

Condiciones Generales

**Asistencia Sanitaria /
Reembolso**



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 / Reembolso

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.

	<u>Pág</u>
Condiciones Generales	
Artículo Preliminar	5
Artículo 1º. Marco Jurídico que Regula la Póliza.....	5
Artículo 2º. Objeto y Extensión del Seguro.....	5
Artículo 3º. Descripción de las Garantías a Través de Servicios Concertados	6
3.1. Garantías Extrahospitalarias.....	6
3.1.1. Asistencia Primaria.....	6
3.1.2. Asistencia Especializada Ambulatoria.....	7
3.1.2.1. Coberturas Complementarias a la Garantía de Asistencia Especializada Ambulatoria.....	10
3.1.2.2. Servicios Especiales.....	13
3.1.3. Asistencia Especializada Obstétrica	15
3.2. Garantías Hospitalarias	16
3.2.1. Hospitalización Quirúrgica	17
3.2.2. Hospitalización No Quirúrgica	18
3.2.3. Hospitalización Obstétrica.....	19
3.3. Segundo Diagnóstico Internacional.....	20
3.4. Acceso a la Red Hospitalaria en Estados Unidos de América.....	20
Artículo 4º. Descripción de las Garantías a través de Reembolso de Gastos	21
4.1. Garantías Extrahospitalarias de Reembolso	21
4.1.1. Reembolso de Gastos de Asistencia Primaria.....	22
4.1.2. Reembolso de Gastos de Asistencia Especializada Ambulatoria..	22
4.1.3. Reembolso de Gastos de Asistencia Especializada Obstétrica	23
4.2. Garantías Hospitalarias	23
4.2.1. Reembolso de Gastos de Hospitalización Quirúrgica	23
4.2.2. Reembolso de Gastos de Hospitalización No Quirúrgica.....	24
4.2.3. Reembolso de Gastos de Hospitalización Obstétrica.....	24
4.2.4. Segundo Diagnóstico Internacional	25
4.2.5. Gran Cobertura	25
Artículo 5º. Garantía Bucodental en Asistencia Sanitaria y Reembolso de Gastos	26
Artículo 6º. Adopción Nacional e Internacional en Asistencia Sanitaria y Reembolso de Gastos	27
Artículo 7º. Periodos de Carencia	28
Artículo 8º. Participación del Asegurado en el Coste de los Servicios	29
Artículo 9º. Autorización de Prestaciones de Asistencia Sanitaria y Reembolso de Gastos	29
Artículo 10º. Exclusiones Generales para todas las Garantías	30
Artículo 11º. Bases del Contrato	33
Artículo 12º. Perfección, efecto y duración del Contrato	35
Artículo 12ºbis. Contratación a distancia del seguro	35
Artículo 13º. Pago de la Prima	36
Artículo 13ºbis. Comunicaciones.....	38

	<u>Pág</u>
Artículo 14°. Prescripción y Jurisdicción	38
Artículo 15°. Garantías Adicionales	39
Artículo 16°. Protección de pagos	39
Artículo 17°. Fallecimiento por accidente	39
Definiciones	
Definiciones	41

Condiciones Generales

ARTÍCULO PRELIMINAR

Los productos denominados “ASISTENCIA SANITARIA / REEMBOLSO” incorporan en dos seguros de salud 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 especificarán las garantías suscritas por el Tomador en relación con cada Asegurado.

ARTÍCULO 1º. MARCO JURÍDICO 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.

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 que en cada 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, 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.

- Asumir el reembolso, total o parcial, de los gastos razonables y acostumbrados abonados previamente por el Asegurado, derivados de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que le sea prestada a consecuencia de una enfermedad o lesión.

No son asegurables las personas mayores de 65 años, salvo aceptación expresa de la Compañía en los términos que ésta establezca en cada renovación.

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 PRESTADAS A TRAVÉS DE SERVICIOS CONCERTADOS

Las garantías que el Tomador puede contratar exclusivamente a través de Servicios Concertados y que se harán constar en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Seguro, en función de las condiciones de aseguramiento pactadas por el Tomador y la Aseguradora, son las siguientes:

3.1. GARANTÍAS EXTRAHOSPITALARIAS

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

Todas las garantías extrahospitalarias incluyen la atención de urgencias domiciliarias y ambulatorias.

Servicios no cubiertos

- **Queda excluida, en todo caso, la asistencia sanitaria prestada por médicos, servicios o centros no concertados con la Aseguradora ya sean de titularidad pública o privada, aun cuando esta 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 pudieran prescribir. 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 supuestos no cubiertos, de conformidad con lo establecido en estas Condiciones Generales.**

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 de 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 que comprende:
 - Entrega de un Documento de Salud Infantil para el seguimiento de la salud del niño.
 - 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 concertar cita libremente con cualquier Servicio Concertado por la Aseguradora.
- Los servicios de medicina general, pediatría y puericultura, así como 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 requerirán 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, pediatra o ATS fuera de la localidad en la que el Asegurado tenga su domicilio, se 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 acudirá 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 que **exclusivamente se realicen en régimen ambulatorio y/o en hospitales de día**. Adicionalmente, esta garantía incluye los contrastes radiológicos utilizados en las exploraciones de diagnóstico por la imagen.

- **Alergología.** Las vacunas serán a cargo del Asegurado.
- **Análisis Clínicos.**
- **Anatomía Patológica.**
- **Anestesiología y Reanimación.** Anestesia en procesos quirúrgicos ambulantes.
- **Angiología y Cirugía Vascul ar Periférica.** Excluidos los tratamientos esclerosantes venosos.

Condiciones Generales

- Aparato Digestivo.
- Cardiología.
- Cirugía Cardiovascular.
- Cirugía General y del Aparato Digestivo.
- Cirugía Maxilofacial.
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía Plástica y Reparadora.
- Cirugía Torácica.
- Dermatología. Excluida la alopecia androgénica.
- Diagnóstico por la Imagen.
- Endocrinología y Nutrición.
- Geriatria.
- Ginecología. Excluida cualquier tipo de consulta, pruebas médicas complementarias y/o tratamiento derivado del embarazo y parto.
- Hematología y Hemoterapia.
- Medicina Interna.
- Medicina Nuclear.
- Nefrología.
- Neumología.
- Neurocirugía.
- Neurofisiología Clínica.
- Neurología.
- **Odontoestomatología.** Incluye **únicamente** propuesta de tratamiento, una limpieza de boca anual, radiografías simples y extracciones dentarias simples. **Se excluye la periodoncia, endodoncia, empastes, ortodoncia, prótesis dentales, implantes y demás tratamientos dentales, salvo que se contrate la Garantía Bucodental de la presente póliza.**
- Oftalmología. Excluida la terapia fotodinámica y la cirugía refractiva.
- Oncología Médica. Excluida la medicación complementaria a tratamientos quimioterápicos.
- Oncología Radioterápica.
- Otorrinolaringología.
- **Podología.** Comprende los tratamientos de la patología del pie, en lo referente a tumores superficiales benignos y, las patologías de las uñas prestados por profesionales de enfermería especializados en podología. 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. **Excluidos los tratamientos de deshabituación 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 tienen un límite máximo de 90 días en régimen ambulatorio. Esta cobertura alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza.

Excluida la rehabilitación de suelo pélvico, 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.

- **Reumatología.**
- **Servicio de ambulancia.** Comprende los traslados en ambulancia ordinaria o medicalizada, en casos de:
 - 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.

Se excluyen 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 a Domicilio.

- **Tratamiento del Dolor.**
- **Traumatología y Ortopedia.**
- **Urología.** Excluida la hipertermia prostática.
- **Ventiloterapia, Aerosolterapia, Oxigenoterapia.** En consulta o a domicilio según las especificaciones del facultativo. **Excluidos el CPAP, BIPAP y los monitores de apnea.**

Cómo se presta el servicio

- El Asegurado podrá concertar cita libremente 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 recoge en la Guía Médica Asistencial vigente.
- El traslado para acceder a especialistas o centros médicos siempre será a cargo del Asegurado, salvo que concurren especiales circunstancias de imposibilidad física que le impidan la utilización de los servicios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi o vehículo propio), en cuyo caso el traslado se realizará por un Servicio de Ambulancia ordinaria o medicalizada, comprendido entre los Servicios Concertados por la

Condiciones Generales

Aseguradora, y **siempre que un facultativo concertado por el Asegurador lo ordene por escrito. El servicio se refiere exclusivamente a ambulancias terrestres, no estableciéndose limitación de kilómetros en el mismo.**

3.1.2.1. Coberturas Complementarias a la Garantía de 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.

El programa está dirigido fundamentalmente a las parejas que quieran planificar su descendencia, bien en el sentido de evitarla, mediante técnicas definitivas o temporales (mecánicas o farmacológicas) o de conseguirla, con carácter previo al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

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 menarquia (aparición de la primera 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.

Condiciones Generales

- Seguimiento y tratamiento de enfermos diabéticos con control y seguimiento por especialista, educación diabetológica, consulta diabetológica de seguimiento anual con ficha personalizada del paciente, analítica específica y otras exploraciones diagnósticas e inicio de tratamiento insulínico ambulatorio.

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.**

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.
- Charlas coloquio a pacientes y familiares, dirigidas a cambiar sus hábitos de vida y su educación sanitaria, trasladando así, al paciente y a sus familiares, información respecto a la mejora de su condición física y psicológica.

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

- 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. Excluidos el psicoanálisis, la hipnosis, la narcolepsia ambulatoria, sofrología, los test psicológicos, así como la rehabilitación psicosocial o neuropsicológica, tratamiento de alcoholismo y drogodependencia.**

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.

Osteopatía

Qué se cubre

- Incluye la consulta con el osteópata y el tratamiento prescrito por él con un máximo de 8 sesiones por asegurado y año.
El Asegurado deberá acudir a un osteópata de la Guía Médica Asistencial previa autorización de la Compañía.

Condiciones Generales

El Asegurado participa en el coste de esta prestación de acuerdo con las franquicias determinadas en función de los conciertos establecidos por el Asegurador con los centros especializados realizadores que se indican en la Guía Médica Asistencial vigente y en el Anexo I de estas Condiciones Generales.

Dichas franquicias se revisarán anualmente y podrán variar en función de las modificaciones asistenciales.

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 solo 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.

Servicios no cubiertos

- **La digitalización del estudio ni la fabricación de las plantillas personalizadas,**

Reproducción Asistida

Qué se cubre

- El tratamiento y estudio de la esterilidad 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 anti-conceptiva (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. Se excluye la medicación, congelación/descongelación de embriones, esperma y óvulos, el diagnóstico preimplantacional, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma.**

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.
- 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. 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 garantía 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.
- 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 concertar cita libremente 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.

Servicios no cubiertos

- **Las técnicas de recuperación post-parto.**
- **La ligadura de trompas.**

Condiciones Generales

3.2. GARANTÍAS HOSPITALARIAS

Qué se cubre

- Se incluye la estancia en el centro hospitalario 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.
- Excepcionalmente, se cubrirán las prestaciones 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.

- 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 las garantías hospitalarias, 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.
- 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.

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.
- 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 comparencia 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, siem-

pre 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.
- El servicio de Ambulancia comprende los traslados en los casos que se especifican en la garantía de Asistencia Especializada Ambulatoria, **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.**

Servicios no cubiertos

- **Queda excluida, en todo caso, la asistencia sanitaria prestada por médicos, servicios o centros no concertados con la Aseguradora ya sean de titularidad pública o privada, aun cuando esta 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 pudieran prescribir.**
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 supuestos no cubiertos, de conformidad con lo establecido en estas Condiciones Generales.
- **Toda técnica quirúrgica o procedimiento terapéutico que use el láser, salvo los expresamente incluidos en las presentes condiciones generales.**

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

Condiciones Generales

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 y 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. Anualmente, la Aseguradora podrá actualizar los importes máximos a reintegrar en concepto de prótesis e implantes.

Servicios no cubiertos

- La cirugía estereotáxica del Parkinson.
- La cirugía de la Epilepsia.

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 crio-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.

Servicios no cubiertos

- **La ligadura de trompas.**

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

Qué se cubre

- En caso de haber prestado la asistencia al parto, el Asegurador cubrirá, además, esta garantía que incluye los servicios de crio-preservación de las células madre (obtenidas de la sangre y del tejido) del cordón umbilical del recién nacido en el servicio médico especializado y a la inclusión del recién nacido en la póliza en un plazo no superior a 10 días desde su nacimiento.
- Comprende:
 - El material sanitario necesario para la recogida de la muestra
 - El procesamiento de la muestra para determinación de su viabilidad, y en su caso, confirmada la viabilidad, el almacenamiento y mantenimiento de la muestra en un banco de células por un periodo máximo de veinticinco años.

Cómo se presta este servicio

- Para la obtención del Kit de extracción, procesamiento y confirmación de viabilidad, el asegurado deberá acudir a los servicios concertados del cuadro médico que cumplan con la legislación vigente en esta materia que, a su vez, estén concertados con el servicio especializado designado por el Asegurador.
- Para el mantenimiento de la muestra en el banco de células, el Asegurado deberá satisfacer el importe detallado en la Cartera de Prestaciones de Especialidades, Catálogo de Prótesis, Implantes y Franquicias. Por su parte, el Asegurador 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, el Asegurador no asumirá pago alguno de las cuotas de mantenimiento.

Condiciones Generales

3.3. SEGUNDO DIAGNÓSTICO INTERNACIONAL

Qué se cubre

- El médico que esté tratando al Asegurado podrá solicitar a la Aseguradora, 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 médico deberá contactar con los servicios médicos 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 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. Acceso a la Red Hospitalaria en Estados Unidos de América

Qué se cubre

- 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.

ARTÍCULO 4º. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS PRESTADAS A TRAVÉS DE REEMBOLSO DE GASTOS

Las garantías que el Tomador puede contratar a través del Reembolso de Gastos, y que se harán constar en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Seguro, en función de las condiciones de aseguramiento pactadas por el Tomador y la Aseguradora, así como los límites absolutos y relativos de reembolso para cada una de las garantías contratadas, son las que más adelante se detallan.

Se incluye el reembolso total o parcial de los gastos médicos y/o hospitalarios abonados por el Asegurado, dentro de los límites y condiciones estipuladas en la póliza.

Adicionalmente, cada garantía de reembolso, comprende también la garantía de idénticas características prestada a través de los Servicios Concertados por la Aseguradora, conforme a lo estipulado en el Artículo 3º de las presentes condiciones generales.

Límites de Reembolso de Gastos

- La Aseguradora reembolsará los gastos justificados y cubiertos por la póliza, devengados en servicios médicos y hospitalarios, en función de los porcentajes y límites máximos de reembolso que se indiquen en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro. **El resto de los gastos correrá a cargo del Asegurado.**
- **A efectos del cómputo de los límites máximos de reembolso, se sumarán los gastos ocasionados como consecuencia de la utilización de las garantías cubiertas a través de Reembolso de Gastos.**
- **Para las garantías de reembolso hospitalarias, y a efectos del cómputo del límite máximo de reembolso indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, se entenderá como ingreso en un hospital referido a una misma dolencia aquel que sea debido a una misma causa o causas relacionadas con un ingreso anterior, incluyendo sus complicaciones. A estos efectos, será considerado como continuación del anterior y no como una nueva dolencia.**

4.1. GARANTÍAS EXTRAHOSPITALARIAS DE REEMBOLSO

Se incluye el reembolso total o parcial de los gastos abonados por el Asegurado y correspondientes a consulta con facultativo, cirugía en régimen ambulatorio, así como a los procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos que en cada una de las garantías se detallan, conforme a lo pactado en las Condiciones Particulares de la Póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro.

Condiciones Generales

4.1.1. Reembolso de Gastos de Asistencia Primaria

Qué se cubre

- El reembolso de los gastos correspondientes a la asistencia primaria en la consulta del facultativo y/o en el domicilio del Asegurado, así como los derivados de la utilización de los siguientes medios de diagnóstico: análisis clínicos básicos y radiología convencional sin contraste.
- Salvo pacto en contrario fijado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o del Certificado Individual de Seguro, también se incluyen las prestaciones de la Garantía de Asistencia Primaria prestadas a través de Servicios Concertados, en los términos establecidos en el apartado 3.1.1 del artículo 3º de las presentes Condiciones Generales.

4.1.2. Reembolso de Gastos de Asistencia Especializada Ambulatoria

Qué se cubre

- Comprende el reembolso de los gastos correspondientes a la asistencia prestada por un facultativo al Asegurado en las distintas especialidades médicas, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, contrastes radiológicos utilizados en las exploraciones de diagnóstico por la imagen y cirugía ambulatoria, **exclusivamente cuando se realicen en régimen ambulatorio y/o en hospital de día.**
- Salvo pacto en contrario fijado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o del Certificado Individual de Seguro, también se incluyen las prestaciones de la Garantía de Asistencia Especializada Ambulatoria prestadas a través de Servicios Concertados, en los términos establecidos en el apartado 3.1.2 del artículo 3º de las presentes Condiciones Generales.

Reembolsos no cubiertos

- En caso de que el Asegurado deba recibir tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal, la Aseguradora se hará cargo del coste del tratamiento en unidades especiales de hemodiálisis y diálisis peritoneal durante un período máximo de 1 año, a contar desde el momento en que el Asegurado haya recibido la primera sesión.
- Las esterilizaciones para ambos sexos, fecundación in vitro, la inseminación artificial, así como el estudio y/o tratamiento de la esterilidad/infertilidad.
- La podología.
- La osteopatía.
- El estudio biomecánico de la marcha.
- Enfermedades psiquiátricas y/o trastornos psicológicos.
- Los tratamientos de rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido y para el Daño Medular en régimen ambulatorio.

4.1.3. Reembolso de Gastos de Asistencia Especializada Obstétrica

Qué se cubre

- Comprende el reembolso de los gastos correspondientes a la asistencia prestada por un especialista en obstetricia y ginecología en régimen ambulatorio y a 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 garantía cubre el reembolso de las citologías, ecografías, laparoscopia, cariotipos, genotipos, amniocentesis, amnioscopia y la monitorización materno-fetal.
- Salvo pacto en contrario fijado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o del Certificado Individual de Seguro, también se incluyen las prestaciones de la Garantía de Asistencia Especializada Obstétrica prestadas a través de Servicios Concertados, en los términos establecidos en el apartado 3.1.3 del artículo 3º de las presentes Condiciones Generales.

Reembolsos no cubiertos

- Las técnicas de recuperación post-parto.
- La ligadura de trompas.

4.2. GARANTÍAS HOSPITALARIAS

Comprende el reembolso de los gastos correspondientes a la estancia en el centro hospitalario con uso de habitación individual, manutención del Asegurado ingresado, cama de acompañante, 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 de los profesionales que intervengan durante la hospitalización, y que en cada una de las garantías se detallan, conforme a lo pactado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o del Certificado Individual de Seguro.

Excepcionalmente, se cubrirá el reembolso de gastos derivados de hospital de día, tanto para procesos quirúrgicos como médicos (comprende la medicación, productos y medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario), y 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.

4.2.1. Reembolso de Gastos de Hospitalización Quirúrgica

Qué se cubre

- Comprende el reembolso de gastos correspondientes a la hospitalización del Asegurado en un centro hospitalario para el tratamiento de enfermedades o lesiones que precisen de cirugía en las distintas especialidades quirúrgicas, incluida la cirugía endoscópica y el láser. Quedan incluidos los gastos de cirujanos, ayudantes, anestesistas, quirófano,

Condiciones Generales

material, medicamentos, estancia en la UVI, visitas médicas realizadas en el propio hospital, así como los gastos de hospitalización (habitación, manutención y gastos generales de enfermería).

- Salvo pacto en contrario fijado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o del Certificado Individual de Seguro, también se incluyen las prestaciones de la Garantía de Hospitalización Quirúrgica prestadas a través de Servicios Concertados, en los términos establecidos en el apartado 3.2.1. del Artículo 3º de las presentes Condiciones Generales.

Reembolsos no cubiertos

- **Las esterilizaciones para ambos sexos.**

4.2.2. Reembolso de Gastos de Hospitalización no Quirúrgica

Qué se cubre

- Comprende el reembolso de gastos correspondientes a la hospitalización del Asegurado en un centro hospitalario para el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades o lesiones que precisen ingreso hospitalario en las distintas especialidades médicas. Quedan incluidos los gastos de material, medicamentos, estancia en la UVI, visitas médicas realizadas en el propio hospital, así como los gastos de hospitalización (habitación, manutención y gastos generales de enfermería).
- Salvo pacto en contrario fijado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual del Seguro, también se incluyen las prestaciones de la Garantía de Hospitalización No Quirúrgica prestadas a través de Servicios Concertados, en los términos establecidos en el apartado 3.2.2. del Artículo 3º de las presentes Condiciones Generales.

Reembolsos no cubiertos

- **Enfermedades psiquiátricas y/o trastornos psicológicos.**
- **Los tratamientos de rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido y para el Daño Medular en régimen de internamiento hospitalario.**

4.2.3. Reembolso de Gastos de Hospitalización Obstétrica

Qué se cubre

- Comprende **exclusivamente** el reembolso de gastos correspondientes a la hospitalización de la Asegurada en un centro hospitalario por motivos obstétricos, y la asistencia al parto, cesárea o asistido por el especialista y matrona. Quedan incluidos los gastos de cirujanos, ayudantes, anestesistas, quirófano, material, medicamentos, estancia en UVI, visitas médicas realizadas en el propio hospital, así como los gastos de hospitalización (habitación, manutención y gastos generales de enfermería), así como 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.

- Salvo pacto en contrario fijado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o del Certificado Individual de Seguro, también se incluyen las prestaciones de la Garantía de Hospitalización Obstétrica prestadas a través de Servicios Concertados, en los términos establecidos en el apartado 3.2.3. del Artículo 3º de las presentes Condiciones Generales.

Reembolsos no cubiertos

- **La ligadura de trompas.**

4.2.4. Segundo Diagnóstico Internacional

Qué se cubre

- **Incluye las prestaciones de la garantía de Segundo Diagnóstico Internacional del apartado 3.3. del Artículo 3º de las presentes condiciones generales.**

Cómo se presta el servicio

- El Asegurado o el médico responsable del tratamiento, podrán solicitar una interconsulta llamando al centro de atención telefónica de MAPFRE ESPAÑA, o bien 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.

4.2.5. Gran Cobertura

Qué se cubre

- La garantía consiste en el incremento del límite económico máximo de reembolso por Asegurado garantizado, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro.
- Los Asegurados que tengan contratada la Gran Cobertura podrán utilizar los Servicios Concertados en EE.UU. sin efectuar ningún desembolso por hospitalización. Únicamente será necesaria la obtención de autorización previa de la Aseguradora.

LÍMITE MÁXIMO DE REEMBOLSO

Las coberturas, porcentajes de reembolso y límites pactados para las restantes garantías no sufrirán variación.

Condiciones Generales

El límite máximo de reembolso de la Gran Cobertura, podrá consumirse en uno o varios años y por una o diferentes causas, cuando se hayan consumido los límites de reembolso estipulados en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro.

A efectos del cómputo del límite máximo de reembolso, la Aseguradora sumará, a los gastos ocasionados como consecuencia de la utilización de los servicios de libre elección, los gastos ocasionados por la utilización de los Servicios Recomendados fuera del territorio español.

En caso de prórroga del contrato, en cada anualidad sucesiva de seguro, la Gran Cobertura quedará minorada respecto de cada Asegurado en las cantidades que éste hubiese consumido de la misma, actualizándose el importe sobrante o el remanente según la variación que haya experimentado el IPC que resulte de aplicación. La cantidad resultante de dicha operación se comunicará anualmente al Tomador del Seguro.

EXTINCIÓN DE LA COBERTURA

Sin perjuicio de la extinción de la presente cobertura cuando se produzca la anulación del contrato de seguro por cualquiera de las causas previstas en el mismo, dicha cobertura cesará automáticamente en cualquier caso, respecto de cada Asegurado, una vez que éste haya consumido el importe pactado de la Gran Cobertura, con las actualizaciones que se hubiesen producido según lo estipulado en el punto precedente.

Dado que esta garantía opera como un límite máximo y que esta cobertura es complementaria de las otras de reembolso, su suscripción no alterará ninguna de las Condiciones Generales pactadas para el resto de garantías contratadas, en especial en lo que se refiere a la posibilidad de ambas partes de no prorrogar el contrato a la terminación de cada periodo anual inicial o prorrogado, y la revisión de las primas básicas de acuerdo a los parámetros establecidos.

ARTÍCULO 5º. GARANTÍA BUCODENTAL EN ASISTENCIA SANITARIA Y REEMBOLSO DE GASTOS

Qué se cubre

- 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 concertar cita libremente con un especialista en Odontoestomatología concertado con MAPFRE ESPAÑA 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 poderlas modificar si así lo precisara, previa comunicación a los Asegurados.
- 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 6º. ADOPCIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL EN ASISTENCIA SANITARIA Y REEMBOLSO DE GASTOS

Qué se cubre

- 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 autenticaciones 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

Condiciones Generales

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 7º. PERIODOS DE CARENCIA

Las prestaciones cubiertas entrarán en vigor 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
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
Gran Cobertura	6 meses
Embarazo, cariotipos, genotipos, amniocentesis preparación al parto y asistencia al parto o cesárea, crio-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 8º. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS

El Asegurado abonará por cada servicio recibido el importe que, en concepto de participación en el coste de los mismos, figura 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.

ARTÍCULO 9º. AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA Y REEMBOLSO DE GASTOS

TARJETA MAPFRE ESPAÑA

La Aseguradora facilitará a los Asegurados la tarjeta MAPFRE ESPAÑA, la cual tiene una validez limitada por un periodo 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 MAPFRE ESPAÑA al finalizar la relación contractual.

AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES A TRAVÉS DE SERVICIOS CONCERTADOS

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.

Condiciones Generales

REEMBOLSO DE GASTOS

El Asegurado deberá presentar la siguiente documentación:

- Impreso de solicitud de reembolso debidamente cumplimentado, en el que será imprescindible que la parte relativa a la enfermedad o accidente sea rellenada por el médico que haya asistido al Asegurado o, en su defecto, que se acompañe informe médico completo.
Deberá cumplimentarse un impreso de solicitud de reembolso por cada acto médico, salvo que los sucesivos sean idénticos y deriven de la misma dolencia. En este caso, bastará hacer referencia al primer impreso de solicitud remitido.
- Facturas originales de los gastos devengados por la asistencia sanitaria prestada al Asegurado, así como su justificante de pago.
- En caso de hospitalización, además de la documentación anteriormente señalada, el Asegurado deberá aportar informe clínico 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 el reembolso derive de un accidente, será necesario aportar informe asistencial del servicio de urgencias, y, en su caso, parte de accidente, atestado y diligencias judiciales.
- Si la asistencia se hubiera prestado fuera del territorio nacional, además de la documentación anterior deberá acompañarse, en su caso, la correspondiente traducción al castellano.
- **Los gastos en moneda distinta al euro, se abonarán en euros, calculándose el cambio de divisa de acuerdo al cambio oficial que la autoridad monetaria oficial en España tuviera fijado para la fecha en que se hubiese abonado la factura.**
- Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiese reembolsado su importe por causa no justificada o que le fuese imputable, la cantidad que éste pudiera adeudar se incrementará en un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50%. Una vez transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual a partir de ese día no podrá ser inferior al 20%.

A efectos de cobertura del seguro, no serán válidas:

- Las facturas emitidas por cónyuges, hermanos, ascendientes y descendientes, así como colaterales de hasta segundo grado.
- Las facturas que no cumplan con los requisitos establecidos en la legislación vigente.

ARTÍCULO 10º. EXCLUSIONES GENERALES PARA TODAS LAS GARANTÍAS

Quedan excluidos de las coberturas de la póliza las asistencias o reembolsos derivados de los riesgos indicados a continuación:

1. **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.

2. Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.
3. 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, salvo en las garantías prestadas a través de reembolso de gastos.
4. 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.
5. 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.
6. Los tratamientos e intervenciones esclerosantes venosos y tratamientos cosméticos.
7. Las piezas anatómicas ortopédicas, material ortopédico, los injertos osteoconductores, osteoinductores e injertos 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.
8. Toda clase de productos o aparatos utilizados en asistencia médica, excepto en la prestada en los hospitales de día o en los centros médicos de urgencias, como pueden ser: órtesis, prótesis, miembros u órganos artificiales, productos farmacéuticos, vacunas, jeringuillas, cualquier aparato ortopédico, aparatos de rehabilitación pasiva, así como los gastos de mantenimiento y reparación de los mismos, y en general, cualquier producto utilizado con fines sociales.
9. El coste de los implantes cocleares, excepto el incluido en el programa del tratamiento de la sordera en niños.
10. Los tratamientos con cámara hiperbárica, aerosoles, oxigenoterapia, ventiloterapia y rayos PUVA salvo si se utilizan los Servicios Concertados por la Aseguradora, así como CPAP, BIPAP y los monitores de apnea, vacunas y tratamientos farmacológicos.
11. Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, tales como organometría, acupuntura, homeopatía y similares.
12. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (SIDA) y el tratamiento del alcoholismo y de la drogadicción.
13. Medicación complementaria a tratamientos quimioterápicos.
14. La cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas.
15. Cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía), cirugía de la presbicia, así como los costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos.
16. Cirugías preventivas, chequeos, exámenes médicos generales de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de Medicina Preventiva expresamente aceptados.

Condiciones Generales

samente pactados en la póliza, siempre que se utilicen los Servicios concertados por la Entidad.

17. 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.
18. 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 a Domicilio, según lo recogido en el apartado "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.
19. 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.
20. En los trasplantes de órganos, la gestión, el transporte, y los gastos derivados de su obtención y conservación.
21. 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.
22. 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.
23. 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 Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional", así como en las epidemias declaradas oficialmente.
24. 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.
25. Los tratamientos e internamientos para curas de reposo o de adelgazamiento. Las estancias en residencias asistidas, geriátricas, o asilos y los tratamientos o permanencias en balnearios, así como cualquier hospitalización en la que concurren circunstancias de tipo social.

26. La hospitalización en procesos psiquiátricos crónicos, test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, sofrología y narcolepsia, rehabilitación psicosocial o neuropsicológica realizada durante la hospitalización del paciente.
27. 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.
28. El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional iniciado con anterioridad a la fecha de efecto de esta garantía.
29. La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria y reembolso de gastos relacionada con dicha interrupción.
30. 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.
31. Partos en medios acuáticos, a domicilio y por medios alternativos.
32. Cirugía de cambio de sexo.

Estas exclusiones comprenden tanto la enfermedad, accidente o hecho que se señala, como las secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados por o a consecuencia de todo lo anterior.

ARTÍCULO 11º. 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 período 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 apli-

Condiciones Generales

cado 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. 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.
5. 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.

6. Altas de Asegurados.

Los hijos recién nacidos 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.
- 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.

7. Alta de recién nacidos.

Los hijos recién nacidos de madre o padre Asegurado cuya alta en la póliza haya tomado efecto en un tiempo superior o igual a 8 meses de antelación al nacimiento se incorporarán a la póliza con efecto de la fecha del nacimiento con las mismas garantías de la madre o del padre si, en el plazo de diez días hábiles desde la fecha del mismo, se hubiera solicitado el alta mediante cumplimentación de la solicitud. En este caso no se considerarán más carencias que las que fueran de aplicación a la madre o del padre. En caso contrario, la admisión del recién nacido quedará sujeta al cumplimiento de las condiciones establecidas por MAPFRE ESPAÑA, pudiendo ser de aplicación las carencias establecidas en la póliza, así como las exclusiones correspondientes.

El alta en la póliza del recién nacido, 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.

Con independencia de lo establecido en los apartados precedentes, si el recién nacido tuviese alguna enfermedad y/o malformación congénita, el Asegurador 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.

8. Subrogación de la Aseguradora.

La Aseguradora podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo.

ARTÍCULO 12º. 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:
 - a) 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 período en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea el asegurador.
 - b) El tomador del seguro se oponga a la prórroga en la forma prevista en el artículo 13, letra C), apartado 2.
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 12º BIS. CONTRATACION 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 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. El Asegurador está obligado a entregar al tomador del seguro la póliza. El tomador deberá devolver al Asegurador un ejem-

Condiciones Generales

plar firmado por él de las Condiciones Particulres 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 el Asegurador entregue la póliza.
- El tomador habrá de comunicarlo al Asegurador 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, el Asegurador reembosará 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 13º. PAGO DE LA PRIMA

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 al Asegurador 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, el Asegurador 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 Agente o en su caso al Corredor, no se entenderá realizado a la Aseguradora salvo que, a cambio, el Agente o, en su caso, 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 registrado en los períodos de seguro precedentes.
2. 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 del oportuno aviso de cobro del recibo correspondiente en el domicilio declarado a al fin o, en su defecto, en el domicilio habitual del Tomador, conforme a lo establecido en el artículo 13º-Bis 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 período 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 Compañía puede exigir al Tomador el pago de todos los recibos pendientes de vencimiento, pago que habrá de hacerse efectivo en el plazo

Condiciones Generales

máximo de los treinta días siguientes a aquél en el que el Tomador recibió la notificación de la Compañía 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 Compañía podrá deducir en la indemnización el importe de las fracciones de primas vencidas y no satisfechas por el Tomador del Seguro.**

ARTÍCULO. 13º BIS. 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 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 14º. 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) o por correo electrónico (reclamaciones@mapfre.com), 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 Electrónica y en el teléfono 900 205 009.
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.

ARTÍCULO 15º. GARANTÍAS ADICIONALES

De acuerdo con lo pactado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, la Aseguradora pone a disposición de sus Asegurados distintos seguros que podrán ser suscritos de forma adicional de acuerdo con los términos contractuales que rijan para cada una de ellos y que se entregarán de forma conjunta con la presente póliza.

ARTÍCULO 16º. PROTECCION DE PAGOS

MAPFRE ESPAÑA 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.

ARTÍCULO 17º. FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

MAPFRE ESPAÑA garantiza el pago a los beneficiarios de un capital máximo de 12.000 euros si se produjese el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un accidente ocurrido 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:

Condiciones Generales

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, los hijos del Asegurado, los padres del Asegurado por partes iguales o el superviviente de los dos, los herederos legales del Asegurado.

En el caso de que el tomador del seguro, adeudara en el momento del siniestro cantidad alguna a MAPFRE ESPAÑA, esta entidad será la primera beneficiaria hasta el importe de dicho débito.

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 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 autolesiones.
- c) Los accidentes ocasionados por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no están 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 al Asegurador 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, el Asegurador queda autorizado 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 MAPFRE ESPAÑA en caso de siniestro, se abonará una única indemnización a los Beneficiarios.

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 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.
- **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.

Definiciones

- **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 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 enfermo, 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:** La falta de descendencia después de dos años de relaciones sexuales encaminadas a la procreación.
- **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.
- **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.

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

Definiciones

- **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 autorizado 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 en 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 MAPFRE ESPAÑA): 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 deriva, 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.



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

mapfre.es