguroso orden de preferencia, los siguientes: el cónyuge no separado legalmente, los hijos del Asegurado, los padres del Asegurado por partes iguales o el superviviente de los dos, los herederos legales del Asegurado.

Esta garantía cubre los accidentes sufridos por el Asegurado en todo el mundo, excepto aquellos ocurridos en regiones inexploradas o desérticas o en viajes que tengan carácter de exploración. En cualquier caso se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de

Normas Generales

Seguros los siniestros producidos por causa de naturaleza extraordinaria, de conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

Asimismo, a efectos de esta garantía no tendrán la consideración de accidentes y, por tanto, quedan excluidos de cobertura:

- a) **Los accidentes ocurridos con anterioridad a la incorporación del Asegurado en la póliza, los causados por la participación en actos delictivos, duelos, riñas, actos de imprudencia temeraria o negligencia grave así como los que se produzcan cuando esté bajo los efectos del alcohol o las drogas.**
- b) **Los actos provocados intencionadamente por el Asegurado o los Beneficiarios como el suicidio o tentativa de suicidio consciente o inconsciente y las autolecciones.**
- c) **Los accidentes ocasionados por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente, así como los que sufra como pasajero en medios de transporte que no cumplan los requisitos legales vigentes.**
- d) **Los ocurridos con ocasión de guerras declaradas o no, revoluciones, invasiones, asonadas, sediciones, rebeliones así como medidas de carácter militar.**

La indemnización será satisfecha al término de las investigaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y sus consecuencias. Para obtener el pago, los Beneficiarios deberán remitir a la Aseguradora los siguientes documentos justificativos:

- a) Certificado literal de la inscripción de la defunción del Asegurado en el Registro Civil correspondiente.
- b) Certificado o informe del médico o médicos que hayan asistido al Asegurado, indicándose el origen, la naturaleza y la evolución de las consecuencias del accidente que ha originado su fallecimiento, o en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- c) Documentos que acrediten la personalidad del o de los Beneficiarios mediante testamento o declaración legal de herederos, cuando dichos Beneficiarios hayan sido designados en la póliza.
- d) Carta de pago o autoliquidación provisional del impuesto sobre sucesiones debidamente cumplimentada por la Delegación o Administración de Hacienda. No obstante, la Aseguradora queda autorizada a retener aquella parte del capital asegurado en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación sobre el impuesto sobre sucesiones.

Si en un mismo Asegurado coincidieran varias pólizas emitidas por la Aseguradora, en caso de siniestro, se abonará una única indemnización a los Beneficiarios.

Normas Generales

ARTÍCULO 12º. BASES DEL CONTRATO

1. El presente contrato se establece con base en las declaraciones manifestadas por el Tomador del Seguro y/o los Asegurados, que tienen el deber, antes de la conclusión del

contrato, de declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario de salud que ésta le someta, todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

2. En caso de reserva o inexactitud en la declaración, la Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderá a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración. Si dicha reserva o inexactitud es exclusivamente imputable a uno de los Asegurados, la Aseguradora podrá excluir al mismo de la póliza mediante comunicación dirigida al Tomador del Seguro.
3. En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, la Aseguradora podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del mismo excede de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora.

Si como consecuencia de dicha inexactitud la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, el Tomador o el Asegurado estarán obligados a satisfacer a la Aseguradora la diferencia existente entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera edad del Asegurado. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Aseguradora estará obligada a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

4. El Tomador del Seguro y, en su caso, los Asegurados deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la Aseguradora tan pronto como sea posible todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la Aseguradora en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para aquellos. Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán poner en conocimiento de la Aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo.

El Tomador también deberá comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio del domicilio familiar.

5. Altas de nuevos Asegurados en la póliza.

El alta en la póliza, en caso de que la compañía acepte su aseguramiento, no surtirá efectos hasta que se haya emitido el suplemento y abonado la prima correspondiente, que vendrá determinada por la aplicación de las tarifas que el Asegurador tenga en vigor en la fecha en que se produzca el alta.

6. Alta de recién nacidos.

Cuando se trate de recién nacidos hijos de Asegurado/a se incorporarán a la póliza desde la fecha de su nacimiento en idénticas condiciones a las que hubiere contratado el Asegurado/a, no computándose más carencias que las que fueran de aplicación a éstos, siempre y cuando concurren los siguientes requisitos:

- Que se solicite la incorporación a la póliza del recién nacido en el plazo de diez días hábiles desde la fecha de su nacimiento mediante la cumplimentación de la solicitud establecida a tal efecto.

Normas Generales

- Que el alta del Asegurado/a haya tomado efecto en un tiempo igual o superior a los 8 meses inmediatamente anteriores al nacimiento.

En caso de no cumplirse los anteriores requisitos, la incorporación del recién nacido se someterá a las normas de selección y contratación de la Aseguradora.

Con independencia de lo establecido en los apartados precedentes, si el recién nacido tuviese alguna enfermedad y/o malformación congénita, la Aseguradora garantiza la aceptación de su alta en el seguro previo siempre el abono de la prima correspondiente, y siendo requisito imprescindible, adicional, que el alta de la madre o del padre en la póliza haya tomado efecto con al menos 8 meses de antelación al nacimiento.

7. Subrogación de la Aseguradora.

La Aseguradora, una vez prestada la asistencia, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo.

El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar a la Aseguradora en el derecho de subrogación aquí regulado.

ARTÍCULO 13º. PERFECCIÓN, EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

1. El seguro entrará en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que, salvo pacto en contrario, la Aseguradora haya cobrado el primer recibo de prima.
2. El seguro se estipula por el período señalado en las Condiciones Particulares y a su vencimiento se prorrogará automáticamente por períodos anuales, salvo que alguna de las partes se oponga a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos un mes de antelación a la conclusión del periodo en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea la Aseguradora.
3. La cobertura del seguro cesará automáticamente desde la fecha de extinción de la póliza. Desde ese momento, el Asegurado no tendrá derecho a prestaciones sanitarias posteriores aunque tengan su origen en enfermedades o accidentes anteriores a la citada fecha de extinción.

ARTÍCULO 14º. CONTRATACIÓN A DISTANCIA DE SEGURO

En caso de contratación a distancia, se aplicará lo dispuesto en este artículo. Se considera que existe contratación de un seguro a distancia cuando para su negociación y celebración se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros similares.

En caso de caso de contratación a distancia, el seguro entrará en vigor a las 0 horas del día siguiente a aquel en que el tomador haya prestado su consentimiento, salvo que, por

acuerdo expreso se concierte otra fecha. En todo caso, la fecha de efecto quedará reflejada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Sin perjuicio de lo indicado en los párrafos anteriores, el contrato y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito. La Aseguradora está obligada a entregar al tomador del seguro la póliza. El tomador deberá devolver a la Aseguradora un ejemplar firmado por él de las Condiciones Particulares de la póliza, así como la documentación acreditativa de las circunstancias que configuren el riesgo.

El Tomador, cuando sea consumidor, esto es, persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, dispondrá de un plazo de 14 días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro.

Dicho plazo se contará desde el día de la celebración del contrato o desde la fecha en que la Aseguradora entregue la póliza.

El tomador habrá de comunicarlo a la Aseguradora por un procedimiento que permita dejar constancia de la notificación de cualquier modo admitido en Derecho y estará obligado a pagar la prima correspondiente hasta el momento del desistimiento. En caso de que la prima hubiera sido cobrada, la Aseguradora reembolsará al Tomador, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, dicho importe, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia hasta el momento del desistimiento.

ARTÍCULO 15º. IMPORTE, PAGO DE LA PRIMA Y EFECTOS DE SU IMPAGO

A) NORMAS GENERALES

1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de las primas en las condiciones estipuladas en la póliza.
2. Los recibos de primas deberán hacerse efectivos por el Tomador en sus correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas. No obstante, podrá pactarse el fraccionamiento del pago de la prima, aplicándose el recargo correspondiente. Dicho fraccionamiento y el recargo que corresponda se harán constar en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro.
3. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que este ha de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro.
4. La prima es indivisible y se debe y corresponde a la Aseguradora por entero durante todo el período de duración del contrato pactado, aun en el caso de que se haya acordado el fraccionamiento del pago. En caso de extinción del contrato antes de la fecha de vencimiento pactada, o de cualquiera de sus prórrogas, la Aseguradora no está obligado a reintegrar al Tomador cantidad alguna correspondiente a la prima que haya sido satisfecha íntegramente, salvo en los supuestos legalmente previstos.
5. **La Aseguradora sólo queda obligada por los recibos por ella librados. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor, no se enten-**

Normas Generales

derá realizado a la Aseguradora salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima emitido por la Aseguradora.

6. La Aseguradora podrá aplicar un Sistema de Reajuste Individual de Primas en función de los gastos generados por la póliza.

B) PRIMA INICIAL

1. La prima inicial es la que se fija en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, que corresponde al periodo inicial de cobertura señalado en las mismas.
2. Si por culpa del Tomador del Seguro, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza.
3. **Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación.**

C) PRIMAS SUCESIVAS

1. Para el caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los períodos sucesivos será la que resulte de aplicar las tarifas de prima que tenga establecidas la Aseguradora en cada momento, fundadas en criterios técnico-actuariales teniendo en cuenta, además, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido conforme a lo previsto en estas Condiciones Generales, las edades de los Asegurados y el historial de siniestralidad de la póliza registrado en los períodos de seguro precedentes.
2. Si la prima fijada para el nuevo periodo de cobertura implicase un incremento respecto a la del periodo precedente, la Aseguradora, al menos dos meses antes del vencimiento del contrato, comunicará al Tomador del seguro el importe de la prima para el nuevo período de cobertura, mediante envío de un aviso de cobro del recibo correspondiente en el domicilio declarado a tal fin o, en su defecto, en el domicilio habitual del Tomador, conforme a lo establecido en el artículo 16º de estas Condiciones Generales para las comunicaciones.
3. **La falta de pago de una de las primas sucesivas dará lugar a que la cobertura quede suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Aseguradora podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el periodo en curso.**

No serán indemnizables los siniestros que se produzcan cuando las coberturas se encuentren suspendidas.

Si la Aseguradora no reclamara el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. La Aseguradora cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.

D) FRACCIONAMIENTO DEL PAGO

1. Podrá pactarse el fraccionamiento de pago de la prima anual en los plazos y de acuerdo con las estipulaciones que se establezcan en las Condiciones Particulares del contrato.
2. Si el Tomador del Seguro no pagase uno de los recibos en que se hubiese fraccionado el pago de la prima, la Aseguradora puede exigir al Tomador el pago de todos los recibos pendientes de vencimiento, pago que habrá de hacerse efectivo en el plazo máximo de los treinta días siguientes a aquél en el que el Tomador recibió la notificación de la Aseguradora por medios fehacientes; de no producirse el pago, el seguro quedará en suspenso un mes después del día del vencimiento de la primera fracción de prima impagada.
3. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado precedente y en tanto no se haya producido la suspensión de la cobertura, **en caso de siniestro, la Aseguradora podrá deducir en la indemnización el importe de las fracciones de primas vencidas y no satisfechas por el Tomador del Seguro.**

E) PAGO A TRAVÉS DE ENTIDAD FINANCIERA O DE CRÉDITO

Si se pacta, como forma de pago, la domiciliación bancaria de los recibos de prima, el Tomador del Seguro entregará a la Compañía carta dirigida al Banco o Entidad de Crédito, dando la orden correspondiente, y serán de aplicación, además de las de carácter general, las normas siguientes:

● Primera prima

La prima se supondrá satisfecha desde el día del efecto del contrato salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicho efecto, la Entidad Financiera o de Crédito designada devolviera el recibo impagado. En tal caso, la Aseguradora notificará por escrito al Tomador del Seguro el impago producido y que tiene el recibo en el domicilio de la Aseguradora durante 15 días para su pago. Transcurrido este plazo sin que la prima hubiera sido satisfecha, el contrato quedara resuelto.

● Primas sucesivas

Si la Entidad Financiera o de Crédito devolviera el recibo impagado, la Aseguradora notificará el impago al Tomador del Seguro indicándole que tiene el recibo en el domicilio de ésta para su pago. El seguro quedará en suspenso si no se realiza el pago dentro del mes siguiente al día de vencimiento del seguro o dentro del plazo de 15 días desde la citada notificación del impago al Tomador, si hubiese transcurrido dicho mes.

ARTÍCULO. 16º. COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario sólo se considerarán válidas si han sido dirigidas por escrito a la Aseguradora.

En caso de contratación a distancia, cuando el contrato se haya perfeccionado por el consentimiento de las partes manifestado de forma verbal, las comunicaciones relativas

Normas Generales

a las declaraciones de los factores de riesgo y demás datos necesarios para la suscripción y emisión de la póliza o sus suplementos se harán verbalmente.

Las partes se autorizan mutuamente a grabar las conversaciones telefónicas que se mantengan a tales efectos.

2. Todas las comunicaciones entre el Tomador, Asegurado o Beneficiario y la Aseguradora que puedan efectuarse por razón de esta Póliza, podrán realizarse y serán válidas, además de por carta, por cualquier otro medio escrito, incluido correo electrónico, SMS, o fax, en la dirección que tanto la Aseguradora como el Tomador hubieran facilitado, ya sea al contratar la Póliza o en un momento posterior, debiendo el Tomador comunicar a la Aseguradora, tan pronto como sea posible, cualquier cambio del domicilio, teléfono, fax o dirección de correo electrónico facilitado.
3. Las comunicaciones efectuadas a la Aseguradora por un corredor de seguros, en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizase éste, salvo expresa indicación en contrario por su parte.

ARTÍCULO 17º. PRESCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN

PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en el término de 5 años. El plazo de prescripción comenzará a contar desde la fecha en que las acciones puedan ejercitarse.

RECLAMACIONES Y JURISDICCIÓN

1. El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará uno en España si estuviese domiciliado en el extranjero.
2. Conforme a la normativa establecida para la protección de los usuarios de los servicios financieros, en el caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato de seguro, el Tomador del seguro, el Asegurado, los Beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes, podrán formular reclamación mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por carta (Apartado de correos 281-28220 Majadahonda, Madrid), por correo electrónico (reclamaciones@mapfre.com), o a través del teléfono 900 205 009, de conformidad con el Reglamento para la solución de conflictos entre las sociedades del Grupo MAPFRE y los usuarios de sus servicios financieros, que puede consultarse en la página web “mapfre.es”, y a las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato.
3. Asimismo, podrán formular reclamaciones y quejas los clientes de la Aseguradora, así como sus derechohabientes, en relación con la actuación de sus agentes de seguros y operadores de bancaseguros, de conformidad con el Reglamento y el procedimiento antes citados.

4. La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica.
5. Desestimada dicha reclamación o transcurrido el plazo de dos meses a contar desde la fecha en que el reclamante la haya presentado, podrá éste formular reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana 44, 28046, Madrid; correo electrónico: reclamaciones.seguros@mineco.es, Oficina virtual: oficinavirtual.dgsfp@mineco.es).
6. Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de mediadores o árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

Definiciones

A efectos de este contrato se entenderá por:

- **Accidente:** Lesión corporal debida a una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. No se considerarán como accidentes las enfermedades cardiovasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.
- **Adopción:** Acto formal sometido a aprobación judicial por el que se considera padres e hijos a quienes no lo son por naturaleza.
- **Ambulancia convencional:** Vehículo terrestre no medicalizado destinado al transporte de enfermos que lo precisen por causas médicas justificadas, pero cuyo estado no haya de prever la necesidad de asistencia médica sanitaria en ruta.
- **Ambulancia medicalizada:** Vehículo terrestre destinado al transporte de enfermos que lo precisen por causas médicas justificadas, dotado con el personal asistencial y la tecnología necesarios para abordar situaciones de extrema gravedad y urgencia en ruta, lo que lo diferencia de ambulancia convencional.
- **Análisis clínicos básicos:** Se incluyen las determinaciones analíticas siguientes: Hemograma, glucosa, urea, creatinina, colesterol, TG, GOT, GPT, GGT, Ac. Úrico, y análisis de orina simple.
- **Asegurado:** Las personas que figuran como tales en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Seguro.
- **Asegurado Titular:** Cada uno de los Asegurados que satisface las condiciones de adhesión al seguro y que, en defecto del Tomador del Seguro, asume las obligaciones derivadas del contrato.
- **Aseguradora:** MAPFRE ESPAÑA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., entidad emisora de esta póliza, que mediante el cobro de la prima, asume la cobertura del riesgo contratado con arreglo a las condiciones de la póliza.
- **Asegurados dependientes:** Tendrán tal consideración las personas que convivan con el Asegurado Titular, de forma permanente en el domicilio familiar y se encuentren incluidas en la póliza.

Definiciones

- **Asistencia ambulatoria:** Atención sanitaria prestada a un enfermo o lesionado en un consultorio médico u hospital, sin que se produzca su hospitalización por un período de tiempo superior a 24 horas.
- **Beneficiario:** La persona titular del derecho a percibir, en su caso, la prestación derivada de la póliza. En esta modalidad de seguro, este derecho corresponde al Asegurado.
- **Carencia:** Periodo de tiempo durante el cual no tiene vigencia alguna de las garantías de la póliza, cuyo cómputo se inicia a partir de la fecha de efecto de inclusión del Asegurado en la póliza.
- **Cirugía menor ambulatoria:** Se considera Cirugía Menor Ambulatoria los actos quirúrgicos practicados bajo la responsabilidad de un médico, realizados mediante procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no precisan ingreso.
- **Cirugía mayor ambulatoria:** Se trata de un módulo organizativo de atención a los pacientes que precisan asistencia quirúrgica, ya sea con anestesia general, local, regional o sedación, que requieren de cuidados postoperatorios de corta duración y escasa complejidad, por lo que no precisan de ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta a las pocas horas de ser intervenidos quirúrgicamente. Se incluyen los procedimientos quirúrgicos que no requieren más de 24 horas.
- **Consulta:** Acción y efecto de atender y examinar al paciente a un médico, realizando las exploraciones habituales para, con o sin apoyo de otras pruebas de diagnóstico complementarias, obtener un diagnóstico, un pronóstico y prescribir un tratamiento.
- **Domicilio familiar:** Lugar designado en la póliza en el que conviven el Asegurado Titular y sus familiares de él dependientes. Es el que se considera a los efectos de la asistencia domiciliaria.
- **Enfermedad congénita:** Es aquella alteración de la salud con la que se nace, bien por ser hereditaria o por haberse contraído en el seno del útero materno.
- **Enfermedad o lesión:** Toda alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico y que haga precisa la asistencia facultativa. No se considerarán enfermedades a efectos de cobertura, a título meramente enunciativo y no limitativo: los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo, los tratamientos psicológicos, las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, los defectos o dolencias congénitas, el alcoholismo y las toxicomanías.
- **Enfermedad, defecto o malformación preexistente:** Es aquella alteración de la salud que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro y que normalmente hubiera sido percibida por signos o síntomas, independientemente de que exista un diagnóstico médico.
- **Esterilidad de la pareja:** Es la incapacidad de la pareja para lograr la concepción después de dos años de mantener relaciones sexuales sin métodos de planificación.

- **Factores de Crecimiento:** Sustancias proteicas que se implantan en el organismo con la finalidad de estimular la proliferación y la supervivencia celular y que son utilizados en terapia biológica.
- **Franquicia:** Cantidad o porcentaje expresamente pactada, a cargo del Asegurado, como participación del mismo en el coste de los servicios sanitarios.
- **Gastos médicos razonables y acostumbrados:** Aquellos que no exceden de las tarifas habitualmente facturadas por los médicos o centros hospitalarios, en el ejercicio privado de su actividad.
- **Grupo familiar:** El conjunto de personas formado por el Asegurado Titular y los Asegurados dependientes.
- **Guía Médica Asistencial:** Lista vigente, considerándose como tal la última publicada, de profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y otros servicios sanitarios concertados directamente por la Aseguradora a los que tiene acceso directo el Asegurado. Como puede sufrir modificaciones se debe confirmar, antes de asistir por primera vez a uno de estos servicios, la validez de los datos que figuran en ella. El Asegurado podrá solicitar información de la Aseguradora sobre las guías de otras provincias.
- **Hospital o Centro Hospitalario:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos, intervenciones quirúrgicas, e internamiento superior a 24 horas. Estos centros pueden disponer además de unidades especiales de hospitalización y de hospital de día.

A los efectos de la póliza no se considerarán hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo o convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de enfermedades crónicas, tratamientos de drogadicción o alcoholismo e instituciones similares.

- **Hospitalización:** Supone el registro de entrada del paciente y su encamamiento en el hospital durante un mínimo de 24 horas.
- **Hospitalización en Unidades especiales:** Es la ocupación de una cama hospitalaria, que por sus características respecto a los medios técnicos, médicos y de cuidados de enfermería empleados, la diferencian de la hospitalización general o habitual.

Estas unidades están fundamentalmente destinadas: a la vigilancia y tratamiento intensivo de pacientes graves o de alto riesgo (cuidados intensivos, coronarias, neonatología); al tratamiento específico de ciertas enfermedades o lesiones (unidad de quemados, unidad de lesionados raquimedulares); o al aislamiento del paciente, bien porque éste pueda ser contaminante (unidad de infecciosos, unidad para el tratamiento con isótopos radioactivos) o bien para evitar su contaminación al tener alterado su sistema inmunológico (unidad de aislamiento en enfermos trasplantados).

- **Hospitalización de día:** Supone la ocupación de una cama de hospitalización de un centro médico o de un hospital por un periodo inferior a 24 horas y habitualmente pernoctando el enfermo en su domicilio.

Definiciones

■ **Hospitalización a domicilio:** Consiste en la atención médica y de enfermería al paciente encamado en su propio domicilio, con la colaboración de su familia, que permita la asistencia, sin necesidad de ingreso hospitalario, de enfermedades o lesiones crónicas o la recuperación después de intervenciones quirúrgicas.

■ **Implante:** Todo material que se inserta en el organismo con finalidad terapéutica, diagnóstica o estética.

A los efectos de la póliza no se consideran prótesis e implantes:

Las ópticas (gafas, lentillas), auditivas (audífonos), miembros u órganos artificiales (extremidades ortopédicas, prótesis del ojo, de testículo y de mama), prótesis de pene y cualquier otra no recogida explícitamente en la Relación de Prótesis e Implantes cubiertas por la Aseguradora mediante el reintegro a los Asegurados de cantidades económicas hasta un límite previamente fijado en euros, incluida en el Anexo I de estas Condiciones Generales.

■ **Infertilidad de la pareja:** Es la incapacidad de la pareja de finalizar una gestación que lleve al nacimiento de un hijo, después de un año o más de mantener relaciones sexuales sin métodos de planificación.

■ **Intervención quirúrgica:** Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por profesional sanitario autorizado con fines terapéuticos.

■ **Intervención quirúrgica de carácter urgente:** Aquella en que la demora en su realización pueda significar un peligro grave e inmediato para la vida de la persona o para su capacidad funcional.

■ **Material ortopédico:** Aparato de cualquier naturaleza utilizado para corregir o evitar las deformidades del cuerpo humano o para reemplazar parcial o totalmente las funciones de un miembro u órgano.

A los efectos de la póliza se considera material ortopédico: los aparatos ortopédicos en general (sillas de ruedas, camas ortopédicas, corsés, collarines y bastones de apoyo) así como cualquier otra no recogida explícitamente en las presentes Condiciones Generales.

■ **Material de osteosíntesis:** Cualquier elemento empleado por la síntesis o unión de los extremos de un hueso.

■ **Médico:** Persona que se halla legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina.

■ **Póliza:** Conjunto de documentos que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, el cuestionario sobre el estado de salud, las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que individualizan el riesgo, así como los suplementos o apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla así como el Certificado Individual de seguro.

■ **Prima:** Precio del seguro que se devengará por periodos anuales, en cuyo recibo se incluirán además los recargos e impuestos repercutibles.

- **Prótesis:** Todo material que sustituye a un órgano o a una parte de él para lograr un buen funcionamiento de la parte u órgano sustituido o simplemente para mejorar el efecto estético.

A los efectos de la póliza no se consideran prótesis e implantes:

Las ópticas (gafas, lentillas), auditivas (audífonos), miembros u órganos artificiales (extremidades ortopédicas, prótesis del ojo, de testículo y de mama), prótesis de pene y cualquier otra no recogida explícitamente en la Relación de Prótesis e Implantes cubiertas por la Aseguradora mediante el reintegro a los Asegurados de cantidades económicas hasta un límite previamente fijado en euros, incluida en el Anexo I de estas Condiciones Generales.

- **Radiología convencional sin contraste:** Incluye toda radiografía simple de cualquier parte del cuerpo.
- **Servicios Concertados** (por la Aseguradora): Profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y otros servicios sanitarios concertados directamente por la Aseguradora a nivel nacional. Aparecerán editados en las Guías Médicas Asistenciales cuando sean de acceso directo por el Asegurado, pudiendo éste informarse en la Aseguradora del resto de conciertos sanitarios de MAPFRE ESPAÑA.
- **Siniestro:** La ocurrencia de cualquier acontecimiento que sea objeto de la prestación del servicio o el reembolso de los gastos generados por aplicación de alguna de las garantías contratadas en la póliza. Se considerará que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños, secuelas y consecuencias derivadas de un mismo hecho.
- **Técnicas novedosas o de nueva implantación:** Aquellos procedimientos médicos, quirúrgicos y medios de diagnóstico cuya eficacia en las patologías que vayan a ser utilizadas no está suficientemente probada ni avalada por la Sociedad Científica de la especialidad que corresponda, **no incluidos expresamente en la presente póliza**, así como aquellos que, estando probada su eficacia, no sean practicados de modo general en los hospitales, centros y otros establecimientos clasificados como centros u hospitales de referencia por el Ministerio de Sanidad. Para considerar que cualquier técnica o procedimiento se realiza de modo general en centros de referencia deberá practicarse en dichos centros al menos en la mayoría de las Comunidades Autónomas. En el caso de las Comunidades con varios centros hospitalarios de referencia deberá realizarse, además, en la mayoría de dichos centros.
- **Tomador del Seguro:** Persona física o jurídica que, conjuntamente con la Aseguradora, suscribe este contrato y al que corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
- **Tratamiento de psicoterapia breve o terapia focal:** Tratamiento de apoyo al psiquiatra y prescrito por él.
- **Urgencia extrema o vital:** Cuando en la situación de urgencia, el riesgo de muerte inminente, de grandes lesiones o de grandes incapacidades es inminente y requiere el tratamiento lo más inmediato posible.

Condiciones Generales

ANEXO I

Condiciones Generales

Resumen de Coberturas

ESPECIALIDADES CUBIERTAS

Asma y alergia	
■ Vacunas y Autovacunas.....	No
(excepto vacunaciones de acuerdo con el calendario oficial dentro del Programa del Niño Sano)	
■ Tratamiento farmacológico	No
■ Aerosolterapia	Sí
■ Oxigenoterapia	Sí
■ Ventiloterapia.....	Sí
Aparato digestivo	Sí
Cardiología	Sí
Cirugía Cardiovascular	Sí
Cirugía General y del Aparato Digestivo	Sí
Cirugía Maxilofacial	Sí
Cirugía Pediátrica	Sí
Cirugía Plástica y Reparadora	
■ Accidentes (documentado con parte de atención de urgencias del día del accidente)	Sí
■ Tratamientos estéticos	No
Cirugía Torácica	Sí
Cirugía Vascular y Angiología	Sí
Dermatovenereología	Sí
Endocrinología y nutrición	
■ Enfermedad	Sí
■ Tratamientos para adelgazar	No
Genética Humana	Sí
Incluye exclusivamente los siguientes actos y únicamente cuando en el marco de un cuadro clínico sean necesarios para la confirmación del diagnóstico genético que condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación:	
– ESTUDIO SÍNDROME DE DIGEORGE 22(Q11-Q13).	
– CARIOTIPO EN VELLOSIDADES CORIALES.	
– CARIOTIPO EN LÍQUIDO AMNIÓTICO.	
– CARIOTIPO EN MÉDULA ÓSEA.	
– CARIOTIPO EN OTROS TEJIDOS (PIEL, GÓNADAS, RESTOS ABORTIVOS, ETC).	
– CARIOTIPO EN SANGRE PERIFÉRICA.	
– ANEUPLOIDIAS EN LÍQUIDO AMNIÓTICO (FISH O QF-PCR).	
– ESTUDIO DE SÍNDROME DE WILLIAMS 7(Q11.23-Q31).	
– ESTUDIO GENÉTICO POR TÉCNICA DE FISH EN ONCOHEMATOLOGÍA. POR Sonda (A PARTIR DE LA CUARTA Sonda).	
– ESTUDIO GENÉTICO POR TÉCNICA DE PCR EN ONCOHEMATOLOGÍA (POR ESTUDIO).	

Resumen de Coberturas

- ESTUDIO GENÉTICO POR TÉCNICA DE FISH EN ONCOHEMATOLOGÍA. POR SONDA (LAS TRES PRIMERAS SONDAS).
- CÁNCER DE PULMÓN/COLON/ESTÓMAGO (TUMOR PARAFINADO) EGFR (EXO- NES 19 Y 21).
- CÁNCER DE COLON (TUMOR PARAFINADO) BRAF (MUTACIÓN V600E DEL EXON 15).
- CÁNCER DE COLON (TUMOR PARAFINADO) KRAS (ANÁLISIS DE CODONES 12 Y 13).
- CÁNCER DE MAMA (TUMOR PARAFINADO) HER2.
- CÁNCER DE PULMÓN (TUMOR PARAFINADO) ALK.
- CÁNCER DE MAMA/OVARIO FAMILIAR: BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACIÓN.
- CÁNCER DE MAMA/OVARIO FAMILIAR: BRCA1 Y BRCA2 MLPA.
- FACTOR XII MUTACIÓN C46T.
- ENFERMEDAD DE HUNTINGTON (DETECCIÓN DE LAS EXPANSIONES CAG EN EL GEN FXN).
- CÁNCER DE COLON POLIPÓSICO FAMILIAR: APC SECUENCIACIÓN.
- CÁNCER DE COLON POLIPÓSICO FAMILIAR: APC MLPA.
- CÁNCER DE COLON FAMILIAR NO POLIPÓSICO: MLH1 SECUENCIACIÓN.
- CÁNCER DE COLON FAMILIAR NO POLIPÓSICO: MLH1 MLPA.
- CÁNCER DE COLON FAMILIAR NO POLIPÓSICO: MSH2. SECUENCIACIÓN EXONES 2, 10, 11, 13, 15 Y 16 DEL GEN RET.
- CÁNCER DE COLON FAMILIAR NO POLIPÓSICO: MSH2 MLPA.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE TIPO 1: NEM1 SECUENCIACIÓN.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE TIPO 1: NEM1 MLPA.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE TIPO 2: NEM2 SECUENCIACIÓN.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE TIPO 2: NEM2 MLPA.
- MUTACIÓN FAMILIAR CONOCIDA DE CÁNCER HEREDITARIO.
- ATAXIA ESPINOCEREBELOSA SCA GENES MÁS FRECUENTES (SCA1, SCA2, SCA3, SCA6 Y SCA7).
- ATAXIA DE FRIEDREICH FRDA EXPANSION GAA.
- DISTROFIA MIOTÓNICA TIPO 1. ENFERMEDAD DE STEINERT (DMPK, DETECCIÓN EXPANSION CTG).
- ENFERMEDAD DE CHARCOT MARIE TOOTH (PMP22 DETECCIÓN DE GRANDES DUPLICIDADES POR MLPA).
- SÍNDROME PRADER WILLI DETECCIÓN DELECCIONES REGIÓN PWS/AS POR MLPA.
- FIBROSIS QUÍSTICA (50 MUTACIONES Y POLI T EN CFTR EN CROMOSOMA 7).
- HEMOCROMATOSIS PCR (HFE-3 MUTACIONES C282Y, H63D, S65C).
- FACTOR V LEYDEN (F5, MUTACIÓN G1691A). TROMBOFILIA.
- FACTOR II PROTOMBINA (F2, MUTACIÓN G20210A). TROMBOFILIA.
- HIPERHOMOCISTEINEMIA MTHFR MUTACIÓN C677T Y A1298C SI NECESARIO.
- SÍNDROME X FRÁGIL (FMR1, EXPANSIÓN y TP-PCR SI PROCEDE).
- ESTUDIO MOLECULAR CYP212A. DETECCIÓN MUTACIONES MÁS FRECUENTES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERPLASIA ADRENAL CONGÉNITA POR DEFICIT DE 21 HIDROXILASA.

- DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE LA TROMBOFILIA (12 MUTACIONES. INCLUYE FACTOR V FACTOR II Y MTHFR SI PROCEDE.
- ESTUDIO GENÉTICO CELIAQUÍA: HLAS DQ2 Y DQ8.

Geriatría	Sí
Hematología	Sí
Medicina Interna	Sí
Nefrología	Sí
Neonatología	Sí
Neurocirugía	Sí
Neurología	Sí
Neumología	Sí
Obstetricia y Ginecología	
■ Anestesia epidural en parto normal	Sí
■ Embarazo, Parto, Cesárea	Sí
■ Preparación al parto	Sí
■ Revisión ginecológica	Sí
■ Ligadura de Trompas	Sí (carencias según condicionado)
■ Inseminación artificial	Sí (carencias según condicionado)
■ Fecundación "in vitro"	Sí (carencias según condicionado)
■ Esterilidad/infertilidad (Estudio y tratamientos)	Sí (carencias y condiciones según condicionado)
Odontología y/o estomatología	Sí
Oftalmología	
■ Enfermedades	Sí
■ Accidentes	Sí
■ Cirugía Refractiva (de la miopía, hipermetropía y astigmatismo) y Cirugía de la Presbicia	No
■ Revisión oftalmológica	Sí
Oncología	Sí
Osteopatía	Sí (carencias según condicionado)
Máximo 8 sesiones asegurado/año	
Otorrinolaringología	Sí
Máximo 20 sesiones/año de logopedia. Exclusivamente en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la sordera en niños menores de 7 años, siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 8 meses.	
Pediatría	Sí
Podología	Sí
4 sesiones quiropodía al año.	
Psiquiatría	Sí
■ Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal	Máximo 20 sesiones asegurado/año
■ Por trastornos de la alimentación	Máximo 40 sesiones asegurado/año
■ En procesos agudos o crónicos reagudizados en régimen de ingresado u hospital de día	Máximo 60 días por asegurado/año
Reumatología	Sí

Resumen de Coberturas

Traumatología	Sí
Urología:	
■ Vasectomía	Sí (carencias según condicionado)
■ Esterilidad/Infertilidad (Estudio y tratamientos)	Sí (carencias y condiciones según condicionado)
■ Revisión urológica	Sí

SERVICIOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÉUTICOS (PREVIA PRESCRIPCIÓN MÉDICA)

Análisis Clínicos	Sí
Anatomía Patológica y Citología	Sí
Endoscopia	Sí
Radiología	
■ Radiografía simple	Sí
■ Radiografía con contraste	Sí
■ Mamografía	Sí
■ Tomografía Convencional	Sí
■ Ortopantomografía	Sí
Servicios Especiales de Diagnóstico	
■ Densitometría Ósea	Sí
■ Ecografía	Sí
■ P.E.T.	Sí (carencias según condicionado)
■ T.A.C. (Scanner)	Sí
■ Resonancia Nuclear Magnética	Sí (carencias según condicionado)
Medicina Nuclear	Sí (carencias según condicionado)
Pruebas del Aparato Circulatorio	
■ Arteriografía	Sí (carencias según condicionado)
■ Ecocardiograma	Sí
■ Electrocardiograma	Sí
■ Eco-Doppler	Sí
■ Cateterismo	Sí (carencias según condicionado)
■ Holter	Sí
■ Ergometría	Sí
Pruebas de Obstetricia y Ginecología	
■ Amnioscopia	Sí (carencias según condicionado)
■ Amniocentesis	Sí (carencias según condicionado)
■ Laparoscopia	Sí (carencias según condicionado)
■ Ecografía	Sí
■ Monitorización fetal	Sí (carencias según condicionado)
Pruebas de Neurofisiología	
■ Electroencefalograma	Sí
■ Ecoencefalograma	Sí
■ Electronistagmografía	Sí
■ Electromiografía	Sí
■ Medida de velocidad de conducciones nerviosas	Sí

Conceptos Especiales a Mencionar

Pruebas de Oftalmología

- Tonometría..... Sí
- Angiofluoresceingrafía..... Sí
- Campimetría..... Sí
- Ecografía..... Sí

Pruebas de Urología

- Uretroscistoscopia..... Sí
- Citoscopia..... Sí
- Estudios Urodinámicos..... Sí

Pruebas Funcionales del Riñón o Hígado..... Sí

Litotricia..... Sí (carencias según condicionado)

Diálisis y Riñón Artificial..... Sí (carencias según condicionado)

Pruebas de Oncología

- Uso de Isótopos Radioactivos..... Sí (carencias según condicionado)

Quimioterapia y Radioterapia..... Sí (carencias según condicionado)

Hemodinámica..... Sí (carencias según condicionado)

Polisomnografía..... Sí (carencias según condicionado)

Láser..... No

(excepto para las especialidades expresamente incluidas)

Rehabilitación..... Sí

En caso de Daño Cerebral Adquirido (traumático, vascular, etc.), se cubren los tratamientos de rehabilitación funcional motor así como los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos **con un límite máximo 60 días en régimen de internamiento hospitalario, y un máximo de 90 días naturales en régimen ambulatorio. En ambos casos, la cobertura está limitada a una sola vez por asegurado durante la vigencia de la póliza.**

En caso de Daño Medular, se cubren los tratamientos de rehabilitación funcional motor y rehabilitador en unidades específicas de lesionados medulares, así como los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos, **con un límite máximo de 60 días en régimen de internamiento hospitalario y una sola vez por asegurado durante la vigencia de la póliza. Excluidos los tratamientos de rehabilitación en régimen ambulatorio.**

Conceptos Especiales a Mencionar

Accidentes de Tráfico..... Sí

Asistencia urgente en el extranjero..... Sí

Cirugía Plástica..... Sólo accidentes (2)

Enfermedades anteriores a la contratación..... No (3)

Escayola..... Sí

Exámenes médicos preventivos

- Chequeos en general..... No

- Revisión ginecológica anual (consulta, citología, ecografía, mamografía)..... Sí

- Revisiones pediátricas..... Sí

- Revisión oftalmológica anual..... Sí

- Revisión urológica anual (consulta, PSA, ecografía)..... Sí

Catálogo de prótesis e implantes cubiertos

Fisioterapia y Rehabilitación	Sí (4)
Gafas, lentes de contacto o Aparatos Auditivos	No (1)
Homeopatía	No
Otros aparatos Ortopédicos	No
Productos farmacéuticos	Sólo en hospital
Prótesis e Implantes en General	No
Excepto los que se detallan en el apartado del Catálogo de Prótesis e Implantes con los límites fijados	
SIDA	No
Sistemas de Inmovilización Externa	
■ Rodilleras, muñequeras, collarines y similares	No
Tratamientos farmacológicos	No
(1) Se cubrirán exclusivamente en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la sordera en niños menores de 7 años, siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 8 meses.	
(2) Documentados con parte de atención de urgencias del día del accidente.	
(3) Salvo aceptación expresa de la Compañía en las Condiciones Particulares de la póliza.	
(4) Carencia de 6 meses, previa prescripción médica.	

Catálogo de prótesis e implantes cubiertos

Estos importes se reintegrarán a los Asegurados hasta el límite previamente fijado	Euros
Anillos valvulares para reconstrucción de válvulas cardíacas	1.600
Audífono (uno por cada oído)	2.000
(Exclusivamente a través del programa de detección precoz y tratamiento de la sordera en niños)	
Bombas de infusión externas	2.400
Bombas de infusión internas	5.400
Desfibrilador autoimplantable	18.000
Electrodos y estimuladores medulares (sólo tratamiento de dolor).....	6.000
Electrodos y estimuladores transcutáneos (sólo tratamiento de dolor)	2.400
Endoprótesis vasculares	1.500
Expansores mamarios (por unidad)	1.000
Fijadores óseos externos	1.200
Fijadores de columna internos (por 1 nivel)	2.400
Fijadores de columna internos (por cada nivel adicional).....	1.200
Implante coclear (un único implante).....	22.000
(Exclusivamente a través del programa de detección precoz y tratamiento de la sordera en niños)	
Injertos óseos (banco de huesos)	1.000
Kit/material para vertebroplastia (por vértebra)	1.200

	Euros
Kit/material para cifoplastia (en su totalidad/por asegurado)	3.000
Kit nucleoplastia	1.200
Kit rizolisis	800
Lente intraocular (por cada ojo)	180
Mallas para hernias	600
Mallas para incontinencia	600
Mallas reconstrucción abdominal	600
Mallas torácicas	600
Marcapasos	4.800
Material de osteosíntesis en fracturas	2.500
Material y sustancias embolizantes (coils y onix, embosferas, etc.) (total/año)	3.000
Material utilizado en ligamentoplastia en su totalidad (ligamento , tornillos, anclajes y suturas)	1.800
Prótesis de cadera cementadas	1.200
Prótesis de cadera no cementadas	3.000
Prótesis de hombro	3.300
Prótesis de rodilla	3.300
Prótesis discales en su totalidad	3.000
Prótesis expansoras de mama (por unidad)	1.200
Prótesis mamarias (por unidad)	700
Prótesis para by-pass	1.800
Prótesis testiculares	600
Reservorios (en tratamientos del dolor y quimioterapia)	450
Stent. (Por unidad)	1.600
Sustitutivos Duramadre	600
Sustitutivos óseos	1.500
Tubo protésico valvulado	6.000
Válvulas cardíacas metálicas (por unidad)	4.200
Válvulas cardíacas biológicas (por unidad)	3.600
Válvulas de hidrocefalia	1.500
Válvulas para glaucoma	540

Franquicias

	Euros
En Reproducción Asistida:	
■ Aplicación de Técnicas ICSY o Micro Inyección Espermiática	360,00
■ Punción Testicular, (obtención de espermatozoides)	300,00

Franquicias

En Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal:

- Consulta / sesión 12,00

En Tratamientos de Osteopatía:

- Consulta / sesión 12,00

En Crío-preservación de Células madre del Cordón umbilical:

a) De la Sangre (SCU)

- Por proceso de crío-preservación..... 1.190,00

b) De la Sangre y del Tejido (SCU y TCU)

- Por proceso de crío-preservación..... 1.515,00



Domicilio Social: Ctra. de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda, Madrid
Teléfono: 902 20 40 60

mapfre.es