



Néctar Salud

Seguro de Asistencia Sanitaria Ambulatoria
Condiciones Generales

Índice

Definiciones	6
Conceptos Aseguradores	6
Conceptos Médicos	7
Cláusula Preliminar	10
Objeto del Seguro	11
Cobertura del Seguro	12
1. Atención primaria	12
2. Especialidades médicas	12
3. Medios de diagnóstico	15
4. Otros servicios	16
5. Tratamientos especiales.....	16
Exclusiones	17
Periodos de Carencia	19
Utilización del Cuadro Médico	20
Tarjeta Sanitaria	20
Autorización de Prestaciones.....	21
Copagos	21
Procedimiento de Reembolso	22
Primas	24
Derechos y Deberes del Tomador y Asegurados	26
Subrogación	28
Indisputabilidad	28
Tributos	28
Extravío o Destrucción	29
Comunicaciones	29
Reclamaciones	29
Prescripción	30
Jurisdicción	30
Tratamiento de datos de carácter personal	31
Anexo I. Asistencia en viaje	34
1. Repatriación o transporte sanitario del Asegurado enfermo o herido	34
2. Repatriación o transporte de los miembros de la familia del Asegurado enfermo o herido	34
3. Repatriación o transporte de menores de edad	35

4. Regreso anticipado por fallecimiento de un familiar directo del Asegurado.	35
5. Desplazamiento de un acompañante familiar junto al Asegurado hospitalizado.....	35
6. Repatriación o transporte del Asegurado fallecido.....	35
7. Inmovilización en un hotel del Asegurado enfermo o herido.....	36
8. Envío de medicamentos al extranjero para el Asegurado enfermo o herido.	36
9. Información sobre asistencia médica en el extranjero para el Asegurado enfermo o herido.	36
10. Intérprete en caso de enfermedad o accidente en el extranjero.	36
11. Gastos médicos.	36
Anexo II. Segunda Opinión Médica Internacional.....	38
Anexo III. Cobertura Dental	39
Primeras Visitas	39
Odontología Preventiva	39
Radiología	39
Obturaciones	40
Endodoncias.....	40
Periodoncia	40
Ortodoncia	40
Prótesis Fija.....	40
Prótesis Removible	40
Cirugía Oral	41
Implantología.....	41
Patología articulación temporomandibular-ATM	41
Anexo IV. NéctarCARE.....	42
Lo mejores precios y la mejor calidad en NéctarCARE	42
Anexo V. Servicio Médico Telefónico	44
Anexo VI. Servicio de Consejo Psicológico Telefónico	44
Cómo contactar con nosotros.....	45
Servicio de Atención al Cliente 913 840 458 - 902 404 114	45
Servicio de Autorización de Prestaciones 913 840 458 - 902 404 114	45
Servicio Médico Telefónico 913 840 458 - 902 404 114	45
Cobertura Dental 913 840 458 - 902 404 114.....	45
Servicio de Consejo Psicológico Telefónico 913 840 458 - 902 404 114	45
AvantSalud- Servicios Complementarios 913 840 430 - 902 131 171.....	46
Asistencia en Viaje +34 913 255 286	46

CONDICIONES GENERALES

Néctar Seguros de Salud es una marca registrada por Sahna-e, Servicios Integrales de Salud, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, Unipersonal

Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 25.288, Folio 123, Sección 8, Hoja M-455325, y en el Registro de Entidades Aseguradoras con el número C-775

Domicilio social en España, sito en la Avenida de Burgos 19, 28036 de Madrid

C.I.F. A-85372597.

El control y supervisión de la actividad de la Entidad Aseguradora corresponde a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda del Estado Español.

Definiciones

Conceptos Aseguradores

Asegurado

Persona física sobre la que se estipula la cobertura de los riesgos objeto de esta póliza.

Carencia

Periodo de tiempo computado desde la fecha de efecto de la póliza para cada Asegurado, durante el cual no son efectivas determinadas coberturas para dicho Asegurado.

Copago

Pago que debe satisfacer el Tomador o Asegurado a la Entidad Aseguradora por el uso del Cuadro Médico Concertado, según las condiciones establecidas en la póliza.

Condiciones Particulares

Documento integrante de la Póliza en el que se concretan y particularizan los aspectos del riesgo que se asegura.

Entidad Aseguradora

Persona jurídica que, en contraprestación al cobro de la correspondiente prima, asume la cobertura del riesgo objeto de esta póliza y garantiza las prestaciones que correspondan con arreglo a las estipulaciones de la misma.

Fecha de efecto

Fecha en que entrará en vigor la cobertura pactada para cada uno de los Asegurados.

Franquicia

Pago que debe de satisfacer el Tomador o Asegurado a la Entidad Aseguradora previo a un acto médico determinado, según lo previsto en las condiciones establecidas en la póliza.

Póliza

Documento que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: las Condiciones Generales, las Particulares, así como los Suplementos o Apéndices que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Prestación

Consiste en la cobertura de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del Siniestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.

Prima

Precio de la cobertura cuyo importe, junto con los impuestos, tasas o recargos que correspondan, deberá satisfacer el Tomador o el Asegurado según las condiciones establecidas en la presente póliza.

Siniestro

Acontecimiento que ocasiona un daño cuya reparación requiere la asistencia sanitaria objeto de cobertura por la Póliza.

Tarjeta Sanitaria

Documento propiedad de la Entidad Aseguradora que se expide y entrega a cada Asegurado incluido en la Póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por la Póliza.

Tarjeta Avantsalud

Documento propiedad de la Entidad Aseguradora que se expide y entrega a cada Asegurado incluido en la Póliza y cuyo uso, personal e intransferible, es necesario para recibir los servicios cubiertos por el complemento de Avantsalud-Servicios de Estética y Bienestar incluido en la póliza.

Tomador

Persona física o jurídica que contrata la cobertura del riesgo objeto de esta póliza para cada Asegurado.

Conceptos Médicos

Accidente

Todo evento acaecido durante la vigencia de esta póliza derivado de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado, que produzca lesiones corporales y haga preciso tratamiento médico o quirúrgico.

Acto Médico

Toda asistencia sanitaria realizada por un profesional de la medicina, prueba médica diagnóstica o terapéutica, y/o tratamiento médico encaminado a la recuperación del estado de salud de un Asegurado.

A.T.S./D.U.E.

Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la actividad de enfermería.

Cuadro Médico

Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios concertados por Néctar a nivel nacional. En el Cuadro Médico se relaciona, los profesionales y establecimientos sanitarios concertados, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. El Tomador y los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia.

Cuestionario de Salud

Declaración de salud del Tomador y/o Asegurado, validada escrita, telefónica o electrónicamente en entorno seguro antes de la formalización de la Póliza, que sirve a la Entidad Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

Enfermedad

Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por accidente, que sea diagnosticada por un médico y haga preciso un tratamiento médico o quirúrgico.

Enfermedad congénita

Toda enfermedad con la que nace el Asegurado, por haberse contraído en el seno del útero materno o por tener un origen genético.

Enfermedad de larga duración

Procesos patológicos con tendencia a la cronificación, tales como los accidentes cerebro-vasculares (ACV), procesos comatosos, procesos rehabilitadores en personas de edad avanzada, enfermedades terminales, etc., con hospitalización del Asegurado por prescripción facultativa por un periodo superior a 60 días de forma continuada en cada año natural. Es decir, patologías cuyo tratamiento, una vez superada su fase crítica o aguda, pasa a ser de carácter paliativo y no curativo.

Enfermedad pre-existente

Toda enfermedad del Asegurado contraída y/o padecida con anterioridad a la contratación de este seguro.

Hospital

Todo establecimiento autorizado legalmente para el tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades o lesiones corporales, atendido permanentemente por un médico. No se consideran hospitales, a efectos de esta póliza, los hoteles, residencias de tercera edad, asilos, casas de reposo o de convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento o tratamiento de enfermedades crónicas, drogadictos o alcohólicos, o instituciones similares.

Hospitalización

Se entiende por hospitalización a efectos de este contrato la permanencia del Asegurado como paciente en un hospital por un periodo mínimo de 24 horas.

Hospitalización de carácter socio-familiar

Asistencia no derivada de patologías médicas objetivas, por lo tanto no susceptibles de ingreso en un hospital a juicio de un médico concertado por la Entidad Aseguradora.

Intervención quirúrgica

Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un médico y que requiere la utilización de una sala de operaciones.

Médico

Profesional legalmente capacitado y autorizado para el ejercicio de la medicina en el lugar en que la practica.

Médico Especialista o Especialista

Médico que dispone de la titulación necesaria para ejercer su profesión dentro de una de las especialidades médicas legalmente reconocidas.

Proceso

Conjunto de actos médicos y/o quirúrgicos destinados al tratamiento y/o curación de una patología, con independencia de que se hayan llevado a cabo todos y cada uno de dichos actos.

Prótesis

Todo aquel aparato o dispositivo destinado a reparar artificialmente la falta de un órgano o parte de él.

Servicio a domicilio

Asistencia previa prescripción de un Médico de Néctar cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, el mismo se encuentre impedido a trasladarse a la consulta médica.

Transporte Sanitario

Comprende el transporte especial de enfermos o accidentados cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:

- Una situación de urgencia que implique riesgo vital o daño irreparable para la salud del interesado y así lo ordene o determine el facultativo correspondiente.
- Imposibilidad física del interesado u otras causas médicas que, a juicio del facultativo, le impidan o incapaciten para la utilización de transporte ordinario para desplazarse a un centro sanitario o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente.

Cláusula Preliminar

El presente contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, del Contrato de Seguro, y por lo dispuesto en estas Condiciones Generales y en las **Condiciones Particulares** de la propia **póliza**.

Objeto del Seguro

La Entidad Aseguradora se compromete, dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la Prima y copagos que en cada caso corresponda, a facilitar al Asegurado la asistencia médica, en régimen de consulta ambulatoria en el listado de prestaciones sanitarias referentes a la atención primaria y a las especialidades, indicadas en la siguiente cláusula **Cobertura del Seguro**. **La asistencia se prestará en los centros concertados a tal efecto salvo que expresamente se disponga otra cosa.**

No se encuentra incluida en la cobertura de este Seguro la asistencia que precise internamiento hospitalario o en hospital de día, así como tampoco las intervenciones quirúrgicas aunque las mismas se realicen en régimen ambulatorio. Asimismo quedan excluidas las asistencias en servicios de urgencias, tanto las ambulatorias, como las hospitalarias y de urgencia domiciliaria.

Cobertura del Seguro

1. Atención primaria

1.1. Enfermería

Incluye la asistencia en consultorio de A.T.S./D.U.E. **Este último caso sólo previa prescripción de un médico de la Entidad Aseguradora.**

1.2. Medicina Familiar

Incluye la asistencia médica familiar en consulta, prescripción de pruebas y medios diagnósticos.

1.3. Pediatría

Incluye la asistencia pediátrica de niños **hasta cumplir los 16 años de edad**, en consulta, la prescripción de pruebas y medios diagnósticos aplicándose las mismas normas ya citadas para la cobertura de medicina familiar. Cuando el niño supere la edad mencionada pasará a ser atendido por médicos de medicina familiar.

Adicionalmente se incluye el reembolso de las consultas, prestadas por facultativos ajenos al Cuadro Médico, **de acuerdo con los límites que se fijen en Condiciones Particulares. Esta cobertura de reembolso tendrá vigencia hasta la segunda renovación de la póliza.**

2. Especialidades médicas

Con carácter general **las consultas, pruebas diagnósticas, y métodos terapéuticos, de las especialidades médicas relacionadas a continuación, serán realizadas exclusivamente por los servicios que la Entidad Aseguradora designe y será necesaria la prescripción escrita de un médico concertado de la Entidad Aseguradora, siempre con las limitaciones y exclusiones indicadas en el apartado Exclusiones.**

Los ingresos hospitalarios y/o intervenciones quirúrgicas, tanto ambulatorias como hospitalarias, quedan fuera de la cobertura de la presente póliza. Si el asegurado precisase de estos servicios, la Entidad Aseguradora pone a su disposición las facilidades apuntadas en el **Anexo IV del presente documento.**

2.1. Alergología e inmunología

No incluye el coste de las vacunas, que serán a cargo del Asegurado.

2.2. Angiología y cirugía vascular

2.3. Aparato digestivo

Queda excluida cualquier tipo de técnica endoscópica.

2.4. Cardiología

Incluye la prevención de riesgos cardiovasculares en personas mayores de 40 años, será necesaria la previa prescripción escrita de un médico concertado con la Entidad Aseguradora.

2.5. Cirugía cardiovascular

No se incluye el cateterismo ni los actos de hemodinámica vascular.

2.6. Cirugía general y digestiva

Queda excluida cualquier tipo de técnica endoscópica.

2.7. Cirugía maxilofacial

No incluye la asistencia y los tratamientos ya incluidos en las especialidades de estomatología y de odontología, salvo los actos médicos previstos en el **Anexo III** de este Condicionado General que sean prestados por los facultativos incluidos en la Guía Médica Dental del Asegurador.

2.8. Cirugía pediátrica

2.9. Cirugía plástica y reparadora

No incluye en ningún caso la cirugía estética, aun cuando se alegasen razones puramente psicológicas o traumatológicas. Ver alternativas en **Anexo IV. NéctarCARE.**

2.10. Cirugía torácica

2.11. Dermatología

No se incluyen:

- **Tratamiento del cuero cabelludo,**
- **Lesiones actínicas de la piel,**
- **Dermatoscopia (mole-max, epiluminiscencia, etc.),**
- **Dermatología cosmética**

2.12. Endocrinología

No se incluyen los tratamientos dietéticos.

2.13. Geriatría

2.14. Medicina interna

2.15. Nefrología

2.16. Neumología

2.17. Neurocirugía

2.18. Neurología

2.19. Obstetricia y ginecología

Incluye:

- Las enfermedades de los órganos genitales femeninos.
- Incluye adicionalmente una revisión ginecológica anual.
- Planificación familiar, incluyendo tratamiento con anovulatorios, así como el coste y colocación de DIU (**excepto DIU medicalizado**)
- Estudio y diagnóstico de la infertilidad
- Seguimiento del embarazo y "triple screening"

2.20. Oftalmología

2.21. Oncología médica

2.22. Otorrinolaringología

2.23. Proctología

2.24. Psicología

En el caso de que la modalidad de la póliza sea con **NéctarCARE**, incluye la primera consulta presencial anual a través de los centros médicos concertados a tal fin, por la **Entidad Aseguradora**.

Las siguientes consultas, serán a precio reducido.

Para más información ver alternativas en Anexo IV. NéctarCARE.

2.25. Psiquiatría

2.26. Reumatología

2.27. Traumatología y cirugía ortopédica

2.28. Urología

3. Medios de diagnóstico

La presente póliza incluye, previa prescripción facultativa, los siguientes medios de diagnóstico:

3.1. Análisis clínicos

Incluye las siguientes pruebas:

- Bioquímica
- Hematología
- Microbiología
- Parasitología
- Inmunohistoquímica

No se incluyen los test de intolerancia alimentaria. (Ver **Anexo IV**)

3.2. Radiodiagnóstico

Incluye los siguientes medios de radiodiagnóstico:

- Radiología general, digestiva, ortopantomografías y telerradiografías laterales realizadas en centros de radiología.
- Ecografía.
- Mamografía.
- Scanner (TAC).
- Resonancia Magnética (RMN).
- Densitometría ósea.

Incluye los medios de contraste que hayan sido suministrados por el Centro Médico concertado por la **Entidad Aseguradora** que haya realizado la prueba.

3.3. Cardiología

La cobertura de la presente póliza incluye los siguientes medios de diagnóstico en la especialidad de cardiología:

- Electrocardiograma.
- Holter TA y Holter ECG.
- Prueba de esfuerzo (Ergometría).
- Ecocardiograma y Eco-doppler.

3.4. Neurofisiología Clínica

Incluye los siguientes medios de diagnóstico en la neurofisiología clínica:

- Electroencefalograma.
- Electromiograma.
- Potenciales evocados.

3.5. Urodinámica

Incluye los servicios de urodinámica.

4. Otros servicios

4.1. Logopedia y foniatría

Incluye el tratamiento de la logopedia y foniatría cuando tengan por causa una cirugía mayor de laringe, aunque ésta no esté cubierta por esta **póliza**.

4.2. Podología

Incluye quiropodias, con el límite previsto en **Condiciones Particulares**.

5. Tratamientos especiales

Siempre que hayan sido prescritos por un facultativo del **Cuadro Médico**, se incluyen los gastos derivados de los siguientes tratamientos especiales:

5.1. Aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia. Incluye los servicios de aerosolterapia, ventiloterapia y oxigenoterapia a domicilio, **siendo la medicación a cargo del Asegurado**.

5.2. Fisioterapia y tratamientos de rehabilitación. Incluye los tratamientos, con fines curativos, de rehabilitación y fisioterapia del aparato locomotor, prescritos por un médico concertado, siempre que deriven de problemas traumatológicos agudos, cubiertos por la presente **póliza**, con los límites previstos en **Condiciones Particulares**.

No incluye rehabilitación acuática ni por causa de patologías crónicas.

Exclusiones

Quedan formalmente excluidos de la cobertura los siguientes conceptos:

- La asistencia sanitaria que precise ingreso en un centro hospitalario, tanto en régimen ambulatorio, hospital de día, o ingresado, así como la asistencia en servicios de urgencias ambulatorias y hospitalarias. Asimismo, quedan excluidas las asistencias de urgencia domiciliaria.
- Las **Intervenciones quirúrgicas**, tanto diagnósticas como terapéuticas.
- La **Hospitalización** de carácter socio-familiar.
- Cualquier acto médico de las siguientes especialidades: Anestesiología y Reanimación; Hematología y hemoterapia; Neonatología; Oncología radioterápica.
- Los siguientes medios de diagnóstico: Endoscopia, Medicina Nuclear, PET, Radiología Intervencionista, Angiografía y los estudios electrofisiológicos.
- Los siguientes servicios y tratamientos especiales: Matronas; Preparación al parto; **Prótesis** y Órtesis; Trasplantes; Diálisis y riñón artificial; Radioterapia; Quimioterapia; Tratamiento del dolor.
- Los tratamientos de reproducción asistida en cualquiera de sus formas, como por ejemplo, inducción ovular, inseminación artificial, fertilización "in vitro" o técnicas de microcirugía para tratamiento de la esterilidad. Así como la interrupción del embarazo.
- Los test genéticos.
- El psicoanálisis, la hipnosis, la sofrología, la polisomnografía y los test psicológicos.
- Las técnicas, tecnologías o procedimientos diagnósticos o terapéuticos cuyo uso no sea habitual, o no estén aceptados en el sistema nacional de salud, o no estén reconocidos por la Comunidad Científica, o sean experimentales o no tengan suficientemente probada su contribución eficaz al tratamiento o curación de las enfermedades, conservación o mejora de la esperanza de vida, eliminación o disminución del dolor y/o el sufrimiento, así como los tratamientos de medicina alternativas.
- Los honorarios por tratamientos o diagnósticos en balnearios, curas de reposo o similares, aun cuando hayan sido prescritas.

- Los gastos de estancia en residencias de tercera edad o instituciones similares.
- Los gastos que deriven de Enfermedades, lesiones, defectos o deformaciones preexistentes ni enfermedades congénitas, que no hayan sido declarados en el **Cuestionario de Salud** presentado al Asegurado y la Entidad aseguradora no haya aceptado expresamente su cobertura en las **Condiciones Particulares**.
- Los gastos de farmacia, así como el correspondiente a las vacunas, los tratamientos desensibilizantes, infiltración con factores de crecimiento o ácido hialurónico y los tratamientos dietéticos.
- Los honorarios, gastos de pruebas complementarias y tratamientos realizados o prescritos por facultativos ajenos al **Cuadro Médico**.
- Los gastos de desplazamiento para recibir asistencia en la misma o distinta provincia del Estado español o en el extranjero.
- Gastos de **Transporte Sanitario**.
- Los gastos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y de las enfermedades que del mismo se deriven.
- El tratamiento y pruebas diagnósticas de alcoholismo, drogadicción y el uso de psicofármacos, estupefacientes o alucinógenos, así como enfermedades o accidentes que traigan causa de ellos.
- La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte.
- Las enfermedades o accidentes derivados de guerras, actos de terrorismo o de carácter político y social, así como las epidemias declaradas oficialmente.
- La tentativa de suicidio, la mutilación voluntaria, cualquier accidente causado por mala fe o intencionadamente por el **Asegurado**, así como su participación en riñas o en actividades delictivas.
- La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de cualquier deporte de riesgo.

Periodos de Carencia

Se establecen los periodos de **carencia**, reflejados en **Condiciones Particulares**, para los servicios o especialidades que se indican a continuación:

1. Para los siguientes medios de diagnóstico de alta tecnología:
 - a. Scanner (TAC).
 - b. Resonancia Magnética (RMN).
2. Para la planificación familiar.
3. Para los siguientes tratamientos especiales:
 - a. Aerosolterapia.
 - b. Fisioterapia.

Se exonerará de estos periodos de **carencia** a la asistencia médica por accidente o en caso de **Urgencia vital**.

Utilización del Cuadro Médico

La **Entidad Aseguradora** pondrá el **Cuadro Médico** a disposición del **Tomador** y de los **Asegurados**, en el momento de suscribir esta **póliza**. El **Cuadro Médico** incluirá los médicos, **A.T.S./D.U.E.**, laboratorios de análisis y cualquier otro centro o profesional necesarios, para prestar los servicios médicos incluidos en las coberturas de esta **póliza**.

En cualquier caso no existe ningún tipo de limitación o restricción a nivel geográfico de acceso a la utilización del **Cuadro Médico** por parte del **Asegurado**.

En el supuesto de que no exista algún servicio de los recogidos en la **póliza** en la provincia de residencia del **asegurado**, le serán facilitados en otra provincia a su elección.

Tarjeta Sanitaria

1. La **Entidad Aseguradora** proporcionará a cada **Asegurado** una tarjeta sanitaria. Esta tarjeta sanitaria es propiedad de la **Entidad Aseguradora** y su uso es personal e intransferible por el **Asegurado**.
2. El **Asegurado** deberá comunicar inmediatamente la pérdida o sustracción de la tarjeta en un **plazo** de 72 horas, para su anulación por la **Entidad Aseguradora**. La **Entidad Aseguradora** no será responsable por el uso indebido o fraudulento de la tarjeta en tales supuestos. El **Asegurado** deberá devolver en un **plazo** de 72 horas la tarjeta sanitaria en el momento de su baja o en el que quede resuelta esta **póliza** de seguro.
3. El **Asegurado** se obliga a presentar la citada tarjeta sanitaria al requerir del **Cuadro Médico** cualquiera de los servicios médicos cubiertos por esta **póliza**.
4. La **Entidad Aseguradora** liquidará directamente la totalidad de los gastos correspondientes a la utilización de tales servicios.
5. La **Entidad Aseguradora** queda exonerada de efectuar reembolso alguno de los gastos que el **Asegurado** hubiera podido satisfacer por no presentar su tarjeta sanitaria, así como lo que hubiese abonado por mejoras por él solicitadas y no comprendidas en los acuerdos firmados por la **Entidad Aseguradora** con el Profesional Sanitario para la confección del **Cuadro Médico**.

Autorización de Prestaciones

- 1. Prestaciones que precisan de Autorización Previa.** Precisan autorización previa de la **Entidad Aseguradora** para su realización por el **Cuadro Médico**:

Los medios diagnósticos y tratamientos especiales siguientes:

- Radiodiagnóstico: Scanner (TAC).
- Resonancia Magnética (RMN).
- Neurofisiología: todas las técnicas.
- Tratamientos de rehabilitación: todas las técnicas.

- 2. Documentación necesaria para La Autorización:**

Todas las solicitudes de autorización del **Asegurado** deberán ir acompañadas necesariamente por la prescripción médica correspondiente.

- a.** Si su **Médico** o **Especialista** le prescribe una prueba que requiere Autorización previa, por favor asegúrese de disponer de la siguiente documentación antes de abandonar la consulta:
 - Descripción de la prueba a realizar.
 - Antecedentes y detalles acerca del proceso para el que se solicita la realización de la prueba.
- b.** La **Entidad Aseguradora** podrá solicitar del **Asegurado** toda la información médica adicional que precise para su adecuada tramitación.
- c.** La **Entidad Aseguradora** comunicará al **Asegurado**, en el **plazo** máximo de 48 horas, la concesión o denegación, si fuese el caso, de dicha autorización.
- d.** En el supuesto de que se superase ese **plazo**, la **Entidad Aseguradora** abonará al **Asegurado** la indemnización que tenga establecida.
- e.** **Para garantizar una correcta gestión, las solicitudes de autorizaciones médicas han de realizarse con al menos 24 horas de antelación a la cita médica.**

Copagos

- 1.** En el caso en que la modalidad de la **póliza** sea con **Copago**, el **Asegurado** abonará a la **Entidad Aseguradora** un importe por cada acto o servicio médico que reciba del **Cuadro Médico**.
- 2.** El importe vigente a la contratación inicial correspondiente a cada **copago** será el fijado en las **Condiciones Particulares**.
- 3.** Con anterioridad al 31 de octubre de cada año, la **Entidad Aseguradora** comunicará al **Tomador** el importe de los copagos aplicables a la siguiente anualidad, de existir alguna variación respecto de los anteriores.

4. El **Tomador** podrá optar, en caso de discrepancia con las condiciones previstas para la siguiente anualidad, por comunicar a la **Entidad Aseguradora** su voluntad de extinguir la **póliza** de seguro al vencimiento de la anualidad en curso.

Procedimiento de Reembolso

1. **Prestaciones Reembolsables:** especialidad de pediatría hasta la segunda renovación de la póliza.
2. **Modo de Reembolso:** la Entidad Aseguradora efectuará transferencia bancaria a la cuenta corriente facilitada por el Tomador o Asegurado.
3. **Documentación Necesaria:** El Asegurado deberá cumplimentar la correspondiente solicitud de reembolso, según modelo de la Entidad Aseguradora, a la que **se acompañarán necesariamente las facturas originales correspondientes**, que deberán reunir los requisitos exigidos en cada momento por la normativa tributaria y, en todo caso, incluirán los datos identificativos de:
 - a. la persona física o jurídica que ha prestado el servicio (nombre y apellidos o denominación social, número de identificación fiscal, domicilio, número de colegiado y especialidad médica)
 - b. el Asegurado objeto del servicio (nombre y apellidos) y
 - c. el Acto Médico prestado (descripción, fecha y coste).
4. **Plazo de Reembolso:** la Entidad Aseguradora, una vez aceptado el siniestro, deberá efectuar el reembolso de los gastos al Tomador o Asegurado dentro de los 40 días siguientes a la recepción de la solicitud del reembolso. En caso de mora de la Entidad Aseguradora, respecto del plazo de 40 días fijado, la Entidad Aseguradora, abonará en concepto de indemnización por mora el pago de un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50 por 100. Estos intereses se considerarán producidos por días, sin necesidad de reclamación judicial. No obstante, transcurridos 2 años desde la producción del Siniestro, el interés anual no podrá ser inferior al 20 por 100.

Duración del Seguro

1. La presente **Póliza** de seguro entrará en vigor en el día indicado en las **Condiciones Particulares** y vence el 31 de diciembre siguiente a la suscripción de la misma. La **Póliza** será renovable tácitamente por periodos anuales. Asimismo, las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita a la otra parte, efectuada en un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el Tomador, y de dos meses cuando sea la Entidad Aseguradora. Este seguro podrá rescindirse por la **Entidad Aseguradora** mediante declaración dirigida al Tomador en el plazo de un mes desde el conocimiento de una reserva o inexactitud en la declaración del **Tomador** o de cualquiera de los **Asegurados**.
2. Las coberturas de la **póliza** cesarán automáticamente al producirse la resolución del contrato, quedando el **Asegurado** sin derecho a la prestación de los servicios.
3. En todo caso, la presente **póliza** de seguro se extinguirá para un **Asegurado**:
 - A su fallecimiento.
 - Si al contratar incurrió en dolo o culpa grave o en caso de agravación del riesgo si no lo comunica a la **Entidad Aseguradora**, o actuó de mala fe.
 - Si no emplea los medios a su alcance para limitar razonablemente los costes de la prestación, pudiendo perder el derecho a la misma si se comprueba que ha obrado con mala fe o abuso manifiesto.
 - Si no facilita a la **Entidad Aseguradora**, en caso de accidente con un tercero civilmente responsable, la información y documentación necesarias para la reclamación que proceda.
4. La extinción de la **póliza** para un **Asegurado** por cualquiera de estos motivos se producirá en el día de su ocurrencia o en el día en que la **Entidad Aseguradora** tenga conocimiento de ellos, no existiendo para el **Asegurado** derecho a la devolución de la prima no consumida en el mes en el que se hace efectiva.
5. En caso de solicitarse por parte del **Tomador** la baja de alguno de los **Asegurados** de una **póliza**, con anterioridad a su segunda renovación, y como consecuencia de dicha baja se agravase el riesgo global, la **Entidad Aseguradora** se reserva el derecho de rescindir la misma, puesto que, de haber sido esas las condiciones en el momento de la suscripción de la **póliza**, la **Entidad Aseguradora** no habría celebrado este contrato de acuerdo con su política de selección de riesgos.

Primas

1. La prima se determinará en el momento del alta en la **póliza**, teniendo en cuenta el número de asegurados incluidos en la misma, así como sus características personales declaradas a la **Entidad Aseguradora**. Esta prima se recalculará cuando se produzcan altas o bajas de asegurados.
2. Esta prima se determinará para cada anualidad, si bien las **Condiciones Particulares** podrán prever su fraccionamiento mensual, trimestral o semestral, incluyendo en su caso el correspondiente recargo. Si la cobertura es contratada una vez iniciado el año natural, se prorrateará la prima anual por los meses que resten hasta el 31 de diciembre.
3. El pago de la prima se realizará mediante la domiciliación bancaria facilitada por el **Tomador** a la **Entidad Aseguradora** para efectuar el pago de los recibos correspondientes.
4. La primera prima o fracción de ésta será exigible una vez suscrita la presente **póliza** de seguro. Si no hubiera sido pagada por culpa del **Tomador**, la **Entidad Aseguradora** podrá resolver la **póliza** o exigir el pago de la prima en vía ejecutiva. En todo caso, si esta prima no hubiera sido pagada en el **plazo** de 30 días desde su emisión, la **póliza** quedará resuelta.
5. **Transcurrido un mes desde el impago de cualquier otra prima, el contrato de seguro quedará en suspenso, excluyéndose, a partir de ese momento, la cobertura de cualquier acto médico o quirúrgico que pudiese requerir el Asegurado.** Si la **Entidad Aseguradora** no reclama el pago dentro de los tres meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que la **póliza** queda extinguida.
6. Si el contrato no ha quedado resuelto o extinguido conforme a lo previsto en los números anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el **Tomador** pague la prima.
7. Con anterioridad al 31 de octubre de cada año, la **Entidad Aseguradora** comunicará al **Tomador** el importe de las primas aplicables en la siguiente anualidad. El **Tomador** podrá optar, en caso de discrepancia con las primas previstas para la siguiente anualidad, por comunicar con anterioridad al 30 de noviembre a la **Entidad Aseguradora**, su voluntad de extinguir la **Póliza** de seguro al vencimiento de la anualidad en curso.

8. El **Asegurado**, en el supuesto de que no quedase satisfecho en la tramitación de las prestaciones sanitarias de esta **póliza**, podrá solicitar a la **Entidad Aseguradora** la devolución de las primas que hubiese abonado durante el año. La **Entidad Aseguradora** efectuará esta devolución, en el **plazo** máximo de 40 días desde la fecha en que se solicite por el **asegurado**, deduciéndose el coste de las prestaciones sanitarias de las que tenga constancia que haya incurrido dicho **asegurado** durante ese año. La **póliza** quedará rescindida para ese **asegurado** en el momento en que se produzca la solicitud de esta devolución.

Derechos y Deberes del Tomador y Asegurados

1. El Tomador y cada Asegurado para contratar la presente póliza, formalizarán una solicitud de aseguramiento que incluirá, tanto un Cuestionario de Salud como todas aquellas circunstancias personales por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.
2. La cumplimentación de dicha solicitud podrá realizarse por el Tomador y Asegurado de forma telemática, con y sin firma electrónica, o telefónica o presencial. En la misma, el Tomador y cada Asegurado declararán que:
 - Son ciertos y veraces todos los datos y contestaciones expresados a la Entidad Aseguradora, no existiendo ocultación de circunstancias o hechos que pudiesen influir en la valoración de los riesgos cubiertos.
 - **Han sido informados de los extremos contenidos en los artículos 122 y 126 del Reglamento de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y, en su caso, de los artículos 42 y 43 de la Ley de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados y de la normativa de consumidores y usuarios que resulte de aplicación y, en particular, pero sin limitación en la Ley 22/2007, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.**
 - **Conocen las Condiciones Generales y Particulares y aceptan las mismas y, en concreto, las Cláusulas Limitativas y Exclusiones Expresas.**
 - **Han sido informados de los extremos contenidos en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de carácter personal, aceptando que sus datos sean tratados conforme al contenido de la misma.**
3. En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma telemática y el Tomador disponga de firma electrónica para todos los Asegurados mayores de 18 años, la póliza quedará formalizada de forma inmediata. Si no dispusiera de firma electrónica la formalización será inmediata a través del intercambio de correos electrónicos previsto en la legislación vigente sobre contratación electrónica, los cuales serán autenticados a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo.
4. En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma telefónica, la póliza quedará formalizada para el Tomador y los menores de edad mediante la grabación y el registro de la llamada. Cada mayor de edad ratificará sus datos personales mediante llamada telefónica para formalizar su incorporación a la póliza. Los ficheros

en los que se registre la grabación de estas llamadas telefónicas serán igualmente autenticados a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo.

5. En caso de que la cumplimentación de la solicitud de aseguramiento se realice de forma presencial, la formalización de la **póliza** se realizará por escrito.
6. A la vista del **Cuestionario de Salud** y de todas las circunstancias personales, la **Entidad Aseguradora** comunicará a cada posible **Asegurado** la aceptación de su solicitud de aseguramiento o, en su caso, la denegación de la misma.
7. Una vez aceptada por parte de la **Entidad Aseguradora**, se le remitirá al **Tomador** y a cada **Asegurado** la documentación correspondiente a esta **póliza**, poniéndole asimismo ésta a su disposición de forma telemática a través de una clave de acceso.
8. El **Tomador** y cada **Asegurado**, una vez recibida esta documentación, deberán comprobar que los datos en ella contenidos son correctos. En caso de no ser así, podrán solicitar, en el **plazo** de un mes, la rectificación de los errores producidos. Transcurrido dicho **plazo** sin efectuar reclamación alguna, surtirán efecto las disposiciones contenidas en las mismas. La **Entidad Aseguradora** deberá rectificar, en el **plazo** de un mes, los errores producidos, lo que podrá conllevar la modificación de las primas, sin que la modificación entre en vigor hasta que la mayor prima, en su caso, se satisfaga.
9. Ni el **Asegurado**, ni el **Tomador** tienen la obligación de comunicar a la **Entidad Aseguradora** la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del **Asegurado**, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo contratado.
10. El **Asegurado** deberá minorar las consecuencias del **siniestro**, empleando los medios a su alcance. El incumplimiento de este deber liberará a la **Entidad Aseguradora** de toda prestación relacionada con el **siniestro**.
11. La **Entidad Aseguradora** podrá solicitar del **Asegurado** los **Informes Médicos** que se determinen necesarios para proceder a la autorización de prestaciones solicitadas o en los procesos de control y detección del fraude por preexistencias no declaradas.

Subrogación

El **Asegurado** deberá facilitar la subrogación a la **Entidad Aseguradora**, quien podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del **siniestro** correspondieran al **Asegurado** frente a las personas responsables del mismo.

La **Entidad Aseguradora** no podrá ejercitar en perjuicio del **Asegurado** los derechos en que se haya subrogado. El **Asegurado** será responsable de los perjuicios que, en sus actos u omisiones, pueda causar a la **Entidad Aseguradora** en su derecho a subrogarse.

La **Entidad Aseguradora** no tendrá derecho a la subrogación contra ninguna de las personas cuyos actos u omisiones den origen a responsabilidad del **Asegurado**, de acuerdo con la Ley, ni contra el causante del **siniestro** que sea, respecto del **Asegurado**, pariente en línea directa o colateral dentro del tercer grado de consanguinidad, padre adoptante o hijo adoptivo que convivan con el **Asegurado**. Pero esta norma no tendrá efecto si la responsabilidad proviene de dolo o si la responsabilidad está amparada mediante un contrato de seguro.

En este último supuesto, la subrogación estará limitada en su alcance de acuerdo con los términos de dicho contrato.

En caso de concurrencia de la **Entidad Aseguradora** y **Asegurado** frente a tercero responsable, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

Indisputabilidad

1. En el supuesto de existencia de reserva o declaración inexacta en las declaraciones del **Tomador** o del **Asegurado**, la **Entidad Aseguradora** podrá rescindir la relación contractual en el **plazo** de un mes desde que se haya conocido dicha reserva o inexactitud.
2. Transcurrido el **plazo** de un año desde que se hubiera satisfecho la primera prima o fracción de ésta, la **Entidad Aseguradora** no podrá impugnar la **póliza**, salvo que el **Tomador** o el **Asegurado** hubieran actuado con dolo al efectuar las declaraciones esenciales.

Tributos

Todos los tributos que graven la presente **póliza**, y que sean legalmente repercutibles, serán por cuenta del **Tomador**.

Extravío o Destrucción

En caso de extravío o destrucción de la **póliza**, la **Entidad Aseguradora**, a petición del **Tomador** del seguro o, en su defecto, del **Asegurado**, tendrá obligación de expedir copia o duplicado de la misma, la cual tendrá idéntica eficacia que la original.

Comunicaciones

Todas las comunicaciones derivadas de la presente **póliza** deberán hacerse de forma telemática, telefónica o por escrito, utilizando los medios de comunicación tecnológica o tradicional que figuren en las **Condiciones Particulares**.

Reclamaciones

Los Tomadores, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualquiera de los anteriores podrán plantear reclamación ante:

Centro de Atención de Reclamaciones

Si el **Asegurado** estuviera disconforme con la resolución dictada por la **Entidad Aseguradora**, podrá formular su queja o reclamación ante este Departamento.

Para ello será necesario que el interesado presente un escrito en el que se haga constar sus datos personales, el motivo de la queja o reclamación con especificación clara sobre las cuestiones sobre las que se solicita un pronunciamiento, el departamento o servicio donde se hubieran producido los hechos, declaración expresa de no tener conocimiento de que la materia objeto de la queja o reclamación esté siendo sustanciada en un procedimiento administrativo arbitral o judicial, y el lugar, fecha y firma. Asimismo, el interesado deberá aportar las pruebas que obren en su poder.

La reclamación se podrá presentar en la dirección de correo electrónico, habilitada al efecto, mediante el sistema de firma electrónica avanzada.

Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones

Debiéndose acreditar que ha transcurrido el **plazo** de 2 meses sin recibir respuesta del Centro de Atención de Reclamaciones o que éste ha desestimado su petición.

Juzgados y Tribunales

En cualquier caso podrá acudir a los Juzgados y Tribunales, siendo competentes los del domicilio del **Asegurado**.

Prescripción

Todas las acciones para el reconocimiento de los derechos que puedan derivarse de la presente **Póliza** quedarán extinguidas en el plazo de 5 años a computar desde el día en que aquéllos pudieron ejercerse.

Jurisdicción

La presente **póliza** de seguro queda sometida a la jurisdicción española, siendo juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del **Asegurado** fijado en **Condiciones Particulares**, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España en caso de que residiese temporalmente en el extranjero, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Tratamiento de datos de carácter personal

En el marco de la contratación de la presente Póliza de seguro, los datos de carácter personal inherentes al Tomador, así como los datos de los Asegurados (incluidos datos de carácter sensible –tales como los datos de salud–) (los “Datos”), facilitados directamente por éstos a Néctar para la ejecución de la póliza de seguro contratada, serán tratados e incorporados en ficheros titularidad de SAHNA-E SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS (Néctar), con la finalidad de llevar a cabo la prevención e investigación del fraude, valorar y delimitar el riesgo, consultar los Datos en posteriores solicitudes de seguro o en solicitudes de asistencia o prestación para la determinación de coberturas y permitir el cruce de información contenida en distintos ficheros titularidad de la compañía, incluidos datos de salud, y con relación a cualesquiera productos contratados por el asegurado, ya sea con anterioridad a la contratación o de forma posterior. Así mismo consiente que Néctar pueda solicitar de profesionales sanitarios y centros médicos información adecuada referente a la salud de los Asegurados con la finalidad de la verificación de los coberturas de la Póliza, tramitación de siniestros, autorizaciones, prevención e investigación del fraude, atención de reclamaciones y cumplimiento de obligaciones; la grabación de las llamadas telefónicas que realice a Néctar, a los efectos de control de calidad de las llamadas y gestión de reclamaciones. Las comunicaciones podrán efectuarse por cualquier medio, incluido el electrónico. El Tomador tras haber informado del contenido íntegro de la presente cláusula al resto de Asegurados en la Póliza, ha obtenido su consentimiento expreso para facilitar a Néctar los Datos de dichos asegurados, y para que Néctar le facilite tales Datos vinculados a la prestación de los servicios sanitarios, incluido su historia de visita médica.

En el caso de que se produzca alguna variación en sus Datos, el Asegurado lo notificará a Néctar para que proceda a su modificación. Una vez finalizada la relación contractual Néctar podrá seguir usando los Datos para fines comerciales y publicitarios hasta que se revoque el consentimiento dado o, en cualquier caso, una vez transcurra dos años desde la terminación de la relación contractual. El titular de los Datos podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos por escrito, en la Avenida de Burgos 19, 28036 Madrid, en la dirección de correo electrónico car@nectar.es, o a través del sobre pre franqueado que se le remitirá a su domicilio una vez lo solicite en el teléfono 913 840 458.

En caso de oposición al tratamiento de los Datos, podría no hacerse efectiva la cobertura de los Asegurados durante el tiempo que dure dicha oposición, en la medida en que tal oposición impida a Néctar disponer de los datos necesarios para el cálculo de las prestaciones y demás fines establecidos en la Póliza de seguro y las obligaciones de la normativa aplicable.

El consentimiento del Tomador y de cada Asegurado podrá expresarse:

En el caso de contratación telemática, mediante firma electrónica para todos los Asegurados mayores de 18 años o, en caso de no disponer de firma electrónica, mediante el intercambio de correos electrónicos autenticados a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo.

En el caso de contratación telefónica, mediante llamadas grabadas y registradas, las cuales serán autenticadas a través de un servicio de sellado electrónico de tiempo.

ANEXOS A LAS CONDICIONES GENERALES

Anexo I. Asistencia en viaje

La **Entidad Aseguradora** pone a disposición del **Asegurado** un servicio de Asistencia en Viaje, por el que dispondrá, **en los viajes que realice fuera del Territorio Español**, para periodos de estancia máxima continuada de hasta 90 días, de las coberturas que a continuación se detallan, siendo el **coste máximo cubierto por esta cobertura de asistencia en viaje de 6.000 euros por persona y año**.

1. Repatriación o transporte sanitario del Asegurado enfermo o herido.

Según la **Urgencia** o gravedad del caso y a criterio del médico, se organizará el transporte del **Asegurado**, incluso bajo vigilancia médica si procede, hasta su ingreso en un centro hospitalario en España, cercano a su residencia, o a su propio domicilio habitual, cuando no necesite hospitalización. Si el ingreso no pudiera lograrse en lugar cercano al domicilio, en su momento se organizará el subsiguiente traslado hasta la residencia del **Asegurado**, si fuera preciso realizarlo en un medio de transporte especial.

Medio de Transporte:

- Avión sanitario especial para los países de Europa o aquellos que sean limítrofes del mar Mediterráneo.
- Avión de líneas regulares, tren o barco.
- Ambulancia.

En caso de afecciones benignas o heridas leves que no den motivo a repatriación, el transporte se realizará por ambulancia o cualquier otro medio, hasta el lugar en que puedan prestarse los cuidados adecuados.

En ningún caso se sustituirá a los organismos de socorro de Urgencia ni la Entidad Aseguradora se hará cargo del coste de estos servicios.

2. Repatriación o transporte de los miembros de la familia del Asegurado enfermo o herido.

Cuando el retorno del **Asegurado** se hubiera realizado por cualquiera de las causas descritas en el apartado anterior, y ello impida al resto de los acompañantes siempre que tuvieran condición de cónyuge, ascendientes (siempre que convivan en el mismo domicilio que el **Asegurado**), o descendientes (en tanto dependan económicamente de él), continuar su viaje por los medios inicialmente previstos, se organizará el transporte para el regreso de los mismos a su domicilio.

3. Repatriación o transporte de menores de edad.

Cuando el retorno del **Asegurado** se hubiera realizado por cualquiera de las causas descritas anteriormente, y éste viajara en la única compañía de hijos menores de 15 años, se organizará el desplazamiento, ida y vuelta, de una azafata o de una persona designada por el **Asegurado**, a fin de acompañar a los menores en el regreso al domicilio.

4. Regreso anticipado por fallecimiento de un familiar directo del Asegurado.

Si el **Asegurado** en Viaje, debe interrumpirlo en razón del fallecimiento de su cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, de hermano o hermana, se organizará la entrega de un billete de tren (primera clase) o avión (clase turista), desde el lugar en que se encuentre en tal momento, al de inhumación en España del familiar fallecido, y un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse tal evento.

5. Desplazamiento de un acompañante familiar junto al Asegurado hospitalizado.

Si el estado del **Asegurado**, enfermo o herido, impide su repatriación o regreso inmediato y si la hospitalización en el lugar donde se encuentre debe exceder de 10 días, se organizará la entrega de:

- Un billete de ida y vuelta de tren (primera clase) o de avión (clase turista), que permita a un miembro de la familia del **Asegurado**, o persona que éste designe, acudir al lado del hospitalizado.
- De producirse la hospitalización en el extranjero, se abonará además, con los justificantes oportunos, **los gastos de estancia de esta persona hasta 60 euros por día, sin que el total pueda exceder de 600 euros.**

6. Repatriación o transporte del Asegurado fallecido.

En caso de defunción del **Asegurado**, se organizará el transporte del cuerpo, desde el lugar del óbito hasta el de su inhumación en España, así como del regreso hasta su domicilio de las otras personas que lo acompañan, siempre que tengan condición de cónyuge, ascendientes (siempre que convivan en el mismo domicilio del **Asegurado**), o descendientes (en tanto dependan económicamente del **Asegurado**).

Quedan igualmente cubiertos los gastos del tratamiento post-mortem y acondicionamiento (tales como embalsamamiento y ataúd obligatorio para el traslado), conforme a requisitos legales, **hasta un límite de 900 euros**.

En cualquier caso, el coste del ataúd habitual y los gastos de inhumación y de ceremonia, no son a cargo de la Entidad Aseguradora.

7. Inmovilización en un hotel del Asegurado enfermo o herido.

Si el Asegurado enfermo o herido no puede regresar, por así estimarlo el médico que lo trate, se organizará la prórroga de estancia en el hotel **hasta una cantidad de 60 euros diarios y con un total máximo de 600 euros**.

8. Envío de medicamentos al extranjero para el Asegurado enfermo o herido.

Se gestionará la localización y el envío de posibles medicamentos que sean de vital importancia y que no puedan ser obtenidos en el país donde se encuentre el Asegurado hospitalizado.

El coste de los medicamentos será siempre por cuenta del Asegurado.

9. Información sobre asistencia médica en el extranjero para el Asegurado enfermo o herido.

Si el Asegurado necesitara acudir particularmente a la consulta de un médico en el lugar del país extranjero donde se encuentre, y éste no dispusiera de la información suficiente para su localización, se le facilitarán los datos necesarios para que pueda acudir a una consulta médica.

10. Intérprete en caso de enfermedad o accidente en el extranjero.

Si, como consecuencia de Enfermedad grave o accidente ocurrido en el extranjero cubierto por la Póliza, fuera necesaria la intervención de un intérprete en el lugar de ocurrencia, se pondrá a disposición del Asegurado un intérprete.

11. Gastos médicos.

En caso de que, como consecuencia de Enfermedad grave o accidente ocurrido en el extranjero y cubierto por la Póliza, el Asegurado precisase asistencia médica, la Entidad Aseguradora pondrá a su disposición el profesional o Centro Médico que

le atiende y se hará cargo del coste **hasta el límite máximo cubierto por este servicio de Asistencia en Viaje.**

No comprende este servicio de Asistencia en Viaje los siguientes supuestos:

- **Las prestaciones que no hayan sido solicitadas a través de la Central de Asistencia en Viaje, salvo en caso de fuerza mayor o de imposibilidad material demostrada.**
- **Las recaídas de enfermedades existentes con riesgo de agravación brusca y conocidas por el **Asegurado** en el momento de iniciar el viaje.**
- **Los estados patológicos conocidos por el **Asegurado** y con antecedentes médicos, susceptibles de empeoramiento en caso de viaje.**
- **Los embarazos. No obstante, hasta el sexto mes, quedan cubiertos los casos de complicaciones imprevisibles.**
- **El rescate de personas en montaña, mar, desierto u otros lugares de difícil accesibilidad.**

Para conocer cómo acceder a este servicio ver apartado **Cómo contactar con nosotros.**

Anexo II. Segunda Opinión Médica Internacional

La **Entidad Aseguradora** pone a disposición del **Asegurado** un servicio de segundo diagnóstico internacional, por el que podrá solicitar a través de la **Entidad Aseguradora** un informe de segunda opinión médica de la **Enfermedad** que padezca, así como recomendaciones diagnósticas y/o terapéuticas, a los Especialistas, centros asistenciales o académicos internacionales que a tal efecto la **Entidad Aseguradora** le facilite.

Este servicio cubrirá las siguientes enfermedades graves:

- **Cáncer.**
- **Enfermedades Cardiovasculares.**
- **Trasplantes de órganos.**
- **Enfermedades neurológicas y neuroquirúrgicas, incluyendo accidentes cerebrovasculares.**
- **Insuficiencia renal crónica.**
- **Enfermedad idiopática de Parkinson (parálisis agitados).**
- **Enfermedad de Alzheimer.**
- **Esclerosis múltiple.**

Para conocer cómo acceder a este servicio ver apartado **Cómo contactar con nosotros.**

Anexo III. Cobertura Dental

En el caso de que la modalidad de la póliza sea con Cobertura Dental, la Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado, en todo el territorio nacional, un Servicio Odonto-Estomatológico por el que podrá acceder a un Cuadro Médico de Odontólogos y Estomatólogos privados.

En este Cuadro Médico de Odontólogos y Estomatólogos podrá solicitar dos tipos de servicio:

- Servicios sin coste, para los servicios dentales que se especifican a continuación, y que deberán ser prescritas por dentistas del Cuadro Médico Concertado
- Servicios a los precios fijados en la Guía Médica Dental, que incluyen importantes descuentos respecto al precio de venta al público

Servicios incluidos en su Póliza y a los que podrá acceder sin coste:

Primeras Visitas

- Primera visita y entrega de presupuesto.
- Visita de revisión.
- Visita de urgencia.

Odontología Preventiva

- Curas.
- Educación bucodental.
- Enseñanza de técnicas de cepillado.
- Fluorizaciones.
- Selladores oclusales.
- Limpieza de boca. Tartrectomía - (ambas arcadas) sobre periodonto sano
- Planificación de dieta para control de caries.
- Tinción e índice de placa.
- Tratamiento desensibilizante.

Radiología

- Radiografías Odontológicas (periapical, aleta, oclusal).
- Ortopantomografía (Panorámica Dental) (*).
- Telerradiografía Lateral o frontal de Cráneo (*).
- Radiografía de ATM (*).
- Serie radiográfica periodontal.

***Cobertura a través de Cuadro Médico Néctar. Requieren autorización**

Obturaciones

- Obturación provisional.
- Poste prefabricado o retención radicular.
- Pins o espigas en dentina.

Endodoncias

- Prueba de vitalidad (por pieza).

Periodoncia

- Diagnóstico y sondaje.
- Tallado selectivo.
- Análisis oclusal.

Ortodoncia

- Primera visita para reconocer al paciente.
- Cajitas de ortodoncia.
- Visitas periódicas de revisión post-tratamiento.

Prótesis Fija

- Recementado del mantenedor.
- Cementado o recementado de coronas o puentes (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).

Prótesis Removible

- Composturas simples de prótesis removibles (por pieza a colocar o gancho no colado) (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Compostura soldadura (cada una) (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Soldar gancho o retenedor (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Rebase de prótesis removible (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Rebase con resina o similares acondicionadores de forma provisional, en la prótesis removibles (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Ajustes oclusales sin montaje en articulador para prótesis (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).
- Ajustes oclusales con montaje en articulador con toma de impresiones estudio oclusal (aplicable en la clínica que ha realizado la prótesis).

Cirugía Oral

- Retirar puntos.
- Extracciones que no precisen cirugía (excluidos cordales o piezas incluidas).
- Extracción complicada y/o sutura.
- Extracción diente temporal.
- Extracción por odontosección.
- Extracción de cordal semi incluido.
- Extracción de cordal (una sola pieza) (*).
- Quistectomía (quistes maxilares).
- Frenillo lingual o labial. Frenectomía.
- Toma de biopsia.
- Cirugía Menor (tejidos blandos) (*).
- Cirugía preprotésica (*).
- Apertura y drenaje abscesos (cada uno).

***Cobertura a través de Cuadro Médico Néctar. Requieren autorización.**

Implantología

- Estudio implantológico.
- Falso muñon de titanio.
- Tornillo de cicatrización.
- Tornillo de cementación.
- Férula quirúrgica.
- Férula radiológica.
- Revisiones implantología.

Patología articulación temporomandibular-ATM

- Análisis oclusal y tallado selectivo en paciente con interferencias.

El resto de servicios dentales requeridos por el Asegurado a esos profesionales, los abonará directamente a los mismos a los precios fijados en la Guía Médica Dental para este servicio odonto-estomatológico baremado.

Todas las pruebas relacionadas en este Anexo III deberán ser prescritas por dentistas del Cuadro Médico Concertado.

Para conocer cómo acceder a este servicio ver apartado [Cómo contactar con nosotros](#).

Anexo IV. NéctarCARE

En el caso de que la modalidad de la póliza sea con **NéctarCARE**, la **Entidad Aseguradora** pone a disposición del **Asegurado**, **NéctarCARE** (nectar.avantsalud.es), una web con un amplio abanico de servicios de Medicina Estética, Terapias Alternativas, entre otros, avalados por la garantía de calidad de Avantsalud. Además, dispondrán de atención telefónica para asesoramiento y contratación en los teléfonos descritos en el apartado **Cómo contactar con nosotros**.

¿Qué es Avantsalud?

Avantsalud pertenece a hna Servicios Corporativos, Sociedad participada al 100% por Grupo hna con más de 70 años de experiencia en salud y bienestar.

Actualmente Avantsalud cuenta con más **de 2,5 millones de usuarios** repartidos por toda España, pertenecientes a diferentes compañías que confían en nosotros para cuidar la salud y el bienestar de sus clientes.

La característica principal y lo que hace diferente a Avantsalud es la **calidad** de los proveedores médicos con los que trabajamos. En Avantsalud siempre buscamos a **los mejores profesionales** y las técnicas más avanzadas para que los clientes puedan cuidarse sabiendo que están en buenas manos.

Ofrecemos la máxima garantía de calidad de todos nuestros servicios optimizando nuestras relaciones con los proveedores para conseguir siempre la mayor satisfacción del cliente en todos los ámbitos. Además, revisamos continuamente nuestro cuadro médico y proveedores basándonos en la experiencia de los usuarios para que siempre disfrutes de un servicio adecuado y satisfactorio.

Lo mejores precios y la mejor calidad en NéctarCARE

Los precios de todos nuestros servicios suponen un importante descuento respecto a los precios medios de mercado, de un 30-40% en término medio, pudiendo llegar en ocasiones para determinados servicios al 60%. Simplemente por ser cliente de Néctar usted tendrá este descuento ya incluido en el precio final.

El coste de estos servicios será por cuenta del Asegurado, que abonará el coste de los servicios que elija, de acuerdo con los precios acordados por la Entidad Aseguradora con dichos centros y profesionales.

Equipo de Atención al Cliente Especializado

Nuestro equipo de atención al cliente está especializado en todos nuestros servicios y le ayudará con cualquier duda o trámite que pueda necesitar. Se trata de un equipo multidisciplinar con amplios conocimientos de todos nuestros servicios y proveedores.

Para conocer cómo acceder a este servicio ver apartado [Cómo contactar con nosotros](#).

Anexo V. Servicio Médico Telefónico

La **Entidad Aseguradora** pone a disposición del **Asegurado** un servicio médico telefónico permanente, atendido por médicos de familia que le asesorarán sobre cualquier duda o consulta médica.

Para conocer cómo acceder a este servicio ver apartado [Cómo contactar con nosotros](#).

Anexo VI. Servicio de Consejo Psicológico Telefónico

La **Entidad Aseguradora** pone a disposición del **Asegurado**, un servicio por el que recibirá el apoyo psico-emocional que precise, a través de una evaluación psicológica telefónica, ya sea de carácter inmediato o programada, de un psicólogo clínico, que le facilitará de forma personalizada y gratuita, consejos y orientaciones que no constituirán en ningún caso un diagnóstico clínico.

Para conocer cómo acceder a este servicio ver apartado [Cómo contactar con nosotros](#).

Cómo contactar con nosotros

Servicio de Atención al Cliente

913 840 458 - 902 404 114

Servicio telefónico donde podrá contactar con su asesor personal y resolver sus dudas acerca de nuestros servicios, las coberturas de su seguro, dudas en la navegación de nuestra web, gestión de recibos y domiciliación, asesoramiento y contratación de productos y servicios de Néctar y hacernos llegar todas sus sugerencias y recomendaciones.

Servicio de Autorización de Prestaciones

913 840 458 - 902 404 114

Servicio telefónico donde podrá autorizar los volantes de aquellas prestaciones que necesiten el visado de **Néctar**.

También tiene disponible este servicio en nuestra web nectar.es en su área cliente.

Servicio Médico Telefónico

913 840 458 - 902 404 114

Atención informativa proporcionada por profesionales médicos, 24 horas al día, 365 días al año, donde podrá solicitar asesoramiento médico, aclarar dudas relacionadas con tratamientos, interpretación de análisis, etc.

Cobertura Dental

913 840 458 - 902 404 114

Información y asesoramiento de todos los servicios complementarios odontostomatológicos accesibles en la póliza de salud.

Servicio de Consejo Psicológico Telefónico

913 840 458 - 902 404 114

Atención de apoyo psico-emocional que se le facilitará de forma personalizada y gratuita, consejos y orientaciones que no constituirán en ningún caso un diagnóstico clínico.

AvantSalud- Servicios Complementarios
913 840 430 - 902 131 171

Asesoramiento y contratación de todos los servicios complementarios a la póliza de salud, así como las ventajas por ser cliente de **Néctar**.

Asistencia en Viaje
+34 913 255 286

Servicio de información telefónica en el caso de necesitar atención médica de Urgencia en el extranjero.

Segunda Opinión Médica Internacional
913 840 458 - 902 404 114

Teléfono de consulta de la segunda opinión sobre un diagnóstico o tratamiento médico de enfermedades graves o de carácter crónico, emitida por Especialistas de primer nivel en cualquier país del mundo.

