



Conoce Aegon Salud Reembolso

Documentación no contractual

Le informamos que este documento no tiene valor legal ni contractual. Su contenido es estrictamente informativo sobre los seguros de Vida que forman parte del catálogo de productos de Aegon y en el que se muestran las garantías básicas que componen los productos, así como las diferentes coberturas opcionales a disposición del cliente.

Para saber las condiciones, garantías y límites, debe consultar la póliza donde se muestra el alcance del producto contratado.

Índice

El seguro de Salud Aegon

¿Qué es un contrato de seguro de salud?	4
¿Qué personas intervienen?	4
Inicio y duración de la póliza	4

¿Cómo funciona Aegon Salud Reembolso?

¿Cuánto cuesta?	5
¿Cómo se paga?	6
Tarjeta sanitaria Aegon	6
¿Qué cubre este seguro?	7
¿Qué coberturas incluye el Seguro Aegon Salud Reembolso?	7
¿Dónde cubre este seguro?	33
¿Qué no cubre este seguro?	34
¿Cuál es mi Cuadro Médico?	40
Periodos de carencia	40
Eliminación de carencias	41
Autorización de las prestaciones	42
Procesos de Autorización	43
Altas en el seguro	43
Rescisión	44
Departamento de Atención al Cliente (DAC)	44
Derecho de desistimiento	45
Resolución de discrepancias relativas a las coberturas otorgadas por la Póliza	45

Coberturas opcionales

Salud Dental	46
--------------------	----

Aspectos legales

Legislación aplicable	47
Jurisdicción	47
Prescripción	47
Subrogación	48

La salud es para disfrutarla

Por eso es importante contar con un Seguro de Salud que te ofrezca total tranquilidad y el respaldo del mejor Cuadro Médico, sin listas de espera.

En Aegon hemos diseñado una oferta de seguros que se adapta a tus necesidades y a las de tu familia. Descúbrela.

El seguro de Salud Aegon

¿Qué es un contrato de seguro de Salud?

Es el documento en el que se recogen las condiciones del Seguro. Está pensado para proteger a tu cliente y a sus seres queridos, ante cualquier situación que precise de asistencia médica en régimen de consulta ambulatoria y en régimen de ingreso hospitalario en caso de enfermedad o lesión cubierta.

¿Qué personas intervienen?

Asegurador	La Compañía Aseguradora que asume el compromiso de cubrir la asistencia sanitaria de acuerdo con las condiciones y límites establecidos en la Póliza es Aegon España, S.A.U. de Seguros y Reaseguros, en adelante Aegon, con domicilio social en Calle Vía de los Poblados, 3 - 28033 Madrid, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 6258, Libro 0, Folio 171, Sección 8ª, Hoja M-102043, Inscripción 413ª - NIF A-15003619.
Tomador del seguro	La persona que firma el contrato y tiene la obligación de pagar los recibos.
Asegurado/s	La persona o personas sobre las cuales se establece la cobertura del Seguro de Salud contratado.

Inicio y duración de la póliza

La Póliza toma efecto a partir del día de contratación siempre que el Tomador haya pagado el primer recibo de prima, y tendrá vencimiento el día 31 de diciembre del año en curso.

A la finalización del periodo inicial, se entenderá prorrogado automáticamente por periodos sucesivos de un año. No obstante, las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato, mediante notificación escrita a la otra parte con un

plazo de, al menos 1 mes de anticipación a la conclusión del periodo en curso cuando quien se oponga sea el Tomador, y de 2 meses cuando sea Aegon.

No obstante lo anterior, en aquellas Pólizas con antigüedad superior a 2 años, Aegon renuncia a su derecho de oposición a la prórroga para las siguientes anualidades, salvo en los supuestos de reserva o inexactitud, dolo o culpa grave en la cumplimentación del cuestionario de salud o de incumplimiento de obligaciones por parte del Tomador y/o Asegurado.

El Tomador podrá, en el plazo de un mes a contar desde que se le entregue la Póliza, solicitar que se subsanen las divergencias que pueda haber respecto a las condiciones acordadas. Pasado ese plazo, aplicará el contenido de la Póliza.

¿Cómo funciona Aegon Salud Reembolso?

¿Cuánto cuesta?

La prima del Seguro es anual e indivisible. No obstante, se puede pactar su pago fraccionado, el cual se constituye exclusivamente como una facilidad de pago. El precio del seguro o recibo, está formado por la prima más los impuestos y recargos legales. Estos recibos le corresponde pagarlos al Tomador. Este producto permite los siguientes fraccionamientos de pago: anual, semestral, trimestral y mensual.

La prima total anual es la correspondiente al primer periodo contratado, es decir, desde la fecha de efecto inicial de la póliza hasta el 31 de diciembre del año en curso.

A partir de la fecha de renovación de la Póliza (31 de diciembre) el importe de la prima podrá ser actualizado en función de que se produzcan cambios en:

- La provincia de residencia

- La edad de cada Asegurado
- Los costes anuales de los servicios asegurados prestados por hospitales y médicos
- El comportamiento de la siniestralidad durante la vigencia de la Póliza
- El número de Asegurados
- Las garantías de Reembolso de gastos

Esta modificación se comunicará al Tomador del seguro, como mínimo 2 meses antes del vencimiento de la Póliza, para que tenga conocimiento del importe de la prima que pagará al año siguiente.

En caso de haber contratado la cobertura opcional de Salud Dental, cada vez que se produzca una modificación de los valores de las franquicias dentales se le comunicará 2 meses antes del vencimiento del contrato, para que tenga conocimiento del importe de la prima que pagará al año siguiente.

¿Cómo se paga?

En la fecha de emisión de cada recibo, la prima se cargarán en la cuenta bancaria, titularidad del Tomador que facilite en la contratación, y según lo recogido en la Orden de Domiciliación de Adeudo Directo SEPA.

El Tomador pagará la prima en la forma y fechas especificadas en las Condiciones de la Póliza. Si se pacta el pago fraccionado de la prima anual, el Tomador del Seguro estará obligado al pago del primer plazo en el momento de la firma del contrato. Las primas siguientes deberán hacerse efectivas en sus correspondientes vencimientos. **El fraccionamiento del pago de la prima no libera al Tomador del Seguro de la obligación de abonar la totalidad de la prima anual.**

Si la primera prima resulta impagada el contrato no entrará en vigor. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes las coberturas quedarán suspendidas una vez transcurrido un mes desde la fecha del impago y el contrato se extinguirá de acuerdo con la normativa legal.

Tarjeta sanitaria Aegon

Para utilizar los servicios de las coberturas garantizadas a través del Cuadro Médico concertado por Aegon, el Asegurado deberá mostrar la tarjeta sanitaria, que recibirá

en su domicilio, o la tarjeta digital, junto con el DNI u otro documento identificativo válido.

En caso de extravío o robo de la tarjeta sanitaria, deberá comunicarlo en el plazo de 48 horas, en el Área Privada de Cliente o llamando al **91 563 20 00**. Procederemos a emitir una nueva tarjeta y anular la anterior.

¿Qué cubre este seguro?

Este seguro cubre la asistencia médica ambulatoria y en régimen de ingreso hospitalario que proceda en caso de enfermedad o lesión cubierta de acuerdo con lo detallado en el apartado “**¿Qué coberturas incluye el Seguro Aegon Salud Reembolso?**” y siempre que no esté recogida en el apartado “**¿Qué no cubre este Seguro?**” incluido en las Condiciones de Especial Interés. Estos servicios serán prestados dentro de los límites y condiciones estipuladas en la Póliza, siempre que la prima del seguro haya sido pagada por el Tomador.

Asimismo, Aegon no se hará cargo de las prestaciones sanitarias derivadas de tratamientos o intervenciones incluidas en el apartado “**¿Qué no cubre este seguro?**”, excepto en caso de urgencia vital y cuando sean explícitamente aprobados previamente, por escrito, por Aegon.

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, con posterioridad a la fecha de efecto del contrato, podrán pasar a formar parte de las coberturas de la Póliza siempre que sean seguros, eficaces y estén universalizados y consolidados. Éstos deberán estar ratificados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas o del Ministerio de Sanidad, mediante un informe positivo. En cada renovación de la Póliza, Aegon comunicará las técnicas o tratamientos que se incluirán entre las coberturas de la Póliza para el siguiente periodo.

¿Qué coberturas incluye el Seguro Aegon Salud Reembolso?

Para cada cobertura, se prestarán al Asegurado los servicios relacionados en la descripción de la misma. En todos los casos el Asegurado tiene derecho a elegir médico libremente entre los incluidos para la prestación sanitaria en el Cuadro Médico de Aegon correspondiente a su Póliza.



Urgencias ambulatorias y hospitalarias

El servicio de urgencia deberá solicitarse por teléfono al número **91 563 20 00** o acudiendo directamente al centro de urgencia que figura en el Cuadro Médico de Aegon, el cual se encuentra a disposición del Tomador del Seguro, y que también puede consultarse en la web **www.aegon.es** y en su Área Privada de Cliente a la que puede acceder desde esa misma web.

En la modalidad de reembolso de gastos no será necesaria que la prescripción y realización del servicio de urgencia sea realizada por un facultativo perteneciente al Cuadro Médico concertado por Aegon.



Medicina primaria

- **Enfermería (A.T.S/D.U.E):** Servicio en consulta y a domicilio. En este último caso, siempre y cuando el enfermo guarde cama y previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de Aegon.
- **Medicina general:** Comprende la asistencia médica en consulta, indicación y prescripción de las pruebas y medios diagnósticos básicos (analítica y radiología general) y la asistencia médica a domicilio cuando por motivos de la enfermedad que aqueje al Asegurado se encuentre impedido para trasladarse a la consulta.
- **Pediatría y puericultura:** Para niños menores de 14 años. Incluye Neonatología.



Especialidades médicas y quirúrgicas

Se cubren las consultas, las pruebas diagnósticas y los tratamientos realizados siempre dentro de los límites establecidos en la Póliza, en las siguientes especialidades médico-quirúrgicas:

Alergología y Pruebas Alérgicas	Dermatología y Venerología	Obstetricia y Ginecología
Anestesiología y Reanimación	Endocrinología	Odontostomatología
Angiología y Cirugía Vascul ar	Geriatría	Oftalmología
Aparato Digestivo	Hematología y Hemoterapia	Oncología Médica
Cardiología	Inmunología	Oncología Radioterápica
Cirugía Cardiovascular	Medicina Interna	Otorrinolaringología
Cirugía General y del Aparato Digestivo	Nefrología	Psiquiatría
Cirugía Maxilofacial	Neumología. Aparato respiratorio	Rehabilitación
Cirugía Pediátrica	Neurocirugía	Reumatología
Cirugía Plástica y Reparadora	Neurofisiología Clínica	Traumatología y Cirugía Ortopédica
Cirugía Torácica, Pulmonar y Mediastínica	Neurología	Urología



Medios de diagnóstico

Dentro de las especialidades médico-quirúrgicas enumeradas, el Asegurado tiene derecho a utilizar los servicios de diagnóstico que le prescriba su médico. Estos medios de diagnóstico incluyen los exámenes implantados o adoptados por el Sistema Nacional de Salud a la fecha de efecto de la Póliza, por la técnica médica, con la instrumentación y tecnología idóneas, sean o no técnicas invasivas, y son los siguientes, con las limitaciones que, en su caso, se establezcan:

Análisis Clínicos: Laboratorio con pruebas bioquímicas, enzimáticas y radioinmunoensayo, entre otros.

Aparato Digestivo: La prueba diagnóstica Fibroscan está cubierta una vez al año por Asegurado, solo para evaluar la evolución del grado de fibrosis hepática en hepatopatías crónicas, **con exclusión de las que tienen alguna relación con el alcoholismo.**

Anatomía Patológica y Citología: Incluye la realización de dianas terapéuticas, previas a la administración de determinados fármacos, siempre que en la ficha técnica de dicho fármaco, establecida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se exija su determinación.

Cardiología: Cateterismos cardíacos, coronografía, ecocardiografía, electrocardiografía y pruebas de esfuerzo.

Endoscopias Bronquiales, Digestivas y Urológicas: En las pruebas digestivas se incluye el estudio mediante la cápsula endoscópica para el estudio del intestino delgado según protocolos médicos.

Estudios Genéticos: aquellos imprescindibles para el diagnóstico y/o para realizar las prescripciones del tratamiento en paciente afecto y sintomático.

Medicina Nuclear:

- Estudios nucleares con gammagrafías de hígado y vías biliares, tiroides, óseas, pulmonares y cerebrales.
- Tomografía por Emisión de Positrones (PET): Se cubre exclusivamente en los casos definidos, aceptados y reconocidos por el Sistema Nacional de Salud como práctica habitual.
- Los medios de contraste son por cuenta de Aegon. El PET/TC y PET son objeto de cobertura exclusivamente para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el Fármaco 18-fludesoxiglucosa (18-FDG).

Neurofisiología Clínica: Electroneurofisiología (electroencefalografía, electromiografía, potenciales evocados y polisomnografía). Estudio mediante otoemisiones.

Obstetricia y Ginecología: Están incluidas las siguientes pruebas genéticas: cariotipo, factor V Leiden y mutación 20210 del gen de la protrombina. Se incluye además el Test prenatal no invasivo Harmony 3: Exclusivamente para el cribado prenatal de las anomalías cromosómicas fetales más frecuentes. Se prestará en los casos en los que exista un cribado combinado de primer trimestre de alto riesgo con un resultado de riesgo mayor o igual a 1/250. **Queda limitado a un test por Asegurada y año.**

Técnicas de diagnóstico por la imagen:

- Radiología.
 - Convencional: Con o sin contraste. Radiología simple de abdomen, tórax y ósea.
 - Invasiva o intervencionista: Angiografía, arteriografías convencionales y arteriografías por técnicas digitales.
 - Biopsia de próstata guiada por fusión de imágenes. **Limitado a una biopsia por asegurado y año.**
- Tomografía Axial Computarizada (TAC): Incluido el de 64 cortes.
 - Colonografía por TAC: Exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional.
 - Coronografía por TAC: Exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis tras cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario, no incluyendo bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación de Stent, la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening.
- Densitometría ósea.
- Punciones y aspiraciones de órganos.
- Eco-doppler.
- Mamografía.
- Resonancia Nuclear Magnética.
- Ecografías.



Tratamientos especiales

Balón intragástrico: Sólo en caso de casos de obesidad mórbida según protocolos médicos.

Drenaje linfático postmastectomía.

Fotovaporización prostática con láser verde.

Hemodiálisis: Sólo para procesos agudos durante el ingreso hospitalario en UVI.

Litotricia extracorpórea (tratamiento de cálculos): Urinarios por ondas de choque.

Logopedia: Exclusivamente si es necesaria tras una intervención quirúrgica amparada por la Póliza.

Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosoles a domicilio: Exclusivamente para aquellos pacientes crónicos que requieran tratamiento con oxígeno durante al menos 16 horas al día.

Prótesis: Se cubre exclusivamente las enumeradas a continuación, en las coberturas y marcas prescritas autorizadas por Aegon y serán suministradas siempre por las empresas designadas por Aegon:

- Lente intraocular monofocal cuando sea precisa en intervenciones de cataratas en régimen ambulatorio o de hospitalización si fuera precisa, siendo su coste a cargo de Aegon en la marca y modelo aceptadas y autorizadas por éste.
- Marcapasos.
- Malla cuando sea precisa en intervenciones de hernia abdominal.
- Prótesis de by-pass vascular.
- Prótesis internas traumatológicas, así como los tornillos y placas de fijación interna.
- Stent: Endoprótesis vascular autoexpandible de pequeño tamaño utilizada para mantener abierta una estructura vascular.
- Válvulas cardíacas.
- Desfibrilador automático implantable: Aparato destinado a contrarrestar la fibrilación auricular y ventricular. Aegon se hace cargo del coste del desfibrilador automático implantable **hasta un límite de 3.000 euros por dispositivo, Asegurado y año.**

Rehabilitación cardíaca en caso de infarto.

Reconstrucción de ambas mamas tras mastectomía, incluida contralateral.

Rehabilitación del suelo pélvico: La técnica rehabilitadora para la incontinencia urinaria sólo tras intervención quirúrgica o parto cubiertos previamente por la Póliza.

Tratamiento oncológico:

- Quimioterapia: La prescripción del tratamiento deberá ser siempre realizada por el especialista en Oncología Médica que esté encargado de la asistencia al enfermo.

Los tratamientos quedan cubiertos por la Póliza, siempre que deban aplicarse en centro asistencial concertado, tanto en régimen de Unidad de Día Oncológica, como en ingreso cuando éste fuera necesario.

Por lo que se refiere a los medicamentos, Aegon sólo correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos siempre que estos deban suministrarse en régimen de hospitalización, que se expendan en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad, en las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía parenteral, en tantos ciclos como sea necesario. Quedan incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa utilizados en quimioterapia. **El ingreso para la administración oral de estos medicamentos no queda cubierto.**

Queda expresamente excluida cualquier otra medicación no específicamente citostática complementaria, incluso la quimioterapia paliativa.

- Radioterapia en régimen ambulatorio o con hospitalización médica si fuera precisa: Incluyendo la de intensidad modulada, la braquiterapia en casos de tumores prostáticos, acelerador lineal, la radioneurocirugía cuando exista indicación expresa y demuestre su eficacia comparada con otras técnicas alternativas.

Transfusiones de sangre y/o plasma: Únicamente en el centro médico.

Trasplantes: Incluye trasplantes autólogos tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica, exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica. También se incluye el trasplante de córnea, siendo el coste de ésta por cuenta del Asegurado. No se incluyen el resto de trasplantes al encontrarse regulados por la Organización Nacional de Trasplantes, cuya prestación deberá realizarse por la Sanidad Pública.

Tratamiento del dolor oncológico: Incluye exclusivamente los reservorios implantables tipo port-a-cath. De forma expresa se excluyen los electrodos de estimulación medular y las bombas implantables para la infusión de medicamentos.

Utilización de neuronavegador en neurocirugía.

Ondas de choque: Es una técnica de rehabilitación física cuya finalidad es tratar calcificaciones ligamentosas post inmovilización. **Quedan cubiertas hasta 10 sesiones por lesión.**

Cirugía radiofrecuencia ORL: Técnica quirúrgica aplicable en ORL (Otorrinolaringológicos) utilizados en los procesos de cirugía de cornetes,

amigdalectomía y uvulopalatoplastias, **quedando excluido el resto de sus aplicaciones y, explícitamente en la cirugía del ronquido.**

Revisión médica para la renovación u obtención del permiso de conducir: Reconocimiento médico necesario para la obtención o renovación del permiso de conducir para carnet de tipo B, según legislación aplicable. **Esta cobertura no incluye el coste de las tasas aplicables.**

Cirugía percutánea del Hallux Valgus: Técnica quirúrgica aplicable en traumatología utilizada en los procesos de Hallux Valgus (comúnmente conocidos como juanetes), realizados por especialistas en traumatología del Cuadro de la Compañía, **quedando excluido el resto de aplicaciones.**

Sistema Da Vinci: Cirugía asistida por ordenador exclusivamente en la Prostatectomía radical (cirugía radical de próstata por cáncer prostático). El Asegurado deberá abonar una **franquicia de 7.500,00€ al centro médico por los gastos originados por el uso del ordenador Sistema quirúrgico Da Vinci**, siendo por cuenta de Aegon el resto del coste. **Aegon no se hace responsable de cualquier daño o responsabilidad que se pueda derivar del pago o impago, por parte del Asegurado, de la franquicia.** En cualquier caso, esta cobertura requiere autorización previa por parte de Aegon y únicamente se dará cobertura en los centros que, a tal efecto, específicamente se designen. **Queda limitado a un uso por Asegurado y vida de Póliza.**

Láser Holmio: El láser Holmio o láser rojo es una técnica utilizada en intervenciones de hipertrofia prostática sintomática. **Queda limitado a un uso por Asegurado y año.** En cualquier caso, esta cobertura requiere autorización previa por parte de Aegon.

Sistema Carto: para el mapeo del sistema de conducción eléctrica cardiaco previo a la ablación de vías cardiacas aberrantes o accesorias. **Queda limitado a un uso por Asegurado y año.** En cualquier caso, esta cobertura requiere autorización previa por parte de Aegon.

Crioablación: Nueva técnica avanzada para el tratamiento de ciertas arritmias, en la que la fuente de energía aplicada es el frío y no el calor, como ocurre en el procedimiento convencional. En cualquier caso, esta cobertura requiere autorización previa por parte de Aegon y va ligado al periodo de carencia de cualquier tipo de cirugía.

Hospitalización y Cirugía

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital designado por Aegon. En esta cobertura la asistencia se prestará a través de:

Hospitalización médica: Hospitalización médica sin intervención quirúrgica. Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.

Hospitalización psiquiátrica: Se cubre sólo el ingreso de enfermos para procesos agudos y para brotes agudos de procesos crónicos exclusivamente, cuando proceda por indicación del psiquiatra del Cuadro Médico de Aegon. En este caso la duración de la estancia se estipulará según criterio médico, **con un límite máximo de cobertura de 50 días al año por Asegurado.**

Hospitalización quirúrgica: Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso los implantes quirúrgicos y prótesis.

Hospitalización pediátrica: Para menores de 14 años. Incluye la asistencia por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).

Hospitalización de día: Tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

Tratamiento en unidades de cuidados intensivos: Hospitalización en UVI.

Maternidad y recién nacidos

Cubre los gastos derivados de la maternidad (embarazo y parto o cesarea) y cualquier tipo de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria derivados de:

- Parto o cesárea
- Preparación al parto

- Tocología

También incluye las siguientes coberturas adicionales:

- La anestesia epidural.
- El neonato queda amparado por las garantías de la Póliza de la madre durante **sus primeros 30 días naturales de vida**, siempre que el parto quede cubierto por la Póliza. En caso de que el parto haya sido autorizado y realizado por medios de la Compañía, podrán ser incluidos en la Póliza de la madre con la misma cobertura sin aplicación de carencias y cubriendo las enfermedades congénitas y demás enfermedades preexistentes, para lo cual el Tomador deberá comunicar a Aegon el nacimiento en los 30 días naturales siguientes, cumplimentando una Solicitud de seguro.
- La amniocentesis precoz en los embarazos de riesgo y previa autorización de Aegon, siempre que sea prescrita por un médico.

Reembolso

Aegon asegura con un límite máximo anual por Asegurado (según se especifica a continuación) el reembolso de los gastos ocasionados por los servicios garantizados en la Póliza en la garantía de Reembolso y de acuerdo con los siguientes límites cuantitativos.

Aegon reembolsará al Asegurado el 80% de los gastos correspondientes a la asistencia sanitaria recibida en un hospital o clínica y/o de facultativos no incluidos en los cuadros médicos de Aegon, siempre que dicha asistencia esté comprendida en alguna cobertura garantizada en la Póliza.

El 20% restante correrá a cargo del Asegurado. La cantidad que Aegon habrá de abonar en aplicación del porcentaje citado, no excederá de los límites que a continuación se establecen:

Porcentaje de reembolso	
En España	80%
En el extranjero	80%
Reembolso total	
	150.000 € asegurado/año
Asistencia Ambulatoria	
Medicina primaria	40.000 €/año
Especialidades	(Incluyen pruebas y actos en consultas)
Cirugías	
Cirugía ambulatoria y menor (Grupo 0,1 y 2)	40.000 €/año (Límite total para el conjunto de todas las cirugías)
Cirugía media (Grupo 3 y 4)	
Cirugía mayor (Grupo 5, 6 y 7)	
Gran cirugía (Grupo 8)	
Asistencia Hospitalaria	
Sin cirugía	100 €/día
Prótesis	3.500 €/año
Otros gastos hospitalarios:	
• Hospital	1.000 €/día
• UVI	1.300 €/día
• Hospital día	500 €/tratamiento
• Otros gastos	1.000 €/día
Trasplantes:	
• Trasplante autólogo de médula ósea	90.000 €/año
• Trasplante de córnea	10.000 €/año
Asistencia por maternidad por año y asegurado	
	5.000 €/año

Enfermedades congénitas del recién nacido	8.000 €/año
Tratamientos especiales	
Acelerador lineal de partículas	3.100 €/año
Bomba de cobalto	2.500 €/año
Cirugía cerebral exterotásica tumoral	6.650 €/año
Quimioterapia	6.000 €/año
Litotricia renal	970 €/año
Diálisis (todo incluido)	1.000 €/año
Otros tratamientos especiales	1.000 €/año
Otras prestaciones	
Odontología	365 €/año
Rehabilitación y fisioterapia	1.500 €/año
Psicoterapia	1.500 €/año
Psicoterapia (trastornos alimentarios)	3.000 €/año
Ambulancia	1.200 €/año
Podología	200 €/año
Preparación al Parto	100 €/año

Estos límites se corresponden a la cobertura de una anualidad completa, y son proporcionales a la duración de la Póliza desde la fecha de efecto hasta su primer vencimiento el 31 de diciembre.

La clasificación de los grupos de cirugía que integran el baremo se ha elaborado de acuerdo a la agrupación de intervenciones quirúrgicas (Grupo 05, subgrupos 0 a 8) realizadas por la Organización Médico Colegial Española que podrá consultar en la página web <http://www.cgcom.es/nomenclator>, e incluyen los honorarios de cirujanos, anestelistas y ayudantes. Por consiguiente la indemnización se realizará atendiendo a las Franquicias pactadas y a los límites establecidos en función de la catalogación de la intervención quirúrgica en el grupo correspondiente.

En el caso de intervenciones quirúrgicas que no figuren en el baremo se indemnizará por analogía a las que en él consten con otras u otras que requieran tiempo y habilidad quirúrgica semejante.

El Asegurado tiene derecho a que se le reembolse, con los límites señalados, todas las coberturas indicadas en el apartado “¿Qué cubre este seguro?” (excepto en la cobertura de Asistencia en Viaje).

Para tener derecho al citado Reembolso de gastos sanitarios será necesario la presentación de los siguientes documentos en un plazo máximo de 2 meses desde su realización:

- La Solicitud de reembolso de gastos debidamente cumplimentada.
- Justificantes de la(s) factura(s) emitida(s) por un médico especialista o un centro sanitario, debidamente autorizados para ejercer su actividad sanitaria por la autoridad gubernativa correspondiente. En caso de que se presenten facturas en un idioma diferente al inglés o castellano será necesaria su traducción, cuyo coste será por cuenta del Asegurado. Le recomendamos que conserve una copia de la(s) misma(s) hasta que se realice el reembolso. Deben constar los siguientes datos:
 - Nombre y apellidos o razón social, NIF ó CIF, domicilio social del médico o centro sanitario que emite la factura y número de colegiado, del profesional realizador de la prestación.
 - Número de la factura y fecha de la misma.
 - Nombre y apellidos del Asegurado a quien se le ha prestado la asistencia.
 - Fecha de la asistencia.
 - Desglose detallado de cada asistencia prestada (concepto, fecha e importe).
 - Importe total de la factura (de esta cantidad se reembolsará el importe correspondiente según las condiciones de la Póliza).
- Informe médico.
- Acreditación del pago de la(s) factura(s).
- Toda documentación adicional que precise Aegon al objeto de verificar los antecedentes y la fecha de origen de cualquier tipo de prestación.
- Una vez recibido el aviso de siniestro, Aegon podrá disponer que sus médicos o empleados visiten al Asegurado las veces necesarias, siempre que resulte justificable y se respete la intimidad del Asegurado. Estas visitas deberán ser permitidas, así como cualquier averiguación, comprobación o información que resulte necesaria sobre el estado de salud del Asegurado.

El Asegurado puede consultar el procedimiento completo para el reembolso de gastos en la Guía del Asegurado o a través del teléfono **91 563 20 00**.



Coberturas adicionales

Accidentes de tráfico y Accidentes laborales: Se atenderá en iguales condiciones y con los mismos límites y exclusiones previstas en la Póliza, la asistencia sanitaria derivada de accidentes de tráfico o laborales. Cuando la misma se encuentre cubierta por un seguro obligatorio, Aegon podrá reclamar posteriormente a la compañía aseguradora del responsable del daño.

Ambulancia: Para el traslado urbano e interurbano en la provincia de residencia de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. Se cubre exclusivamente el desplazamiento del Asegurado desde el lugar donde se encuentre el Asegurado al hospital o viceversa y solo para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. Será necesaria la prescripción de un médico del Cuadro Médico de Aegon, salvo en caso de urgencia. En el caso de que el Asegurado se encuentre fuera de su provincia de residencia, la prestación del servicio se realizará siempre que el mismo no se encuentre a más de 25 km de su domicilio.

Fisioterapia: Se cubre con carácter ambulatorio y exclusivamente para las afecciones de origen agudo en el aparato locomotor siempre que no se trate de un proceso crónico o degenerativo, previa prescripción de un médico concertado por Aegon. Se prestará siempre en los centros designados por Aegon con la correspondiente autorización. En régimen de ingreso hospitalario se prestará solo y exclusivamente para la recuperación del aparato locomotor secundaria a una cirugía ortopédica y la recuperación cardíaca tras infarto agudo de miocardio.

Garantía de Segunda Opinión Médica: Permite el acceso a la opinión de especialistas médicos a través de los criterios que expresen centros y facultativos médicos internacionales, proporcionándose las recomendaciones de expertos especializados en las enfermedades que son objeto de cobertura por la Póliza. La segunda opinión es toda petición de información médica solicitada por un Asegurado en referencia a diagnóstico y/o tratamiento del enfermo Asegurado y para ello Aegon se obliga a:

- Recibir, identificar y presentar la petición de segunda opinión a los médicos especialistas que considere más apropiados para contestar las preguntas específicas planteadas por la consulta.
- Comunicar la información médica vital de forma rápida, eliminando las barreras del lenguaje, distancia, coste y acceso que separan al paciente de los médicos más expertos del mundo.

Esta garantía cubre exclusivamente la segunda opinión del especialista al que

se consulta a partir de los informes que se te faciliten, no la asistencia por parte del mismo.

Medicina preventiva: Quedan incluidos los controles preventivos adecuados a la edad del Asegurado que se indican a continuación. Estos deberán ser prescritos por un médico incluido en el Cuadro Médico de Aegon y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la Póliza. En estos términos quedan cubiertos los siguientes controles preventivos:

- **Cardiología:** Incluye la prevención del riesgo coronario en personas mayores de 40 años (consulta, electrocardiograma (ECG), analíticas y demás pruebas complementarias).
- **Digestivo:** Incluye la prevención del cáncer colorrectal en personas mayores de 50 años mediante consulta, test de laboratorio específico y colonoscopia en caso que sea necesario.
- **Ginecología:** Revisión ginecológica anual para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- **Pediatría:** Incluye los controles preventivos y del desarrollo infantil.
- **Urología:** Prevención del cáncer de próstata en mayores de 45 años mediante consulta, test de laboratorio específico y demás pruebas complementarias si son necesarias.

Obstetricia y Ginecología:

- **Planificación familiar:** Incluye anovulatorios, colocación del DIU y su vigilancia **(incluido el coste del dispositivo con un límite de 150 €)**, igualmente se cubre la ligadura de trompas y la vasectomía.
- **Estudio y tratamiento de la infertilidad:** La cobertura incluye el estudio, diagnóstico (con las pruebas complementarias habituales y protocolizadas) y el tratamiento de la infertilidad de la pareja, **hasta el límite de 3 intentos de inseminación artificial y 1 intento de fertilización in vitro**, estando incluida la ICSI (microinyección espermática), en caso de ser necesaria. Será condición indispensable para recibir esta cobertura, que ambos miembros de la pareja estén Asegurados en la Póliza, **que ninguno de ellos haya alcanzado los 40 años de edad** y que ambos hayan superado el periodo de carencia establecido de 48 meses. La aplicación de técnicas de reproducción asistida se ajustará según la legislación vigente. **Queda excluido el tratamiento, si la esterilidad se ha producido voluntariamente o si es consecuencia del proceso fisiológico natural.**

Odontoestomatología: Cubre las extracciones, las radiografías simples (intraorales) y una limpieza de boca al año por Asegurado. Para poder disfrutar de esta cobertura deberás dirigirte al especialista “Estomatología-Odontología” que aparece en el Cuadro Médico.

Podología: Cubre 6 sesiones al año por Asegurado. Se deberá solicitar autorización en la opción “Podología” a través del 91 563 20 00.

Psicología: La prestación cubre la atención psicológica de carácter individual y temporal a través de centros y profesionales concertados por Aegon, y cuya finalidad sea el tratamiento de patologías susceptibles de intervención psicológica (tales como el estrés, la depresión, los problemas de pareja, el insomnio, etc.). La presente prestación requerirá la previa prescripción por un psiquiatra y la previa autorización de Aegon. **Se cubren 4 consultas por Asegurado y mes, con un máximo de 15 consultas por Asegurado y año.**

Traumatología: Incluye cirugía artroscópica e injertos óseos.



Consulta Médica Digital

Con esta Garantía, los Asegurados tienen cubierto el acceso a Profesionales de la salud para obtener orientación médica a través de un servicio de chat y video consulta médica (videollamada) a modo de consultas médicas virtuales, sin necesidad de acudir a un centro médico. Las consultas médicas son gratuitas e ilimitadas y no generan copago por parte del Asegurado. A través del sistema de chat médico estarán disponibles las especialidades médicas que en cada momento AEGON tenga habilitadas, que eventualmente podrán no ser todas las especialidades cubiertas por la póliza.

Para poder beneficiarse de esta garantía y recibir la prestación del servicio de consulta médica por chat o videollamada, el Asegurado debe haber descargado desde su teléfono móvil, tablet u otro dispositivo, a través de Apple Store o Google Play, según corresponda, la App denominada “Aegon Telemedicina”.

El acceso al servicio y el uso de la Aplicación está limitado a los asegurados de la póliza. La aplicación estará disponible las 24h del día de los 7 días de la semana. Los profesionales médicos destinados a cubrir el servicio tendrán asociada una disponibilidad horaria. En el caso de medicina general, además pueden hacerse consultas **24 horas del día todos los días del año** a través del servicio de videollamada.

El servicio de consulta médica digital será realizado por facultativos médicos y profesionales sanitarios legalmente autorizados para las respectivas especialidades médicas o relativas al bienestar.

A través de este servicio de orientación médica no se realizan:

- Diagnósticos de enfermedades ni prescripciones de medicamentos.
- Ningún tipo de tratamiento o asistencia médica, ni supone un servicio de atención de urgencias médicas

Ante cualquier urgencia o emergencia médica, el médico y/o agente de soporte que atienda al Asegurado le informará de inmediato que debe acudir a los profesionales sanitarios o centros de salud y le instará a que utilice el servicio telefónico de Aegon para gestión de urgencias.

La atención médica a través del servicio de chat y video consulta, es decir, las respuestas a las consultas, se realizará siguiendo las pautas recomendadas para ello por el Consejo General de Colegios Oficiales Médicos, que son:

- 1) En ningún caso el profesional médico realizará por esta vía diagnóstico o ejercicio clínico de la medicina.
- 2) El servicio médico se limitará a la orientación del paciente Asegurado con relación a su consulta médica, así como la ayuda en su toma de las decisiones.
- 3) El profesional médico puede ampliar información sobre fármacos con receta y posología indicada.



Asistencia en viaje

Se garantiza a los Asegurados durante la vigencia de la Póliza, la cobertura de esta garantía, en caso de enfermedad o accidente, en los términos definidos en la normativa aplicable, durante el transcurso de un viaje o desplazamiento.

Ámbito de la cobertura: Las garantías 1 (a,b,c,d), 2 (a, b) y 3 (a,b) solo tendrán validez en el extranjero, no tienen cobertura en España.

El resto de garantías de Asistencia en Viaje, tienen validez en el extranjero y en España a partir de 25 km de la residencia habitual del Asegurado.

Validez: El Asegurado debe tener su domicilio en España y residir habitualmente en él, y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia habitual no podrá exceder de los 90 días por viaje o desplazamiento.

Durante el transcurso de un viaje, con esta cobertura tendrá derecho a las garantías detalladas a continuación:

Coberturas de asistencia médica	Límite
Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero	15.000€ por Asegurado y año (límite compartido con la cobertura Envío de medicamentos en el extranjero)
Gastos para tratamientos odontológicos de urgencia en el extranjero	240,40€ por Asegurado y año
Gastos de estancia de un familiar, por hospitalización en el extranjero del Asegurado	100€/día máximo 10 días por Asegurado y año
Gastos de prolongación de estancia en el extranjero tras hospitalización	100€/día máximo 10 días por Asegurado y año
Coberturas en caso de fallecimiento	Límite
Gastos de estancia y manutención de acompañante, por fallecimiento del Asegurado en el extranjero	100€/ día máximo 5 días por Asegurado y año

Coberturas de asistencia personal	Límite
Envío de documentos en el extranjero	120€ como gastos de envío por Asegurado y año
Envío de medicamentos en el extranjero	15.000€ por Asegurado y año (límite compartido con la cobertura Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero)
Adelanto de fondos Imprevistos en el viaje	1.500€ por Asegurado y año
- Demora del viaje	Límites aplicables por siniestro - 60,10€ por cada 6 horas, máximo de 180,30€
- Demora en la entrega de equipajes	- 120,20€ si retraso superior a 6 horas o pasa una noche entre hora prevista y real. Si retraso superior a 72 horas se amplía en 180,30€
- Avería o pérdida total de equipaje	- Hasta 901,52€.
	Relojes, cámaras fotográficas o de vídeo, ordenadores portátiles, joyas y pieles: 25% de la cantidad indicada anteriormente
Coberturas de asistencia legal	Límite
Defensa Jurídica	15.000€ por siniestro
Adelanto importe fianza penal	10.000€ por siniestro

1. COBERTURAS DE ASISTENCIA MÉDICA

a) Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero

Si un Asegurado sufre una enfermedad o un accidente, cubierto por la Póliza y sucedido durante el viaje, y necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria, Aegon se hará cargo de:

- Los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- Los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por Asegurado, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, es de 15.000€ al año.

b) Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o accidente, Aegon se hará cargo de:

- Los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica u hospital más próximo.
- El control del equipo médico en contacto con el médico que atiende al Asegurado, para determinar las medidas, el tratamiento a seguir y el medio para su traslado hasta otro hospital más adecuado o su domicilio.
- Los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado, hasta el hospital prescrito o su domicilio habitual. Si fuera ingresado en un hospital no cercano a su domicilio, Aegon se hará cargo, en su momento, del traslado al mismo.

Aegon procederá al traslado, con atención médica o sanitaria si fuera necesario, del Asegurado que hubiera sufrido un accidente o enfermedad grave, que exija cuidados vitales, y siempre que así lo decidan los servicios médicos de Aegon en colaboración con el médico que trate al Asegurado, cuando no pueda proseguir el viaje por sus propios medios, hasta un hospital en España.

El medio de transporte utilizado en Europa y países ribereños del Mediterráneo, cuando la urgencia y la gravedad del caso lo requieran, será el avión sanitario especial.

En otro caso, o en el resto del mundo, se efectuará por avión de línea regular o por los medios más rápidos y adecuados, según las circunstancias.

c) Transporte o repatriación de los acompañantes

Cuando a uno de los Asegurados se le haya trasladado o repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la cobertura anterior y esto impida al resto de personas el regreso hasta su domicilio por los medios previstos, Aegon se hará cargo de los gastos correspondientes a:

- El transporte de los acompañantes hasta su residencia o hasta donde esté hospitalizado el Asegurado, trasladado o repatriado.
- La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los acompañantes, cuando fueran los hijos menores de 15 años del Asegurado trasladado o repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el regreso.

Se entiende por "acompañante" los familiares de primer grado, o en ausencia de estos, un acompañante por Asegurado en caso de enfermedad o accidente.

d) Gastos para tratamientos odontológicos de urgencia en el extranjero

Aegon se hará cargo de los gastos de tratamiento a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas que requieran un tratamiento de urgencia, con un límite máximo de **240,40€ al año**.

e) Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de estancia

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado y su internación se prevea superior a los 5 días, o 3 días en el caso de menores y discapacitados, Aegon pondrá a disposición de un familiar un billete de ida y vuelta en ferrocarril (sujeto a disponibilidad y preferentemente en primera clase), avión (sujeto a disponibilidad y preferentemente en clase turista) o del medio de transporte público y colectivo más idóneo, para que acuda junto al hospitalizado.

Si la hospitalización es en el extranjero, Aegon reembolsará los gastos de estancia del familiar, hasta 100€ por día y con un máximo de 10 días al año.

f) Gastos de prolongación de estancia en el extranjero por hospitalización

Si por prescripción médica expresa se contrañica el regreso del Asegurado desde el extranjero en la fecha prevista, de acuerdo con su plan de viaje, Aegon se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del Asegurado, después de la hospitalización, **hasta un importe de 100€ por día y con un máximo de 10 días al año.**

2. COBERTURAS EN CASO DE FALLECIMIENTO

a) Regreso anticipado del Asegurado a causa del fallecimiento de un familiar

Si en el transcurso de un viaje falleciera en el país de residencia habitual del Asegurado, el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana, yernos, nueros o cuñados del Asegurado, y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera anticipar el mismo, Aegon se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar de inhumación/cremación en España del familiar.

Si por motivos profesionales o personales precisara continuar su viaje, Aegon se hará cargo de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el fallecimiento.

b) Repatriación de fallecidos y de acompañantes desde el extranjero

Aegon se hará cargo de las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del Asegurado en el extranjero, así como de su repatriación hasta su residencia habitual. **La Compañía Aseguradora no se hará cargo de los gastos de funeral e inhumación/cremación.**

Si los acompañantes en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, Aegon se hará cargo del transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación/cremación o de su domicilio habitual.

Si fueran menores de 15 años y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, Aegon pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación/cremación o de su domicilio habitual.

c) Disposición de un acompañante en caso de repatriación por fallecimiento en el extranjero.

De no haber quién acompañe en su traslado desde el extranjero los restos mortales del Asegurado, Aegon organizará, con los costes a su cargo, el traslado de las personas que designen los familiares para acompañarle en la repatriación.

Si los acompañantes debieran permanecer en el lugar del fallecimiento por trámites relacionados con el traslado del fallecido, Aegon reembolsará los gastos de estancia y manutención, por un importe de **hasta 100€ por día, y con un máximo de 5 días al año.**

Se entiende por acompañante, a los familiares de primer grado, hasta un máximo de dos o en ausencia de estos, un acompañante por Asegurado fallecido.

3. COBERTURAS DE ASISTENCIA PERSONAL

a) Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales

En caso de robo, pérdida o extravío de equipajes y efectos personales, Aegon prestará asesoramiento al Asegurado para la denuncia de los hechos. Si los mismos fueran recuperados, se encargará de su envío hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado de viaje o hasta el domicilio que el Asegurado indique.

b) Envío de documentos en el extranjero

Si el Asegurado, por enfermedad o accidente, necesita algún documento olvidado y relacionado con dicha enfermedad o accidente, Aegon hará las gestiones oportunas para hacérselo llegar hasta el lugar de destino, **hasta un máximo de 120€ como gastos de envío por Asegurado y año.**

c) Envío de medicamentos en el extranjero

Aegon enviará los medicamentos necesarios para la curación del Asegurado que no puedan ser obtenidos en el lugar donde se halle el Asegurado, enfermo o accidentado **con los mismo límites y condiciones que la cobertura 1) a. Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero, siendo la cantidad máxima cubierta por Asegurado de 15.000€ al año.**

d) Transmisión de mensajes urgentes

Aegon pondrá a disposición del Asegurado su red de centrales de asistencia para transmitir cuantos mensajes urgentes sean necesarios, derivados de la aplicación de las coberturas y siempre que éstos sean consecuencia de una garantía cubierta por la Póliza.

e) Adelanto de fondos

Aegon adelantará fondos al Asegurado, en caso de necesidad **hasta el límite de 1.500€.** La Compañía Aseguradora se reserva el derecho de solicitar algún tipo de garantía que le asegure el cobro del anticipo. Las cantidades adelantadas deberán ser devueltas por el Asegurado en el plazo máximo de 30 días, a contar desde su regreso del viaje o desplazamiento.

f) Regreso anticipado del Asegurado a causa de incendio o siniestro en su domicilio

Si estando el Asegurado en el transcurso de un viaje fuera de su domicilio habitual,

se produjera en éste un siniestro que diera lugar a la inhabilitación de la vivienda, Aegon pondrá a su disposición un billete de tren o avión para regresar a su domicilio.

En el caso de que el Asegurado precisara regresar al punto de partida, Aegon pondrá a su disposición un billete de las mismas características (avión o tren) para tal efecto.

g) Imprevistos en el viaje

g.1. Demora del viaje

Aegon garantiza al Asegurado una indemnización cuando se produzca una demora del viaje por causas ajenas a él y motivadas por el transportista o las condiciones meteorológicas y dicha demora sea de 6 horas o más desde la hora prevista. **La indemnización será de 60,10€ por cada fracción de 6 horas y un máximo de 180,30€ por siniestro.**

g.2. Demora en la entrega de equipajes

Aegon reembolsará al Asegurado **hasta un límite máximo de 120,20€ por siniestro**, los gastos que efectúe en metálico, para la compra urgente de ropa y objetos de primera necesidad, cuando sufra una demora en la entrega de su equipaje facturado al llegar al lugar de destino (distinto del de su residencia habitual) superior a 6 horas o transcurra una noche, entre la hora de entrega prevista y la real.

El Asegurado deberá presentar los siguientes documentos:

- Fotocopia del billete aéreo o documento equivalente.
- Certificado de "Irregularidades en la entrega de equipaje" que le facilite el transportista.
- Facturas originales de compra de aquellos objetos de uso personal y de primera necesidad que hubiera adquirido.

Si el retraso fuera superior a las 72 horas, el límite máximo indicado arriba **se ampliará en 180,30€ más (en total 300,51€ por siniestro)** siendo para ello necesario presentar la documentación indicada anteriormente.

g.3. Avería o pérdida total de equipajes

En caso de avería o pérdida total de equipaje, que diera lugar a reclamación al transportista, y resultara favorable mediante el pago de la indemnización a favor del Asegurado, Aegon abonará a éste último una indemnización complementaria de **hasta 901,52€ por siniestro**, de la que deberán restarse los importes ya

reembolsados por el transportista y los pagados por el apartado anterior.

En caso de tratarse de relojes, cámaras fotográficas o de vídeo, ordenadores portátiles, joyas y pieles, la indemnización máxima para los citados objetos **se limita al 25% del máximo establecido por siniestro. No está cubierto el dinero en efectivo, títulos, cheques de viaje, sellos postales y colecciones.**

El Asegurado deberá presentar la siguiente documentación:

- Copia de la reclamación inicial formulada ante la empresa transportista.
- Liquidación efectuada por el transportista o su Asegurador
- Copia del billete del viaje

h) Guía de países

Aegon pondrá a disposición de los Asegurados un teléfono (+34) 917 221 777 con información actualizada de países de destino, con el siguiente contenido:

- Vacunas recomendadas
- Enfermedades de la zona
- Recomendaciones sobre la asistencia sanitaria en el país, direcciones y teléfonos de contacto ante emergencias
- Información con consejos generales como aspectos culturales, embajadas, moneda, festividades locales y clima.

4. COBERTURAS DE ASISTENCIA LEGAL

Aegon anticipará al Asegurado, con la garantía previa formal de proceder a la devolución de las cantidades que le sean prestadas, **en el plazo de 60 días, el importe correspondiente a los gastos de defensa jurídica del mismo, hasta 15.000€ por siniestro, así como el de las fianzas penales** que éste se viera obligado a constituir, como consecuencia de un procedimiento judicial instruido **con motivo de un accidente de automóvil, acaecido fuera del país de residencia y/o domicilio habitual del Asegurado, hasta un máximo de 10.000€ por siniestro.**



Pack Acompañamiento

Esta póliza lleva asociada una promoción de aplicación a nuevas pólizas que causan

alta cumpliendo las condiciones de la campaña y son contratadas en el periodo comprendido entre el 1 de octubre de 2020 y el 31 de marzo de 2021. Estas contarán gratuitamente con una ampliación de su cobertura asegurada consistente en la garantía pack acompañamiento. Esta garantía se prestará en los términos establecidos en la póliza a continuación y estará en vigor exclusivamente hasta el 31 de diciembre de 2021. Para la segunda o sucesivas anualidades de la póliza, si el tomador estuviera interesado en continuar disfrutando de la garantía, podrá contratarla.

Esta Póliza incluye la Cobertura **Pack acompañamiento** que da acceso al Asegurado en caso de enfermedad o convalecencia, a los servicios de **apoyo y acompañamiento**, hasta un límite máximo acumulado, por todos los asegurados de la póliza, de 20 horas al año por Póliza, y acceso asimismo, a precios reducidos especiales, a servicios de **apoyo emocional** y a servicios de otros **profesionales del sector salud** que se enumeran a continuación en sus apartados correspondientes.

Los servicios incluidos en esta garantía se prestan con la colaboración de empresas especializadas en todo el territorio nacional. **Cualquier servicio no solicitado a través del 91 563 20 00 o de la plataforma de servicios www.packaegonsalud.com no dará derecho a las condiciones y la aplicación de esta garantía Pack acompañamiento.**

Tras la recepción de solicitud de servicio realizada por el Asegurado, en un máximo de 72 horas se procederá a agendar el mismo cuyo inicio no podrá programarse para una fecha que exceda los 7 días a contar desde la solicitud. Siempre se valorará la urgencia para priorizar el caso cuando se requiera.

Apoyo y acompañamiento:

El conjunto de todos los asegurados de la póliza dispone de un total máximo acumulado de **4 servicios al año por póliza**, con limitación asimismo acumulada anual por todos ellos de **20 horas en total**. El servicio deberá solicitarlo el Asegurado, u otra persona en su nombre, a través **del número de teléfono 91 563 20 00, en horario de lunes a viernes laborables de 09:00 a 18:00, momento en el que se realizará la validación de la cobertura.**

Una vez alcanzado el límite máximo de 20 horas, el Asegurado puede solicitar horas adicionales y seguir utilizando el servicio, si bien asumiendo a su costa el coste por hora del proveedor.

Los servicios de apoyo y acompañamiento a los que da derecho esta garantía son:

- **Acompañamiento del Asegurado al hospital**
Acompañamiento del Asegurado a un hospital, cuando su estado así lo requiera y no

tenga la posibilidad de ser asistido por un familiar. **Este servicio no podrá ser prestado cuando el paciente por sus facultades cognitivas, necesite ser acompañado por un familiar o tutor legal para recibir posibles diagnósticos o dictámenes médicos.**

- **Cuidados a domicilio (ayuda personal)**

Ayuda personal al Asegurado para realizar las tareas del hogar habituales que no pueda realizar el Asegurado por una situación de enfermedad o convalecencia en la que se encuentre impedido, tales como realización de compras o recados de primera necesidad, lavado y planchado de ropa y limpieza del hogar. **No está incluido el coste de los productos o materiales de limpieza a utilizar, por lo que el Asegurado deberá ponerlos a disposición para la prestación de la cobertura.**

- **Cuidado de mayores y menores**

Cuidado de personas mayores o menores para situaciones puntuales en las que el Asegurado que los tenga a su cargo no pueda encargarse de ellos por enfermedad o convalecencia.

- **Personal socio-sanitario a domicilio**

Acompañamiento domiciliario al Asegurado, que incluye asistencia a domicilio.

- **Coaching familiar**

Soporte psicológico al Asegurado por parte de un profesional cualificado que le ofrecerá guía y acompañamiento en situaciones de cambios o momentos difíciles en su vida y desee nuevas herramientas para afrontarlos. Servicio presencial o a distancia a través del portal www.packaegonsalud.com.

Apoyo emocional

Los servicios de apoyo emocional a los que da derecho esta garantía son, con precios reducidos especiales para el Asegurado:

- **Apoyo Preparto y postparto**

Acceso del Asegurado, con precios preferentes y exclusivos, a un soporte para las familias antes y después del nacimiento de sus hijos con apoyo de un equipo multidisciplinar de psicólogos perinatales y ginecólogos. Consultas presenciales y/o a distancia a través del portal www.packaegonsalud.com.

> Fertilidad: orientación de alguno de los aspectos que afectan a la fertilidad, como la fisiología, alimentación, actividad física, hábitos de vida, relación de pareja y, en especial, los aspectos emocionales.

> Embarazo y Parto: orientación a la mujer asegurada embarazada para que su embarazo (alimentación, emociones, actividad física) sea lo más saludable

y óptimo posible. Se le ayuda a alcanzar un buen equilibrio mente-cuerpo y a establecer un vínculo afectivo temprano con su bebé.

- > Posparto: orientación a la mujer asegurada en su recuperación física y emocional, permitiéndole lograr un apego seguro entre su bebé y ella.
- > Crianza respetuosa y disciplina positiva: acompañamiento al Asegurado para que su proceso de crianza sea lo más natural y satisfactorio posible para todo el núcleo familiar.

Profesionales del sector salud

Los servicios de profesionales a los que da derecho esta garantía, con precios reducidos especiales para el Asegurado, prestados por más de 3.000 profesionales del sector salud con cobertura nacional, que tenga en cada momento disponibles a través de la plataforma de servicios www.packaegonsalud.com:

1. Logopedia, Fisioterapia, Osteopatía y Quiromasaje: descuentos en la red de clínicas y centros privados, con cobertura nacional.
2. Plantilla de pies y Corsés: descuentos en los centros colaboradores.
3. Óptica y Audífonos: descuentos en las clínicas colaboradoras.

¿Dónde cubre este seguro?

La prestación de asistencia sanitaria por medio del Cuadro Médico de Aegon se realizará exclusivamente en territorio español. Los servicios de Asistencia en Viaje podrán ser prestados fuera del territorio español a siempre en los términos y condiciones establecidos en la Póliza.

Para Asegurados extranjeros, en caso de denegación del visado de residencia o, en general, cancelación del mismo por cualquier motivo que suponga la salida de los Asegurados del territorio español, el Tomador o éstos deberán notificarlo a Aegon de forma inmediata, produciéndose en cualquier caso su baja automática como Asegurados de la Póliza, la cual quedará extinguida a todos los efectos si la situación se produce para todos los Asegurados de la misma.

¿Qué no cubre este seguro?

A continuación se detallan las garantías generales que no cubre este seguro:

1. Las prestaciones sanitarias derivadas de epidemias declaradas oficialmente.
2. La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de actividades de alto riesgo como el toreo y encierro de reses bravas, de la práctica de deportes peligrosos, tales como el submarinismo, espeleología, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, parapente, carreras de vehículos a motor, conducción de quads, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades deportivas de navegación o en aguas bravas, puenting, barranquismo, esquí fuera de pista; la asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte.
3. La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de los daños producidos por explotaciones nucleares o radioactivas que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los producidos por contacto con sustancias radioactivas o nucleares.
4. Hechos producidos por guerra, invasión, hostilidades, terrorismo e insurrecciones; los provocados por hechos de la naturaleza tales como terremotos, maremotos, corrimientos de tierra, movimientos sísmicos, erupciones volcánicas y cualquier otro fenómeno sísmico o meteorológico similar de carácter catastrófico o extraordinario.
5. Las enfermedades preexistentes, accidentes y cualquier proceso sufrido o que nazca con anterioridad a la entrada en vigor del seguro, así como las secuelas de estos hechos, que fueran conocidos por el Asegurado y éste no los hubiera declarado en el Cuestionario de Salud al que Aegon le ha sometido, así como los que sí haya declarado y hayan sido expresamente excluidos de cobertura por Aegon en las condiciones de la Póliza.
6. Las anomalías congénitas, invalideces físicas o mentales o imperfecciones físicas existentes con anterioridad a la entrada en vigor del seguro, así como las secuelas de estos hechos, cuando fueran conocidos por el Asegurado y éste no los hubiera declarado en el cuestionario de salud que Aegon le haya realizado, así como los que sí haya declarado en el cuestionario y hayan sido expresamente excluidos de cobertura por Aegon en las condiciones de la Póliza.

Esta exclusión no afectará a los Asegurados incluidos en la Póliza desde su nacimiento, conforme al apartado de cobertura Maternidad y Recién nacidos.

7. Los tratamientos de cirugía estética, plástica o reparadora, salvo las operaciones de esta naturaleza que sean necesarias como consecuencia de un accidente o intervención quirúrgica cubiertos por la Póliza.

8. La corrección quirúrgica (o mediante tecnología Láser) de la miopía, hipermetropía y astigmatismo, así como la presbicia.

9. Los tratamientos para adelgazar de cualquier tipo y originados por cualquier circunstancia, específicamente queda excluida la cirugía bariátrica.

10. Los reconocimientos médicos de carácter preventivo salvo los expresamente indicados en el apartado “¿Qué cubre este seguro?”.

11. Los procedimientos terapéuticos y cualquier tipo de tratamiento derivados de cualquier tipo de esterilidad o infertilidad en ambos sexos, excepto los incluidos expresamente en las coberturas, así como todo tratamiento de la impotencia y disfunción eréctil, salvo pacto expreso en contrario.

12. Prestaciones sanitarias relacionadas con el alcoholismo, la toxicomanía y la drogadicción, así como enfermedades o accidentes o curas de reposo debidas a ellos.

13. Diálisis y riñón artificial en afecciones crónicas.

14. Está expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo así como sus secuelas o consecuencias.

15. Las alteraciones de la salud provocadas intencionadamente por el Asegurado, por tentativa de suicidio, mutilaciones voluntarias y los derivados de actos delictivos cometidos por el Asegurado, así como en apuestas, desafíos, riñas y actos notoriamente peligrosos, salvo que se realicen en legítima defensa o salvamento.

16. Las prótesis y material implantable salvo los expresamente cubiertos conforme a lo establecido en la Póliza. Quedan excluidos, cualquier prótesis externa, cualquier tipo de material ortopédico, fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos, endoprótesis aórticas, conductos valvulados, bombas implantables para infusión de medicamentos, los coils, electrodos de estimulación medular y el corazón artificial.

17. Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos no incluidos expresamente en estas condiciones de la Póliza.

18. Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificadas por las Agencias Españolas de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

19. Las endodoncias, las obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos, salvo los expresamente incluidos en estas Condiciones de la Póliza, así como los amparados en la cobertura de Salud dental (si está contratada en la Póliza por el Tomador), excluyéndose en todo caso las asistencias anteriormente referidas si fueran prestadas por un cirujano maxilofacial.

20. Los productos y tratamientos farmacéuticos y la medicación en general fuera del régimen de hospitalización (excepto la quimioterapia administrada en los centros concertados que se encuentra amparada en los términos y con la delimitación establecida en la Póliza), todo tipo de vacunas y productos de parafarmacia.

21. Cirugía de cambio de sexo.

22. Medicinas alternativas, homeopatía, hidroterapia, magnetoterapia, neuropatía, ozonoterapia, presoterapia, quiropraxia y todas aquellas no reconocidas por el Sistema Nacional de Salud.

23. La rehabilitación y fisioterapia que no esté dirigida al tratamiento de las lesiones agudas del aparato locomotor. En Rehabilitación queda excluida la rehabilitación neurológica y la rehabilitación en procesos crónicos y degenerativos, excepto las expresamente especificadas en la cobertura de la Póliza.

24. Todo procedimiento diagnóstico o terapéutico de índole genético o molecular, excepto lo explícitamente cubierto. Quedan excluidos expresamente los análisis para saber predisposición a enfermedades genéticas, estudios de farmacogenética y mapas de tumores, excepto los expresamente especificados en la cobertura de la Póliza.

25. La cirugía robótica, para cualquier especialidad médica o quirúrgica y sea cual sea la técnica robótica utilizada, salvo los supuestos indicados en el apartado de Tratamientos especiales.

26. El uso del láser como procedimiento terapéutico excepto las técnicas expresamente especificadas en la cobertura de la Póliza.

27. Cualquier asistencia o enfermedad que haya sido prestada a través del

Sistema Público de Salud, por cualquier mutualidad de accidentes de trabajo, centro sanitario, o profesional médico privado distintos de los concertados en el Cuadro Médico por Aegon para cada prestación asegurada.

28. Cualquier servicio de ambulancia, UVI móvil y cualquier otro tipo de transporte de enfermos o accidentados prestado por los servicios públicos de salud u otros servicios privados distintos de los expresamente concertados por Aegon que figuran en su Cuadro Médico.

29. Los trasplantes de órganos, salvo los expresamente cubiertos por alguna de las garantías y así se indique en la misma.

30. No queda cubierta ningún tipo de cirugía sobre el no nacido.

31. Tratamientos con plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.

32. La terapia educativa, educación del lenguaje en procesos sin patología orgánica o la educación especial para enfermos con afección psíquica.

33. La hospitalización cuando exista alta hospitalaria por los médicos que atienden al Asegurado.

34. Cualquier tipo de servicio relacionado con: Patologías o tratamientos no cubiertos, así como complicaciones que se deriven de éstos. Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su ascendencia o descendencia presente o futura a padecer todas las enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. También quedan expresamente excluidos los mapas genéticos de tumores y la farmacogenética.

35. Todas las exclusiones recogidas a lo largo de las condiciones de la Póliza en la descripción y delimitación de las diferentes garantías aseguradas.

36. La medicina primaria, especialidades médicas y quirúrgicas, los medios de diagnóstico, los tratamientos especiales, la hospitalización y/o cirugía, la cobertura de maternidad y recién nacidos y los servicios complementarios no incluidas expresamente en el apartado “¿Qué cubre este seguro?” o en algún otro apartado de la Póliza.

Los riesgos excluidos por garantías son los siguientes:

Especialidades médicas

- En Alergología no se cubren las vacunas, son a cargo del Asegurado.
- En Cirugía Maxilofacial están excluidos los tratamientos propios de la

especialidad de Odontoestomatología, así como tratamientos estéticos y/o que tengan finalidad funcional del área bucodental del paciente, entre otros las cirugías ortognáticas, preimplantológicas y preprotésicas.

- En Psiquiatría está excluido el tratamiento psicoterápico. Se entiende por tratamiento psicoterápico cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico no farmacológico realizado por psiquiatras en sesiones individuales. Queda expresamente excluida la terapia por psicoanálisis.
- En Traumatología se excluye la nucleotomía percutánea.

Medios de diagnóstico

- En Obstetricia y Ginecología estará excluida cualquier otra prueba genética distinta de las ya mencionadas en el apartado “¿Qué cubre este seguro?”.
- La Tomografía Axial Computarizada (TAC) está excluida para valoración de estenosis coronaria tras la implantación de un Stent coronario y el Score Cálculo.

Tratamientos especiales

- En válvulas cardíacas queda excluida la técnica de crioblación y las técnicas percutáneas para el recambio de válvulas cardíacas.
- En la Hemodiálisis quedan excluidas todas las afecciones renales de carácter crónico.
- En Logopedia queda excluido cualquier tratamiento que no derive de una intervención quirúrgica cubierta por la Póliza.
- En la Quimioterapia en régimen ambulatorio o con hospitalización médica si fuera precisa quedarán excluidos en todo caso los moleculares para tratamientos oncológicos personalizados (dianas terapéuticas). Quedan excluidos los medicamentos o fármacos citostáticos orales y los medicamentos coadyuvantes fuera del régimen de hospitalización. Tampoco quedan cubiertos los ingresos cuyo único fin sea la administración de medicación citostática oral. La medicación de uso compasivo no queda cubierta. Se excluye expresamente la medicación complementaria, paliativa o no.
- En Trasplantes no se incluyen los regulados por la Organización Nacional de Trasplantes, y su prestación deberá realizarse por la Sanidad Pública.

Coberturas adicionales

- En Psicología se excluyen las terapias no individuales, el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica.
- En Planificación familiar está excluida la ligadura de trompas, la vasectomía y el coste del DIU, que ser por cuenta de la Asegurada.

Asistencia en Viaje

- Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas a Aegon y que no hayan sido efectuadas con o por su acuerdo, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas. En caso de siniestro, en el que por causa de fuerza mayor la persona asegurada reclame el reembolso de los gastos incurridos. Éste deberá comunicarlo en el plazo máximo de 30 días. En caso contrario, Aegon quedará liberado de cualquier obligación.
- Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas. Sí estará cubierto el transporte o repatriación sanitaria, así como asistencia sanitaria de urgencia vital.
- Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9,02 €.
- Los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización en España.
- Los gastos médicos, odontológicos, quirúrgicos, de hospitalización y de prolongación de estancia en un hotel en España y en el país de residencia habitual del Asegurado.

¿Cuál es mi Cuadro Médico?

Este producto cuenta con un Cuadro Médico Completo VIP, a través del cual se tiene acceso al Cuadro Médico Nacional de Aegon y además tiene acceso a las siguientes clínicas: Hospital Povisa (Pontevedra), Policlínica Guipúzcoa (Guipúzcoa), Clínica Universitaria de Navarra (Pamplona), Consultorio Dexeus (Barcelona), Fundación Jiménez Díaz (Madrid), MD Anderson (Madrid) y Hospiten Rambla (Tenerife).

La cobertura de Reembolso, permite elegir libremente el médico y centro donde quieran recibir la asistencia médica. Aegon le reembolsará el 80% del importe de las facturas de los médicos y centros fuera del Cuadro Médico, con los límites que figuran en la Cobertura de Reembolso.

Cuando se contrata la póliza el cliente puede seleccionar el que mejor se adapte a sus necesidades. Una vez contratada, puede consultar el Cuadro Médico correspondiente en la Guía Médica que se envía a su domicilio. Aegon actualizará el Cuadro Médico en la web www.aegon.es y en su área Privada de Cliente a la que puede acceder desde esa misma web, cuando se produzcan altas y bajas entre los médicos y centros contenidos en la Guía Médica.

Periodos de carencia

Todas las prestaciones cubiertas en este seguro serán facilitadas desde la fecha de efecto de la Póliza, **excepto las siguientes, que no quedarán cubiertas hasta que transcurran los periodos de carencia que se detallan:**

Periodo de Carencia de 3 meses: Podología.

Periodo de Carencia de 6 meses: Las prótesis cubiertas, la hospitalización por cualquier motivo y naturaleza y, en caso de estar garantizados, la radioterapia en cualquiera de sus formas, isótopos radioactivos, biopsia de próstata guiada por fusión de imágenes, Tomografía Axial Computarizada (TAC), Resonancia Nuclear Magnética (RNM), hemodiálisis, litotricia, laserterapia, arteriografía digital, Tomografía por Emisión de Positrones (PET), cápsula endoscópica, tratamiento del dolor, radioterapia de intensidad modulada, drenaje linfático postmastectomía, rehabilitación cardíaca postcirugía, rehabilitación suelo pélvico, estudio mediante otoemisiones, la psicología, la amniocentesis precoz en embarazo de riesgo, ondas de choque, estudios genéticos, dianas terapéuticas, Fibroscan, cualquier tipo de cirugía, todo tipo de endoscopias, reconocimiento médico necesario para la obtención o renovación del permiso de conducir para carnet tipo B, y las

patologías cardíacas o psiquiátricas aunque fueran calificadas de origen accidental por los órganos administrativos o judiciales.

Periodo de Carencia de 8 meses: La asistencia a partos, la preparación al parto y el test prenatal no invasivo Harmony 3. Este plazo de carencia no podrá aplicarse en los casos que se produzca un parto prematuro, cuando la fecha inicial prevista del parto se encontrase fuera del periodo de carencia.

Periodo de Carencia de 12 meses: El balón intragástrico, la fotovaporización prostática con láser verde, los trasplantes, la planificación familiar, el estudio y diagnóstico de la esterilidad o infertilidad, el Sistema quirúrgico Da Vinci, el Láser Holmio y el Sistema Carto.

Periodo de Carencia de 48 meses: El tratamiento de la infertilidad. No se aplicarán los periodos de carencia previstos anteriormente en los casos de intervenciones quirúrgicas de **urgencia vital y accidentes.**

Eliminación de carencias

Desde la fecha de efecto de la póliza en Aegon te facilitaremos todas las prestaciones cubiertas, sin periodos de carencia siempre y cuando dichas prestaciones hubieran estado inmediatamente cubiertas, como mínimo durante los últimos 6 meses, por el Asegurado en cualquier otra póliza de salud de similares características y se mantenga la continuidad de la póliza estando al corriente de pago hasta el momento de solicitud de cambio de compañía.

Para la eliminación de carencias será necesario que el Tomador y/o Asegurado llame al teléfono **91 563 20 00** o remita al correo electrónico **documentaciónsalud@aegon.es** la siguiente documentación:

- Fotocopia de la tarjeta sanitaria de cada Asegurado en la que aparezca la fecha de alta en la póliza o copia del contrato de la compañía anterior en la que aparezca nombre y apellidos de cada Asegurado y su fecha de alta en la misma y el último recibo pagado.

O bien:

- Cualquier otro documento que justifique continuidad de la cobertura, antigüedad y nombre de los Asegurados. Este documento puede ser un Certificado de aseguramiento emitido por la compañía del seguro de salud anterior que incluya la fecha de alta del Asegurado, detalle de la cobertura contratada y verificación de que el mencionado seguro se encuentra en vigor acreditando la continuidad de cobertura.

En el caso de una póliza con varios Asegurados, la documentación a remitir para la eliminación de carencias ha de ser nominal por cada integrante que forma parte de la póliza y se eliminarán las carencias, únicamente, a aquellos que cumplan las condiciones.

En ningún caso se eliminarán las carencias para partos ni tratamientos de infertilidad.

Autorización de las prestaciones

El Tomador y los Asegurados conocen y aceptan que las prestaciones que precisan de autorización están sujetas a cambios a lo largo de la duración del seguro, pudiendo obtener información actualizada a través del teléfono **91 563 20 00**.

En el momento de contratación de la Póliza las prestaciones cubiertas que precisan de autorización previa de Aegon para su realización, son las siguientes:

- Amniocentesis.
- Análisis genéticos y especiales.
- Anatomía Patológica (excepto citología vaginal y biopsia sencilla realizada en consulta).
- Biopsia de próstata guiada por fusión de imágenes.
- Crioablación.
- Estudio del sueño (polisomnografía).
- Ingresos hospitalarios.
- Intervenciones quirúrgicas, aún en régimen ambulatorio.
- Laserterapia (solo cubierta la oftalmológica).
- Láser Holmio.
- Láser urológico.
- Litotricia.
- Malla-obturadores incontinencia.
- Medicina Nuclear (gammagrafías, isótopos radiactivos)
- Monitorización intraoperatoria.

- Mucosectomía.
- Oxigenoterapia domiciliaria.
- Podología.
- Preparación al parto.
- Prótesis testicular.
- Psicoterapia/Psicología.
- Radiología intervencionista.
- Rehabilitación de cualquier tipo.
- Resonancia Nuclear Magnética (RNM), Tomografía Axial Computarizada(TAC), Colono TAC.
- Sistema Carto.
- Sistema Da Vinci.
- Test prenatal no invasivo Harmony,3.
- Todo tipo de Endoscopias digestivas (endoscopias vía oral, colonoscopias, etc.).
- Todo tipo de Endoscopias respiratorias (fibrobronoscopias, etc.).
- Todo tipo de exploraciones invasivas respiratorias y abdominales (toracoscopias, mediastinoscopias, laparoscopias, etc.).
- Tomografía por Emisión de Positrones(PET), PET Colina.

Algunos centros podrían solicitar autorización aunque Aegon no la requiera. En esos casos, puedes solicitarla directamente a Aegon llamando al teléfono **91 563 20 00** o a través de Whatsapp **680 196 369**, quien la autorizará automáticamente, siempre que esté cubierta por la Póliza.

Todas las solicitudes de autorización del Asegurado deberán ir acompañadas necesariamente por la prescripción médica correspondiente del médico o especialista incluido en el Cuadro Médico de Aegon.

Proceso de autorización

Un especialista del Cuadro Médico de Aegon prescribe al Asegurado una prueba sujeta a autorización. El Asegurado debe conocer la descripción y detalles sobre la

prueba que le van a realizar.

Antes de la realización de la prueba el Asegurado debe llamar al **91 563 20 00** o a través de Whatsapp **680 196 369**, donde se le pedirá: descripción de la prueba, facultativo que la prescribe, hospital o clínica donde se realizará y, en su caso, informes médicos de soporte.

Aegon tiene un plazo máximo de 72 horas para rechazar o autorizar la prueba, en cuyo caso te facilitará un número de autorización que deberás cumplimentar en el volante y presentar el día de la prueba.

Altas en el seguro

Podrá ser dado de alta como Asegurado de la Póliza toda persona física que a la firma del contrato **no tenga una edad superior a 67 años**.

En el caso de recién nacidos, el bebé queda cubierto por las garantías de la Póliza de la madre durante sus primeros 30 días naturales de vida, siempre que el parto esté cubierto por la Póliza. No obstante, podrán ser incluidos en la Póliza de la madre con la misma cobertura sin aplicación de carencias y cubriendo las enfermedades congénitas y demás enfermedades preexistentes, para lo cual el Tomador deberá comunicar a Aegon el nacimiento en los 30 días naturales siguientes, cumplimentando una Solicitud de seguro.

Transcurrido el periodo de 30 días tras el nacimiento, si el bebé no ha sido dado de alta en la Póliza, cualquier solicitud de inclusión posterior requerirá de cuestionario de salud, aplicará carencias y estará sujeto a las normas de contratación de Aegon.

Rescisión

El Tomador podrá anular la Póliza cuando varíe al menos el 50% del Cuadro Médico de Aegon aplicable a la Póliza dentro de la misma anualidad del seguro, debiendo notificar por escrito tal decisión a Aegon. No será de aplicación esta norma cuando la cobertura no se vea comprometida al existir otros profesionales concertados, cuando se trate de sustituciones transitorias originadas por causa justificada o se refiera a médicos de técnicas especiales.

Departamento de Atención al Cliente (DAC)

Con carácter previo a formular reclamación ante la Dirección General de Seguros y

Fondos de Pensiones (en adelante DGSFP), el Tomador, el Asegurado, los Beneficiarios, terceros perjudicados y derechohabientes de unos y otros, podrán exponer sus quejas y reclamaciones ante el Departamento de Atención al Cliente de Aegon (en adelante DAC), mediante escrito debidamente firmado dirigido a C/ Vía de los Poblados, 3, 28033 Madrid, o bien a través del correo electrónico dac@aegon.es, en el que se recoja cuantas cuestiones crean convenientes, en relación con los seguros suscritos adjuntando la documentación que la soporte (copia de la Póliza, cartas recibidas, etc.).

El DAC de Aegon tiene un plazo para resolver de **1 mes**. Si el cliente no acepta la resolución o ha transcurrido **1 mes** sin ninguna contestación podrá dirigirse a la DGSFP, sita en el Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid, a la atención del Servicio de Reclamaciones.

Para poder ejercitar esta acción el Asegurado deberá acreditar que se dirigió previamente al DAC de Aegon.

Las reclamaciones ante el DAC o ante la DGSFP, no impedirán al Tomador el uso de la vía judicial para la defensa de sus intereses, lo que supondrá en tal caso la finalización de los expedientes anteriores al quedar estos supeditados a la resolución del procedimiento judicial instado.

Derecho de desistimiento

El Tomador del seguro podrá resolver el contrato dentro del plazo de 30 días naturales siguientes desde el día de celebración del contrato. En caso de no desistir en el citado plazo o de que solicite las prestaciones del seguro, se perderá el derecho a desistir del contrato.

El Tomador deberá ejercer su derecho de desistimiento mediante comunicación expedida antes de que venza el plazo indicado y dirigida a Aegon a través de un soporte duradero. A tal efecto, podrá ejercitar su derecho mediante escrito dirigido a su domicilio, sito en C/ Vía de los Poblados, 3, 28033 Madrid, identificando claramente en la misma sus datos personales y los del contrato que desea resolver y aportando copia de su DNI.

La cobertura del riesgo cesará desde la fecha de expedición de la comunicación y el Tomador tendrá derecho a la devolución de la parte proporcional de prima no consumida que corresponda.

Resolución de discrepancias relativas a las coberturas otorgadas por la Póliza

En caso de discrepancia médica relativa a cualquiera de las garantías de la Póliza, relacionadas con la enfermedad, su naturaleza o sobre cualquier circunstancia médica que influya en la determinación de la cobertura o alcance de la misma, el Asegurado tendrá derecho a proceder según lo estipulado en los artículos 38 y 104 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, a través del denominado procedimiento de peritos médicos, que el Asegurado y Aegon designen cada uno de ellos.

Coberturas opcionales

Salud dental

La Cobertura de Salud Dental, da acceso a los servicios odontológicos de las clínicas recogidas en el Cuadro Dental que se encuentre en vigor en el momento de realizarse la asistencia.

Aegon se compromete a proporcionar al Asegurado con carácter ambulatorio la asistencia médica odontológica que figura en la tabla de Franquicias Dentales de su Cuadro Dental, la cual podrá consultar a través de la Guía del Asegurado, la web www.aegon.es y en su Área Privada de Cliente. En dicha tabla se muestran las especialidades, prestaciones y servicios odontológicos cubiertos.

En función de la Comunidad Autónoma en la que el Asegurado reciba la prestación, puede variar el coste de la misma, existiendo prestaciones sin coste y otras sujetas a **Franquicias a cargo del Asegurado**, en cuyo caso deberá asumir el coste del servicio según las Franquicias vigentes en el momento de la prestación, abonando el importe directamente al centro o profesional que realice la prestación sanitaria.

En caso de producirse modificaciones en los valores de las Franquicias de los servicios dentales, se comunicará al Tomador como mínimo con 2 meses de antelación al vencimiento de la Póliza.

Para requerir la prestación, el Asegurado deberá mostrar su tarjeta sanitaria de Aegon. En cualquier caso, el Asegurado podrá presentar el DNI u otro documento

oficial que permita su identificación para que la entidad médica pueda ponerse en contacto con Aegon y corroborar que el Asegurado tiene cobertura dental en vigor. Todas las prestaciones relacionadas con la Salud Dental cubiertas en la Póliza podrán ser utilizadas desde la fecha de efecto de la Póliza para cada Asegurado.

Esta cobertura no otorga al Asegurado derecho a percibir reembolsos por los gastos en que pueda incurrir si decide acudir a un profesional o centro sanitario fuera del Cuadro Dental concertado con Aegon. Las prestaciones de esta garantía se realizarán exclusivamente de forma ambulatoria, **no estando cubiertas la Hospitalización ni la anestesia general.**

Los Asegurados menores de un año de edad disfrutarán de la cobertura de Salud Dental de forma totalmente gratuita. Dicha gratuidad se extenderá hasta la fecha de vencimiento del periodo de seguro en que el Asegurado cumpla un año de edad. A partir de la siguiente renovación la prima incluirá el importe correspondiente a la cobertura de Salud Dental de dichos Asegurados.

Aspectos legales

Legislación aplicable

La Póliza se rige por la siguiente legislación española:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre de 1980).
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y su normativa reglamentaria de desarrollo.
- En caso de contratación a distancia, Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de transposición, entre otras de la directiva 2016/97, de 20 de enero, sobre distribución de seguros.
- Y, en su caso, demás normativa que desarrolle las indicadas anteriormente.

Jurisdicción

Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro, el del domicilio del Asegurado.

Prescripción

Las acciones derivadas del contrato prescriben a los 5 años a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

Subrogación

Aegon, una vez pagada la indemnización podrá ejercitar los derechos y acciones que, por razón del siniestro, correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo hasta el límite de la indemnización satisfecha.

