

CONDICIONES GENERALES DEL CONTRATO DE SEGURO

COSALUD ASISTENCIA SANITARIA

II.- CONDICIONES GENERALES

1. PRELIMINAR

1.1. Normativa aplicable

Se aplicará a los derechos y obligaciones derivados del presente contrato de seguro o inherentes al **mismo, con sometimiento expreso a la misma, la legislación española, siendo las leyes procesales** españolas las únicas aplicables a las actuaciones que se sustancien en territorio español en orden al ejercicio de los referidos derechos o cumplimiento de las meritadas obligaciones.

Asimismo, la presente póliza queda sometida a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato que documenta el del domicilio del Asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

Más concretamente, el presente contrato de seguro se regirá por las normas imperativas reguladoras del régimen jurídico de los contratos de seguro contenidas en las siguientes disposiciones o en aquéllas que las modifiquen o sustituyan en el futuro:

Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras.

Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Ley 26/2006, de 17 de julio, de Mediación de Seguros y Reaseguros Privados.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de Marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Las condiciones particulares, esenciales y generales de la póliza y los suplementos que se emitan a la misma para complementarla o modificarla.

Y cuantas disposiciones actualicen, complementen o modifiquen a las citadas normas.

1.2. Régimen contractual

Con pleno sometimiento a las normas imperativas recogidas en el apartado 1.1, los derechos y obligaciones nacidos del presente contrato de seguro se regirán, con el alcance del artículo 1091 del Código Civil, por el antedicho contrato y, supletoriamente en lo no previsto en el mismo, por las disposiciones contenidas en las normas referidas en el citado apartado 1.1 precedente que no tengan carácter imperativo, así como por el resto del Ordenamiento jurídico español.

Más concretamente, este contrato de seguro está integrado por los siguientes documentos:

La póliza de seguro, constituida por los Elementos Esenciales del Contrato, las Condiciones Generales, las Condiciones Especiales y los Apéndices acordados por las partes que recojan las modificaciones de cualquiera de las anteriores.

Las declaraciones del Tomador del seguro y/o de los Asegurados.

2. BASES CONTRACTUALES

2.1. La presente póliza ha sido concertada sobre la base de las declaraciones que deben efectuar el Tomador del Seguro y el Asegurado en el cuestionario de solicitud del Seguro.

Dichas declaraciones constituyen la base para la aceptación del riesgo de la presente póliza y forman parte integrante de la misma.

Quedarán exonerados de tal deber, si el Asegurador no les somete cuestionario o cuando, aun sometiéndoselo, se trate de circunstancias que pueden influir en la valoración del riesgo y no estén comprendidas en él.

- 2.2. Si el Tomador del Seguro o el Asegurado han omitido cualquier circunstancia por ellos conocida que pueda influir en la valoración del riesgo, el Asegurador podrá rescindir el contrato durante los treinta días siguientes a la fecha en que haya tenido conocimiento de dicha omisión.
- 2.3. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane la divergencia existente.

Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

- 2.4. El Tomador del seguro o el Asegurado deberán durante la vigencia del contrato comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, la alteración de los factores y las circunstancias declaradas en el cuestionario previsto en el artículo 2.1 que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por éste en el momento de la perfección del contrato no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

No existirá la obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado, que en ningún caso se considerarán agravación del riesgo.

- 2.5. **El Tomador declara que conoce y acepta el contenido del artículo 10 “Plazos de carencia” y artículo 11 “Riesgos excluidos”, ambos de las Condiciones Especiales.**
- 2.6. **El Tomador declara conocer y aceptar de forma expresa la no cobertura de las enfermedades y sus consecuencias, secuelas o agravación que pueda padecer, tanto él como cualquiera de las personas que consten aseguradas en póliza, antes de iniciarse el seguro y manifestadas en el curso del mismo, así como de los accidentes, defectos físicos, anomalías congénitas y mutilaciones que pueda sufrir, tanto él como cualquiera de las personas que consten aseguradas en póliza, antes de iniciarse el seguro y sus consecuencias, secuelas o agravación.**
- 2.7. El Tomador del Seguro y/o Asegurado, autoriza al Servicio Médico designado por la Compañía a obtener toda la información médica que considere necesaria contactando con los médicos, hospitales y centros sanitarios que lo atienden o que lo hayan atendido.
- 2.8. El Tomador deberá comunicar cualquier cambio de domicilio, con el fin de que el Asegurador, de mutuo acuerdo con aquél, pueda adecuar el servicio (con la prima consiguiente) a la localidad de su nueva residencia, así como para facilitar, si procede, el cambio de domicilio de cobro. **En caso contrario no podrá imputarse al Asegurador el incumplimiento de estas obligaciones, pudiendo el Tomador incurrir, por dicha causa, en el impago de primas con las posibles consecuencias previstas en el artículo 6 de estas Condiciones Generales.**

No obstante, la falta de comunicación no impedirá que, de conformidad con el artículo 24 de la Ley de Contrato de Seguro, en todo caso sea juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del contrato de seguro el del nuevo domicilio.

3. EXTENSIÓN TERRITORIAL

La Asistencia Sanitaria será prestada por parte del Cuadro Médico que el Asegurador pone a disposición del Asegurado, conforme a las coberturas contratadas, exclusivamente en España y en las localidades donde existan Servicios Médicos concertados.

4. PERFECCIÓN Y TOMA DE EFECTO DEL CONTRATO

- 4.1. La póliza se perfecciona mediante su firma por ambas partes.
- 4.2. La cobertura contratada y sus modificaciones o adiciones no tomarán efecto mientras no haya sido satisfecho el primer recibo de prima, salvo pacto en contrario establecido en los Elementos Esenciales del Contrato.
- 4.3. En caso de demora en el cumplimiento de cualquiera de ambos requisitos, las obligaciones del Asegurador comenzarán a las veinticuatro horas del día en que hayan sido cumplimentados.
- 4.4. Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicada en los Elementos Esenciales del Contrato, salvo lo previsto en el artículo 10 “Plazos de Carencia” de las Condiciones Especiales.

5. DURACIÓN

- 5.1. La duración del contrato es de un año. Sin embargo, si el Tomador del seguro no manifiesta lo contrario, la póliza se renueva automáticamente por periodos anuales en cada aniversario de la fecha de efecto del seguro, sin previo reconocimiento médico y mediante el pago de la prima de tarifa que corresponda según edad alcanzado por el Asegurado.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

El Tomador podrá oponerse a esta prórroga mediante una notificación escrita, efectuada con un plazo de, al menos, un mes de anticipación a la conclusión del periodo del seguro en curso.

La oposición por parte del Asegurador deberá ser comunicada al Tomador con una anticipación de al menos dos meses a la conclusión del periodo del seguro en curso.

5.2. Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue:

- Por fallecimiento.
- Por traslado de residencia al extranjero o estancia permanente en el extranjero.
- Estancia cumulativa de más de tres meses en una institución o dependencias de enfermos mentales o de beneficencia pública

6. PAGO DE LAS PRIMAS

6.1. Los recibos de prima deberán hacerse efectivos por el Tomador del Seguro en los correspondientes vencimientos pactados, por anualidades completas anticipadas, mientras viva el Asegurado.

No obstante la base de pago anual, las primas podrán establecerse y ser satisfechas por semestres, trimestres, o meses, igualmente por períodos anticipados.

El fraccionamiento de la prima anual comportará el correspondiente recargo. La aplicación de dicho recargo supone la renuncia del Asegurador, en caso de fallecimiento del Asegurado, al cobro de las fracciones de prima relativas a dicho Asegurado, que falten por vencer para completar la anualidad en curso.

6.2. La primera prima será exigible una vez firmado el contrato. Si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago en vía ejecutiva con base en la póliza y si no hubiera sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

6.3. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, la cobertura del Asegurador queda suspendida un mes después del día de su vencimiento.

Si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.

6.4. Cuando el contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.

6.5. Si el contrato no hubiere sido resuelto o extinguido conforme a los números anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador del Seguro o Asegurado pagó su prima.

7. REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA

7.1. Las prestaciones y primas fijadas en la póliza se revalorizarán automáticamente en cada vencimiento anual, siguiendo la fluctuación de la composición de indicadores del «Índice de Precios de Consumo», publicado por el Instituto Nacional de Estadística u organismo que le sustituya a nivel del Estado español. No obstante lo anterior, el Asegurador podrá modificar de manera independiente los límites cuantitativos que afectan a las coberturas especificadas en los artículos 3.1.2, 3.3.18 y 3.8.7 de las Condiciones Especiales relativos al reembolso de gastos.

7.2. En cada aniversario de la póliza, el Asegurador facilitará al Tomador del Seguro un Suplemento en el que figurarán los importes de las prestaciones revalorizadas, así como los de las primas correspondientes, las cuales entrarán en vigor a partir de cada vencimiento anual de la póliza, al hacer efectivo el pago del recibo correspondiente.

7.3. Los importes resultantes se redondearán, tanto para las prestaciones y primas como para los límites de participación del Asegurado en el coste del siniestro que se hayan establecido.

7.4. Las nuevas prestaciones así revalorizadas no tendrán ningún plazo de carencia, excepto en lo establecido en el artículo 10.1.f) de las Condiciones Especiales.

8. REAJUSTE DE PRIMAS

Las primas se reajustarán en los siguientes casos:

8.1. Por cambios de edad, de acuerdo con la tarifa aplicada por el Asegurador. Cuando un Asegurado cumpla una edad comprendida en otro tramo de la tarifa se aplicará en la siguiente anualidad la prima que corresponda al nuevo tramo. El Tomador del Seguro da su conformidad a los aumentos de primas que se produzcan por tal motivo.

8.2. Por modificaciones en la Tarifa del Asegurador. El Tomador del Seguro o en su caso el Asegurado, recibida la comunicación sobre la elevación de primas para la siguiente anualidad, podrá optar entre la continuación del Seguro o su rescisión al término de la anualidad en curso, comunicándolo por escrito al Asegurador.

8.3. El Asegurador podrá actualizar anualmente las primas al objeto de dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 25.3 Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados y normas reglamentarias de desarrollo.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Dicha actualización se fundamentará en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia en la prima de las modificaciones experimentadas por el coste o la frecuencia de las prestaciones sanitarias cubiertas por el seguro, la incorporación de innovaciones tecnológicas u otros hechos de consecuencias similares.

Asimismo se tendrán en cuenta la modificación de los parámetros de estructura tarifaria, sus costes anuales y la siniestralidad de la póliza.

El importe de la prima se modificará en cada período de prórroga, si esta tiene lugar (expresa o tácitamente), en la misma proporción en que se modifiquen los valores de los factores en que se fundamenta, según la influencia de cada uno de ellos.

De manera previa a cada renovación, el Asegurador notificará al Tomador la prima correspondiente a la siguiente anualidad.

El Tomador del seguro, tras conocer el importe de la prima de la nueva anualidad podrá optar entre efectuar el pago de la nueva prima y por tanto prorrogar el seguro u oponerse a la prórroga del contrato mediante el envío de una notificación escrita al Asegurador, en cuyo caso las garantías de las pólizas quedarán extinguidas a la conclusión del período del seguro en curso. Todo ello de conformidad con lo recogido en el apartado 5º de estas Condiciones Generales.

9. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS

Se conviene la participación del Asegurado en el coste de los servicios sanitarios que utilice, acreditados mediante el uso de la Tarjeta Sanitaria o de otro documento acreditativo de la asistencia recibida. El Asegurador podrá establecer la gratuidad de dicha participación y reiniciar su cobro cuando lo estime necesario.

Los importes de la participación del Asegurado en el coste de los servicios se establecen en el Resumen de Garantías y, como la prima, podrán actualizarse, quedando establecidos siempre dentro del límite que, en su caso, fijen las disposiciones aplicables.

Dicha actualización se fundamentará en los cálculos técnico-actuariales necesarios para determinar la incidencia de las modificaciones experimentadas por el coste o la frecuencia de las prestaciones sanitarias cubiertas por el seguro, la incorporación de innovaciones tecnológicas u otros hechos de consecuencias similares.

Estos importes correspondientes a la participación del Asegurado en el coste de los servicios sanitarios que utilice serán cargados en los recibos de prima, o mensualmente en caso de fraccionamientos de pago que no sean mensuales. En este sentido, estarán sujetos a lo establecido en el artículo 6º de estas Condiciones Generales, que regula el pago de las primas.

10. OTROS SEGUROS

El Tomador del Seguro comunicará al Asegurador la celebración de cualquier otro seguro de enfermedad que se refiera a la misma persona. El incumplimiento de este deber puede dar lugar a una reclamación por los daños y perjuicios que origine.

11. CESIÓN DEL SEGURO

Las prestaciones del seguro no pueden cederse ni concederse en garantía para peticiones de terceros.

12. SUBROGACIÓN

12.1. En caso de que el Asegurado tenga derecho a un resarcimiento por parte de terceros responsables, tal derecho pasa al Asegurador por el importe de la indemnización satisfecha.

12.2. En el supuesto de concurrencia del Asegurador y Asegurado frente a terceros responsables, el recobro obtenido se repartirá entre ambos en proporción a su respectivo interés.

12.3. Lo previsto en este apartado no será de aplicación para la cobertura de indemnización diaria por hospitalización.

13. COMUNICACIONES

13.1. Las comunicaciones al Asegurador por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de aquél señalado en la póliza.

Dichas comunicaciones también pueden realizarse a un Agente, surtiendo exactamente los mismos efectos que si se realizara al Asegurador. Asimismo, los pagos de los importes de las primas que se efectúen por el Asegurado a los mencionados Agentes, tendrán la misma validez que si se hicieran al propio Asegurador.

13.2. Las comunicaciones del Asegurador al Tomador del Seguro o al Asegurado se realizarán en el domicilio del Tomador del Seguro, recogido en la póliza, salvo que éste hubiera notificado al Asegurador el cambio de domicilio, en cuyo caso se realizará en este último.

14. PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven del presente contrato prescribirán a los cinco años, a contar desde el día en que pudieron ejercitarse.

15. LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Como parte de las obligaciones de la Compañía de Seguros está la puesta a disposición de una serie de proveedores de servicios sanitarios que, reúnan los requisitos exigidos legalmente para el ejercicio de la actividad sanitaria así como la capacitación técnica y profesional para llevar a cabo dichas actividades, y la supervisión de que dichos requisitos y capacitación se cumplen a lo largo de la vigencia de la póliza. No obstante, el Asegurador no tiene capacidad de control sobre los actos médicos que ejecute el proveedor de servicios médicos por la prohibición de intrusismo de terceros en la actividad sanitaria, siendo estos servicios prestados por el proveedor de servicios sanitarios con plena autonomía, independencia y bajo su propia responsabilidad, siendo el Asegurador totalmente ajeno a la relación que surja entre el Asegurado y los profesionales y/o centros sanitarios, salvo por la obligación de control y supervisión antes señalada.

Entre las coberturas de este contrato no se halla la responsabilidad civil derivada de la actuación de los proveedores de servicios sanitarios que integran el Cuadro Médico y que prestan la asistencia sanitaria. Para cubrir precisamente ese riesgo, del que es ajeno el Asegurador, y como mayor garantía para el Asegurado, éste se obliga dentro de sus obligaciones de control y supervisión del Cuadro Médico, a controlar que los proveedores de servicios sanitarios contratan, un seguro de responsabilidad civil profesional acorde con el previsto por la legislación vigente.

Para la prestación de la asistencia contratada rige el principio de libertad de elección de facultativos entre los que figuran en el Cuadro Médico.

16. RECLAMACIONES, ÓRGANOS ANTE LOS QUE FORMULARLAS, PLAZO Y PRESCRIPCIÓN

Las discrepancias entre el Tomador del seguro, Asegurado y/o beneficiario de una póliza y el Asegurador, sin perjuicio de poder acudir a la vía administrativa o judicial que se considere oportuna, podrán resolverse mediante la presentación de la correspondiente queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones (Plaza de las Cortes, 8 – 28014 Madrid) o, en su caso, ante el Defensor del Cliente (página Web: www.plusultra.es), en las condiciones, y dentro de los plazos que constan detallados en el Reglamento de la institución aprobado por el Asegurador, que se encuentra a disposición de los tomadores, asegurados y/o beneficiarios en las oficinas del Asegurador.

Caso de ser desestimada la queja o reclamación, o haber transcurrido el plazo establecido por la normativa en vigor desde su presentación sin que haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciarla vía administrativa o judicial que considere oportunas, el reclamante podrá dirigirse al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana nº. 44 – 28046 Madrid; o a través de la oficina virtual: www.dgsfp.mineco.es).

17. ÓRGANO DE CONTROL. JURISDICCIÓN COMPETENTE

El estado miembro competente para ejercer control de la actividad aseguradora es España, siendo la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones la autoridad administrativa competente para ejercer el referido control. La presente póliza de seguro queda sometida a la jurisdicción española y, dentro de ella será el juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas de la misma el del domicilio del Asegurado, siendo nulo cualquier pacto en contrario.

18. LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL (L.O.P.D.)

En cumplimiento de los artículos 5 y 6 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE Nº 298 14/12/1999), el Tomador/Asegurado reconoce ser informado de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, del que es responsable PLUS ULTRA Seguros, entidad ante la que podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, proporcionándose los datos como condición indispensable para la contratación del seguro o el plan de pensiones, otorgando expresamente su consentimiento:

- Para que los mismos sean incorporados al fichero y tratados informáticamente para los fines legítimos de la actividad aseguradora, reaseguradora y gestora de fondos de pensiones.
- Para ser utilizados en la promoción publicitaria de los servicios y productos ofertados por las empresas del Grupo Asegurador al que pertenece la Compañía, relacionados con el Sector del Seguro y los Fondos de Pensiones, incluso tras la terminación de la relación contractual. Si desea conocer las sociedades pertenecientes al Grupo puede consultar en cualquier momento la página web corporativa (www.plusultra.es).
- Para que puedan ser cedidos a otras entidades para la realización de estudios estadístico actuariales y la lucha contra el fraude y de liquidación de siniestros, y consulta en ficheros de información sobre solvencia patrimonial y crédito, en aras a la correcta valoración y análisis del riesgo asegurado.
- Para que puedan ser cedidos entre las entidades que integran el Grupo Asegurador en España y a quienes éstas arriendan sus servicios o medien en sus seguros, es decir, a cuantos operadores sean necesarios para el cumplimiento de los derechos y obligaciones dimanantes del Contrato de Seguro, siendo todos ellos los destinatarios de la información, quedando informado que dicha comunicación a las entidades del Grupo se produce en el mismo momento en que proporcionan los datos a PLUS ULTRA Seguros.
- Para que puedan ser cedidos a los efectos del reaseguro y coaseguro del riesgo.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

En caso de que los datos personales se faciliten por persona (Tomador) distinta del titular de los mismos (Asegurado, Partícipe, Beneficiario, etc.), recaerá en éste la obligación de informar a los mismos de la existencia de un fichero automatizado de datos de carácter personal, de sus derechos recogidos en la presente cláusula, así como de recabar el consentimiento previo de esos titulares respecto su tratamiento para los fines anteriormente expuestos.

El Tomador/Asegurado reconoce ser informado de que podrá acceder, rectificar, cancelar y oponerse al contenido de sus datos en dicho fichero en los términos establecidos en los artículos 15 a 17 de la citada Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, y 27 a 35 de su Reglamento de desarrollo, aprobado por Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre (BOE Nº 17 17/01/2008) en su domicilio social, sito en la Plaza de las Cortes, 8 - 28014 de Madrid, ante el Responsable del fichero, que es la propia Entidad Aseguradora, PLUS ULTRA Seguros.

19. CONSULTAS O GESTIONES RELATIVAS A SU PÓLIZA

Si Usted lo desea podrá realizar cualquier consulta o gestión relativa a su póliza a través de:

- La Sucursal INTERNET, www.plusultra.es, de Plus Ultra Seguros, donde directamente a través de su ordenador, desde su domicilio o lugar de trabajo, sin horarios ni esperas, podrá los 365 días del año, consultar sus pólizas, declarar siniestros, solicitar la documentación que necesite, etc..., y todo ello, simplemente mediante la contraseña y número de usuario que se le asigna, la cual consta en la portada del presente documento. Asimismo, nos congratulamos de informarle que nuestra oferta de servicios se encuentra en continuo crecimiento y muy pronto se verá ampliada con servicios de índole diversa, que serán muy interesantes para usted, y de los cuales será puntualmente informado a través de la Sucursal INTERNET.
- Su Agente o Corredor de Seguros.
- La Sucursal de Plus Ultra Seguros de su demarcación.
- Llamando al 902 25 10 25, Servicio de Atención al Cliente 24h.

III.- CONDICIONES ESPECIALES

1. DEFINICIONES

Asegurado: La persona titular del interés cuyo riesgo es objeto de cobertura y al que corresponden los derechos que derivan del contrato. Si es persona distinta al Tomador del seguro, le corresponderán las obligaciones y deberes que derivan del contrato que por su naturaleza deban ser cumplidos por el Asegurado; no obstante, el Asegurador no podrá rechazar el cumplimiento por parte del Asegurado de las obligaciones y deberes que correspondan al Tomador del seguro.

Asegurador: PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD UNIPERSONAL (en adelante, el Asegurador o Plus Ultra Seguros), entidad emisora de esta póliza que en su condición de Asegurador y mediante el cobro de la prima, asume la cobertura de los riesgos objeto de este contrato con arreglo a las condiciones de la póliza.

PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS, SOCIEDAD UNIPERSONAL, está domiciliada en España (plaza de las Cortes, 8 – 28014 Madrid) y sometida al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Competitividad.

Asistencia médica extra hospitalaria: Es la prestada sin pernoctación en una clínica u hospital y la prestada en consultorios médicos o en el domicilio del Asegurado.

Accidente: La lesión corporal que deriva de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Accidente de trabajo y enfermedad profesional: Toda alteración del estado de salud que se derive o sea consecuencia de la realización de una actividad laboral y que tenga tal consideración conforme a la normativa legal vigente.

Acto médicamente necesario: Todo procedimiento asistencial, consulta, medio de diagnóstico o de tratamiento, aceptado como resolutivo por el común de los médicos de España y que carezca de alternativa resolutiva más eficiente. El hecho de que un procedimiento asistencial, consulta, medio de diagnóstico o de tratamiento sea prescrito u ordenado por un médico, no implica en sí, que sea médicamente necesario.

Cuadro o cuadro médico: Conjunto de médicos y facultativos concertados por el Asegurador y que éste pone a disposición del Asegurado para atender las coberturas detalladas y delimitadas en las coberturas contratadas por esta póliza.

Deportes extremos o alto riesgo: Aquellos deportes o actividades de ocio con algún componente deportivo que, por su real o aparente peligrosidad, o por las condiciones difíciles o extremas en las que se practican, se consideran bajo este término.

Enfermedad: Alteración del estado de salud, confirmada por un médico legalmente reconocido y que precise de asistencia facultativa.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Enfermedad congénita: Es aquella que existe en el momento del nacimiento como consecuencia de factores hereditarios o afecciones adquiridas durante la gestación. Una afección congénita puede manifestarse y ser reconocida inmediatamente después del nacimiento, o bien ser descubierta más tarde, en cualquier período de la vida de la persona.

Gastos razonables y usuales: El importe a pagar por el Asegurador por las prestaciones sanitarias al amparo del presente seguro se ha de encontrar en el rango de lo acostumbrado y razonable para el lugar y los medios con los que se presta.

Hospital: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de medios para efectuar diagnósticos o intervenciones quirúrgicas.

A efectos de la póliza no se considerarán hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al hospedaje de enfermos crónicos e instituciones similares.

Hospitalización: Período de tiempo, medido en estancias, que permanece ingresado un paciente en régimen cerrado; esto es, que permanezca en el hospital, pernocte y haga las comidas principales en el centro hospitalario, siempre que dicho ingreso sea prescrito por un médico del Asegurador y sea médicamente necesario.

Hospitalización a domicilio: Conjunto de tratamientos y cuidados sanitarios proporcionados en el domicilio de una complejidad, intensidad y duración comparables a las que recibiría ese mismo paciente en el hospital convencional.

Intervención quirúrgica: Es la operación con fines diagnósticos o terapéuticos, realizada mediante incisión u otro sistema de abordaje interno, efectuada por un cirujano en un centro autorizado (hospitalario o extrahospitalario) y que requiere normalmente la utilización de una sala de operaciones.

Lesión: Todo cambio patológico que se produce en un tejido o en un órgano sano y que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.

Material de osteosíntesis: Piezas o elementos metálicos o de cualquier naturaleza empleados para la unión de los extremos de un hueso fracturado, o para la fijación de una articulación.

Material ortopédico: Piezas anatómicas o elementos de cualquier naturaleza utilizados para prevenir o corregir las deformidades del cuerpo.

Médico: Doctor o Licenciado en Medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que origina algunas de las coberturas contenidas en la póliza.

Médico/Cirujano consultor: Facultativo perteneciente al Cuadro Médico específicamente designado para atender casos especiales a petición razonada de un médico especialista del propio Cuadro Médico.

Neonato o recién nacido: Que acaba de nacer o nacido desde un periodo no mayor a 3 días.

Participación del Asegurado en el coste de los servicios: La participación del Asegurado en el coste de los servicios viene regulada a través de la cláusula del mismo nombre y hasta los límites establecidos en el Resumen de Garantías de la póliza. Esta participación también es conocida con el nombre de copago.

Período de carencia: Plazo de tiempo, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado en la póliza, durante el cual todavía no tiene vigencia alguna de las coberturas de la póliza.

Póliza: El documento o documentos en que se formaliza el contrato de seguro, conteniendo las cláusulas y pactos reguladores del mismo. Forman parte integrante e inseparable de la póliza estas Condiciones Generales, las Particulares o Esenciales que identifican los elementos personales y las coberturas y las Especiales, si las hubiere, así como los apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas por las partes durante la vigencia del seguro y las declaraciones del tomador en el momento de la contratación.

Preexistencia: Toda alteración del estado de salud, no necesariamente patológico, originada con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la póliza, y que normalmente hubiese sido percibida por signos o síntomas, independientemente de que exista un diagnóstico médico que la determine; así como cualquier enfermedad, defecto, deformidad o situación médico-quirúrgica que pueda derivarse de aquella alteración.

Asimismo se considera preexistencia cualquier otra circunstancia o circunstancias, relativas al estado de salud, que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que de haber sido conocidas por el Asegurador, en el momento de la perfección del contrato, éste no se hubiera celebrado o se habría concluido en condiciones más gravosas.

Prestación: Es la asistencia sanitaria que se deriva del tratamiento de un siniestro. Se entiende por asistencia el acto de atender o cuidar la salud de una persona.

Prima: El precio del seguro. La prima es única, anual y pagadera por adelantado. No obstante podrá pactarse su pago fraccionado. El recibo contendrá además los recargos y tributos legalmente repercutibles.

Proceso médico: Es el conjunto de atenciones sanitarias que comprende el diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o lesión, incluidas la hospitalización y rehabilitación del paciente, en su caso, hasta su alta definitiva.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

De este modo todos los servicios que se presten como consecuencia de una misma causa se encuadran dentro del mismo proceso, aunque su sintomatología presente remisiones temporales o fases de mejoría, con independencia de su duración.

Prótesis: Todo elemento que tiene por objeto reemplazar temporal o permanentemente la falta de un órgano o parte de él, y es de naturaleza artificial (total o parcial).

Siniestro: Todo hecho cuyas consecuencias están cubiertas por alguna de las coberturas de la póliza.

Tomador del seguro: La persona que contrata este seguro por cuenta propia o ajena y que asume las obligaciones y los deberes que derivan del contrato, salvo aquéllos que por su naturaleza deban ser cumplidos por el Asegurado.

Trasplante: Aplicación de tejidos a una parte del cuerpo tomados de otra parte del mismo cuerpo o de otro.

Unidad familiar de convivencia: Conjunto de personas que conviven en el domicilio designado como residencia habitual en los Elementos Esenciales del Contrato y entre las que haya establecidos cualquier lazo de consanguinidad o afinidad.

Urgencia Vital: Situación aguda que requiere atención médica inmediata por encontrarse comprometida la vida del Asegurado de forma inminente. Una enfermedad grave no necesariamente supondrá una urgencia vital.

2. OBJETO DEL SEGURO

- 2.1. El Asegurador garantiza la asistencia sanitaria y demás servicios pactados en el Resumen de Garantías de la póliza, dentro del territorio nacional y prestada por el Cuadro Médico que el Asegurador pone a disposición del Asegurado, cuando el Asegurado sufra una enfermedad o accidente de carácter común, ambos cubiertos por la misma y siempre que los primeros signos o síntomas se produzcan una vez hayan transcurrido los periodos de carencia exigidos en aquellas coberturas que los contemplan.
- 2.2. En todo caso, según dispone el Artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la póliza.
- 2.3. **La Asistencia Sanitaria será prestada por parte del Cuadro Médico, conforme a las coberturas contratadas, exclusivamente en España y en las localidades donde existan Servicios Médicos concertados.**
- 2.4. Las coberturas que el Tomador del seguro contrata, de común acuerdo con el Asegurador son las siguientes:
 - Asistencia Sanitaria:
 - ✓ Medicina primaria
 - ✓ Asistencia sanitaria de urgencia
 - ✓ Especialidades médicas y quirúrgicas
 - ✓ Hospitalización
 - ✓ Medios de diagnóstico
 - ✓ Tratamientos especiales
 - ✓ Medicina preventiva
 - ✓ Otros servicios
 - ✓ Asistencia obstétrica y al neonato
 - ✓ Tratamientos concertados con coste para el Asegurado
 - Segunda opinión médica
 - Asistencia en viaje en el extranjero
 - Orientación médica telefónica
 - Tratamientos de cuidado personal
 - Salud dental
- 2.5. **El Asegurador se reserva el derecho, previa comunicación al Tomador del seguro, a cancelar la presente garantía, haciendo coincidir dicha cancelación con la próxima renovación del seguro.**

3. DELIMITACIÓN Y ALCANCE DE LAS COBERTURAS DEL SEGURO DE ASISTENCIA SANITARIA

El Asegurador toma a su cargo el aseguramiento de las coberturas que a continuación se indican en las condiciones que en cada caso se establecen y en tanto en cuanto **su inclusión figure expresamente recogida en el Resumen de Garantías.**

3.1. MEDICINA PRIMARIA:

El Asegurador garantiza la asistencia sanitaria relacionada con la **MEDICINA PRIMARIA** en los términos siguientes:

3.1.1. Medicina General

La Medicina General comprende la asistencia médica en consultorio, prescripción y realización a partir de la misma de las pruebas y medios de diagnósticos básicos (analítica y radiología general), y a domicilio en los mismos términos cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, el mismo se encuentre impedido para trasladarse al consultorio del médico, siempre y cuando el Asegurador disponga de servicios concertados al efecto.

3.1.2. Pediatría y Puericultura

La Pediatría y Puericultura comprenden la asistencia médica de niños hasta cumplir los 14 años de edad en consultorio, prescripción y realización a partir de la misma de las pruebas y medios de diagnósticos básicos (analítica y radiología generales), y a domicilio en los mismos términos **cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, el mismo se encuentre impedido para trasladarse al consultorio médico, siempre y cuando el Asegurador disponga de servicios concertados al efecto.**

Esta cobertura igualmente incluye el reembolso de los honorarios facturados por un pediatra ajeno a la red de servicios médicos concertados y abonados por el Asegurado, **según los límites establecidos en el Resumen de Garantías** de la póliza.

3.2. ASISTENCIA SANITARIA DE URGENCIA:

El Asegurador garantiza al Asegurado un servicio permanente de asistencia sanitaria de urgencia que se prestará en los centros de URGENCIA que indica el Cuadro Médico.

Si el caso lo requiere a criterio del médico del Asegurador, la asistencia de urgencia se hará a domicilio por los servicios permanentes de guardia del mismo.

3.3. ESPECIALIDADES MÉDICAS Y QUIRÚRGICAS:

El Asegurador garantiza al Asegurado los honorarios profesionales de la asistencia médica en régimen ambulatorio o ingreso hospitalario, según proceda de acuerdo al criterio médico del facultativo del Cuadro, en cada una de las ESPECIALIDADES MEDICAS que a continuación se señalan y en los términos previstos en las mismas.

3.3.1. **Alergología e Inmunología.** La medicación y autovacunas serán por cuenta del Asegurado.

3.3.2. **Anestesiología y Reanimación.**

3.3.3. **Angiología y Cirugía Vascul.**

3.3.4. **Aparato Circulatorio. Cardiología.**

3.3.5. **Aparato Digestivo.**

3.3.6. **Aparato Respiratorio. Neumología.**

3.3.7. **Cirugía Ano-Rectal. Proctología.**

3.3.8. **Cirugía Cardíaca.**

3.3.9. **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**

3.3.10. **Cirugía de la Mama.**

3.3.11. **Cirugía Maxilofacial.**

3.3.12. **Cirugía Pediátrica.**

3.3.13. **Cirugía Plástica y Reparadora**

No se incluye la cirugía estética, salvo la reconstrucción de la mama como consecuencia de una extirpación parcial o total de la misma, siempre que esté motivada por una patología orgánica.

3.3.14. **Cirugía Torácica.**

3.3.15. **Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología.**

3.3.16. **Endocrinología y Nutrición**

No se garantizan los tratamientos en los que no exista patología orgánica subyacente. No se cubre el tratamiento de la obesidad exógena, la educación dietética y diabetológica.

3.3.17. **Geriatría.**

3.3.18. **Ginecología**

Asistencia médica en régimen ambulatorio o de ingreso hospitalario de la patología propia de la mujer. **Queda excluida de esta garantía la asistencia derivada del embarazo, parto o puerperio normal y/o patológico, cuya cobertura viene especificada en el apartado 3.9.- "ASISTENCIA OBSTETRICA Y AL NEONATO.", por lo que se estará a lo dispuesto en el mismo.**

Esta cobertura igualmente incluye el reembolso de los honorarios por consultas facturados por un ginecólogo ajeno a la red de servicios médicos concertados y abonados por el Asegurado, **según los límites establecidos en el Resumen de Garantías** de la póliza.

3.3.19. **Hematología y Hemoterapia.**

3.3.20. **Medicina Interna.**

3.3.21. **Medicina Nuclear.**

3.3.22. **Nefrología.**

3.3.23. **Neurocirugía.**

3.3.24. **Neurofisiología.**

3.3.25. **Neurología.**

3.3.26. **Oftalmología**

Incluida la cirugía convencional oftálmica, la cirugía correctora de la miopía **exclusivamente con vía de abordaje quirúrgica**, la cirugía de la catarata incluida la facoemulsión, la fotocoagulación con láser y el trasplante de córnea. **La gestión para obtención de la córnea a trasplantar no será a cargo del Asegurador, sino que será realizada por el centro sanitario implantador, que deberá estar debidamente autorizado para la práctica de este trasplante por el órgano competente de la correspondiente Comunidad Autónoma.**

Las prótesis externas, tales como gafas y lentillas, serán a cargo del Asegurado.

3.3.27. **Oncología**

Comprende el diagnóstico, la planificación y el tratamiento por médicos especialistas en Oncología de las enfermedades subsidiarias de esta especialidad.

3.3.28. **Otorrinolaringología.**

3.3.29. **Psiquiatría**

Incluye el tratamiento de enfermedades mentales y nerviosas bajo prescripción de un facultativo del Asegurador, **excluyéndose en todo caso los tratamientos o técnicas de psicoanálisis, hipnosis, sofrología, psicoterapia en sesiones individuales o de grupo, narcolepsia ambulatoria y test psicológicos.**

3.3.30. **Psicología Clínica**

Incluye la atención psicológica de carácter individual y temporal, de forma ambulatoria, prescrita por un psiquiatra perteneciente al Cuadro y cuya finalidad sea el tratamiento de procesos susceptibles de intervención psicológica, **hasta el máximo establecido en el resumen de garantías.** Será necesaria la autorización previa a su realización por parte del Asegurador.

3.3.31. **Reumatología.**

3.3.32. **Traumatología y Cirugía Ortopédica.**

3.3.33. **Urología.**

3.4. HOSPITALIZACIÓN

El Asegurador garantiza la asistencia sanitaria en régimen de HOSPITALIZACION para tratamientos médico-quirúrgicos o para la realización de exploraciones diagnósticas que no puedan realizarse en régimen ambulatorio.

La hospitalización será prescrita por un facultativo del Cuadro y deberá **ser médicamente necesaria y se hará siempre en Hospitales designados por el Asegurador.**

La hospitalización se realizará en habitación individual con cama de acompañante y servicio de aseo, salvo imposibilidad manifiesta, para todos los casos. **Por excepción, la hospitalización en UVI, la psiquiátrica y la que se realice en incubadora no contarán con cama de acompañante.**

Además de los servicios de habitación y manutención del enfermo, quedarán cubiertos los gastos de quirófano, anestesia, exploraciones complementarias, medicación, transfusiones y tratamientos especiales.

La hospitalización no contará con límite de duración para aquellos casos en que se realice por causas quirúrgicas y mientras se mantenga ésta como causa del ingreso.

El resto de la hospitalización contará con el límite máximo establecido en el Resumen de Garantías. Estos límites serán independientes para cada tipo de hospitalización.

La hospitalización incluye:

3.4.1. **Hospitalización médica**

La duración del ingreso será determinada por el médico del Cuadro encargado de la asistencia y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio.

3.4.2. **Hospitalización quirúrgica**

La duración del ingreso será determinada por el médico del Cuadro encargado de la asistencia y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio.

3.4.3. **Hospitalización en U.V.I.**

La permanencia alcanzará al período de tiempo que estime necesario el Responsable de la Unidad.

3.4.4. **Hospitalización pediátrica**

La hospitalización pediátrica por motivos de intervención quirúrgica o enfermedad médica **excluyéndose expresamente la hospitalización del recién nacido que se contempla en los términos que se especifican en el apartado 3.9.-“ASISTENCIA OBSTETRICA Y AL NEONATO”.** La duración del ingreso será determinada por el médico del Cuadro encargado de la asistencia, y alcanzará hasta que éste estime conveniente el traslado del enfermo a su domicilio.

3.4.5. **Hospitalización psiquiátrica**

Sólo para enfermos previamente diagnosticados por un médico del Cuadro especialista en procesos agudos o crónicos en período de agitación.

3.4.6. **Hospitalización a domicilio**

Si el médico del Cuadro responsable de un paciente ingresado en un hospital considerase adecuado continuar su atención mediante hospitalización a domicilio, el Asegurador proporcionará servicios de enfermería a domicilio y cuidados técnicos durante el tiempo que dicho médico prescriba hasta el alta definitiva. Dichos cuidados serán, como mínimo, las necesarias visitas de enfermería prescritas por el médico del Cuadro y la atención facultativa prestada por los servicios requeridos como continuación de la asistencia hospitalaria previa. Para que el Asegurador preste estos servicios se deben cumplir los siguientes criterios:

- Voluntariedad por parte del paciente.
- Transitoriedad de los procesos atendidos.
- Necesidad de un cuidador primario.

Queda excluida expresamente la asistencia social y hostelera, de acompañamiento del enfermo, movilización e higiene corporal, cuidado de la ropa, productos farmacéuticos, vacunas, jeringuillas, compresas o pañales de incontinencia, aparatos ortopédicos, monitorizaciones, aparatos de rehabilitación pasiva y cualquier método o aparato empleado con finalidad social.

3.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO:

El Asegurador garantiza la utilización de los medios de diagnóstico que se relacionan posteriormente.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Dichos medios de diagnóstico incluyen los exámenes conocidos, cuya eficiencia y eficacia esté científicamente demostrada a la fecha de efecto de la póliza por la técnica médica, con la instrumentación y tecnología idónea, sean o no técnicas invasivas.

Los avances técnicos que se produzcan en el futuro se incluirán, en su caso, mediante el oportuno suplemento y pago de la sobreprima, si procede.

Los medios de diagnóstico deberán ser en todos los casos previamente prescritos, por escrito, por un médico del Cuadro, y se efectuarán siempre en los servicios que el Asegurador designe y acordes a las coberturas contratadas. Serán por cuenta del Asegurado los medios de contraste que se utilicen para la realización de los medios de diagnóstico.

3.5.1. Análisis Clínicos

Microbiológicos, bioquímicos, hematológicos, inmunológicos y alérgicos, cariotipos y genotipos. **Se excluyen los análisis de tipo genético (estudios cromosómicos) salvo autorización expresa del Asegurador. Para su autorización por parte del Asegurador será obligatorio presentar informe clínico donde se exprese la indicación de dichos estudios.**

3.5.2. Diagnóstico por Imagen

Cubre las técnicas habituales como radiología general, ecografía, TAC (Tomografía Axial Computerizada, tendrá consideración de medio de diagnóstico de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste), RMN (Resonancia Magnética Nuclear, tendrá consideración de medio de diagnóstico de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste), angiografía, arteriografía digital, densitometría ósea, mamografía y servicios de radiología intervencionista o invasiva.

Coronariografía por TAC (tendrá consideración de medio de diagnóstico de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste): en pacientes con síntomas de enfermedad coronaria con prueba de isquemia no concluyente, cirugía de recambio valvular, valoración de estenosis coronaria tras intervención de By-pass y malformaciones del árbol coronario.

El PET y PET/TAC (tendrán consideración de medios de diagnóstico de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste): es objeto de cobertura exclusivamente para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el fármaco fludesoxiglucosa, dichas indicaciones son concretamente las siguientes:

➤ **Oncología:**

- ✓ Diagnóstico:
 - Caracterización del nódulo pulmonar solitario.
 - Detección del tumor de origen desconocido evidenciado, por ejemplo, por adenopatía cervical, metástasis hepáticas u óseas.
 - Caracterización de una masa pancreática.
- ✓ Estadificación:
 - Tumores de cabeza y cuello, incluyendo biopsia guiada asistida.
 - Cáncer de pulmón primario.
 - Cáncer de mama localmente avanzado.
 - Cáncer de esófago.
 - Carcinoma de páncreas.
 - Cáncer colorrectal, especialmente en las recurrencias.
 - Linfoma maligno.
 - Melanoma maligno, con Breslow mayor de 1,5 mm o metástasis en nódulos linfáticos en el diagnóstico inicial.
- ✓ Monitorización de la respuesta al tratamiento:
 - Linfoma maligno.
 - Tumores de cabeza y cuello.
- ✓ Detección en caso de sospecha razonable:
 - Gliomas con alto grado de malignidad (III o IV).
 - Tumores de cabeza y cuello.
 - Cáncer de tiroides (no medular): pacientes con incremento de los niveles séricos de tiroglobulina y rastreo corporal con yodo radiactivo negativo.
 - Cáncer de pulmón primario.
 - Cáncer de mama.
 - Carcinoma de páncreas.
 - Cáncer colorrectal.
 - Cáncer de ovario.
 - Linfoma maligno.
 - Melanoma maligno.

➤ **Neurología:** Localización de focos epileptógenos en la valoración prequirúrgica de la epilepsia temporal.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

El PET y PET/TAC se limita al máximo establecido en el Resumen de Garantías, quedando excluido su uso para el diagnóstico o estudio de cualquier otra patología no incluida expresamente en este apartado.

Queda excluida la valoración de estenosis tras implante de stent y el score cálcico, así como la coronariografía por T.A.C. salvo en casos de enfermedad coronaria con pruebas de isquemia no concluyente, cirugía de recambio vascular, valoración coronaria tras intervención de by-pass y malformaciones del árbol coronario.

3.5.3. Técnicas Especiales

Gammagrafías y Endoscopias (tendrán consideración de medio de diagnóstico de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste). **Se excluye específicamente el estudio digestivo mediante cápsula endoscópica.**

3.5.4. Anatomía Patológica

Biopsias (tendrán consideración de medio de diagnóstico de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste), y citología.

3.5.5. Diagnóstico Cardiovascular

Electrocardiograma, Ecocardiogramas, Cateterismo (tendrá consideración de medio de diagnóstico de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste), Doppler, Holter y Ergometrías.

3.5.6. Diagnóstico Neurológico.

3.5.7. Diagnóstico Ginecológico

Citologías, Laparoscopias (tendrá consideración de medio de diagnóstico de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste), y Ecografías.

3.5.8. Diagnóstico Oftalmológico

Retinografías, Fluoresceingrafías, Campimetrías, Ecografías y Tomografía de coherencia óptica (OCT).

3.6. TRATAMIENTOS ESPECIALES:

El Asegurador garantiza la asistencia sanitaria que posteriormente se señala, siempre por prescripción escrita de un facultativo del Cuadro y se efectuará **siempre en los servicios** que el Asegurador designe y de modo acorde a las coberturas contratadas.

3.6.1. Aerosolterapia, oxigenoterapia y ventiloterapia

Se realizará este servicio para las enfermedades subsidiarias de tales tratamientos, en régimen ambulatorio o domiciliario y **ante procesos agudos o reagudizaciones de procesos crónicos**, siempre que sean prescritos por un médico del Cuadro y sean médicamente necesarios.

3.6.2. Transfusiones de sangre o plasma

Será a cargo del Asegurador el acto médico de la transfusión, así como la sangre y/o plasma a transfundir dentro del centro hospitalario. **En las exanguino-transfusiones, la gestión de la obtención de la sangre a utilizar no será a cargo del Asegurador, sino que será realizada por los profesionales y centros encargados de la atención al paciente, y estará sujeta a la disponibilidad de hemoderivados en los Bancos de Sangre en función de sus ámbitos de actuación.**

El acto de la transfusión será a cargo del Asegurador. Tendrá consideración de tratamiento especial de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste.

3.6.3. Hemodiálisis y riñón artificial

Se prestará este servicio **exclusivamente**, tanto en régimen ambulatorio como de ingreso hospitalario, **en los procesos de insuficiencia renal aguda. El transporte del enfermo al centro y viceversa será a cargo del Asegurado.**

3.6.4. Isótopos radiactivos

Para el tratamiento de las dolencias que lo precisen, siendo de cuenta del Asegurador el producto utilizado. Tendrá consideración de tratamiento especial de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste.

3.6.5. Litotricia renal

Hasta el máximo establecido en el Resumen de Garantías. Tendrá consideración de tratamiento especial de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste.

3.6.6. Foniatría

Exclusivamente como rehabilitación en intervenciones mayores de la laringe y hasta el máximo establecido en el Resumen de Garantías. Se excluyen expresamente los procesos congénitos, psíquicos y de educación del lenguaje.

3.6.7. Láser

Exclusivamente la de rehabilitación músculo-esquelética y la oftálmica con excepción de la corrección por alteraciones de la refracción ocular. Los avances técnicos que se produzcan en el futuro se incluirán, en su caso, mediante el oportuno suplemento y pago de la sobreprima, si procede. **Queda excluida cualquier otra técnica diagnóstica o terapéutica que emplee láser, salvo las arriba indicadas.** Tendrá consideración de tratamiento especial de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste.

3.6.8. Quimioterapia, cobaltoterapia y acelerador lineal

En régimen ambulatorio o de internamiento hospitalario, **asumiendo el Asegurador los gastos por medicamentos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos administrados por vía parenteral, así como los medicamentos antieméticos coadyuvantes utilizados exclusivamente en la sesión de quimioterapia, que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, en las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto.** Quedan incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa utilizados en quimioterapia. Tendrán

consideración de tratamientos especiales de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste.

3.6.9. Rehabilitación y Fisioterapia

Para afecciones propias del aparato locomotor, con carácter ambulatorio, previa prescripción de un médico del Cuadro, y hasta que se haya conseguido, a juicio del médico del Cuadro, la recuperación funcional total o el máximo posible de ésta por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable o se convierta en terapia de mantenimiento u ocupacional **y hasta el máximo establecido en el Resumen de Garantías.**

Se excluyen los tratamientos de rehabilitación de carácter neurológico, la rehabilitación del suelo pélvico y los drenajes linfáticos, a excepción del drenaje linfático postcirugía oncológica de mama con afectación ganglionar, acontecida durante el curso de la vigencia de la póliza.

A efectos de participación del Asegurado en su coste se estará a lo establecido en el Resumen de Garantías de la póliza, según el modo en que se hayan facturado las sesiones a modo individual o no.

3.6.10. Tratamiento del dolor

Para enfermos terminales, tanto en régimen ambulatorio como hospitalario, quedando en este último caso limitada la estancia al periodo de tiempo que estime conveniente el médico del Cuadro que atiende la Unidad, o mientras sea médicamente necesario.

Asimismo, se cubren tratamientos del dolor específicamente indicados como medidas terapéuticas en caso de enfermedades oncológicas y neurológicas, previa prescripción de un médico del Cuadro.

Tendrá consideración de método terapéutico de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste.

3.6.11. Trasplantes

Se incluye el trasplante autólogo de médula ósea por tumores malignos de estirpe hematológica y el de córnea, **no siendo obligación del Asegurador, en ningún caso, la gestión para la obtención del órgano a trasplantar.**

3.6.12. Métodos anticonceptivos

Se incluyen, exclusivamente, la ligadura de trompas, la vasectomía y las técnicas de aplicación del D.I.U. **siendo el dispositivo por cuenta del Asegurado.** Tendrán consideración de tratamientos especiales de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste.

3.6.13. Diagnóstico de esterilidad

Se incluye únicamente el diagnóstico de la esterilidad.

Quedan excluidas, en todo caso, las técnicas de tratamiento de la esterilidad, la fecundación artificial y la fecundación "in vitro", así como el tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil.

3.6.14. Acupuntura

Solo en aparato locomotor y hasta el máximo establecido en el Resumen de Garantías.

3.6.15. Homeopatía

Únicamente consultas, no se cubre el coste de los tratamientos homeopáticos.

3.7. MEDICINA PREVENTIVA:

El Asegurador garantiza los programas de MEDICINA PREVENTIVA para la detección precoz de las enfermedades, que se efectuarán siempre en los servicios que el Asegurador designe, siendo los siguientes:

3.7.1. Prevención infantil

Comprende los actos de medicina preventiva practicados a los menores de 14 años, con una periodicidad semestral entre los 0 a 6 años y periodicidad anual entre los 7 a 14 años, si así lo recomienda el facultativo del Asegurador, y de acuerdo a las especificaciones siguientes:

- Visita médica que incluirá exclusivamente: Revisión ocular. Revisión O.R.L. Revisión aparato cardio-respiratorio. Fuerza y tono muscular. Reflejos y pares craneales. T.A. y pulso. Talla y peso. Exploración general.
- Analítica de sangre (con hemograma, glucosa y colesterol) y sistemático de orina.
- Vacunación del niño, **excluyendo el coste de la medicación.**

3.7.2. Prevención de adultos

Comprende los actos de medicina preventiva que posteriormente se señalan, dentro de los programas específicos para cada edad y sexo, y con una periodicidad anual, salvo que el facultativo del Asegurador considere plazos inferiores en función de la patología existente. La prevención de adultos consistirá en:

- **Salud ginecológica.** Incluye:
 - ✓ Anamnesis y exploración ginecológica
 - ✓ Colposcopia.
 - ✓ Citología.
 - ✓ Analítica específica.
 - ✓ Ecografía de útero y ovarios **a partir de los 40 años.**
- **Detección precoz de patología de la mama.** A partir de los 40 años o con antecedentes de cáncer de mama de primera línea. Incluye:
 - ✓ Historia clínica y exploración.
 - ✓ Mamografía.
 - ✓ Analítica específica.
 - ✓ Ecografía de mama bajo criterio médico.
- **Prevención del riesgo cardio-vascular.** Incluye:

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- ✓ Historia clínica y exploración.
- ✓ Analítica: colesterol, HDL, Glucemia y Triglicéridos.
- ✓ Electrocardiograma.
- ✓ Ergometría, si tras el cálculo del riesgo cardiovascular los valores obtenidos fueran altos respecto a los teóricos que le correspondan.
- ✓ Adicionalmente, si la valoración realizada por el facultativo lo aconseja, se realizará un ecocardiograma.

- **Detección precoz de patología de la próstata.** Incluye:
 - ✓ Historia clínica y exploración.
 - ✓ Analítica específica.
 - ✓ Ecografía urológica.

3.8. OTROS SERVICIOS:

El Asegurador garantiza los servicios que a continuación se detallan.

3.8.1. Ambulancia

Para el traslado por vía terrestre del enfermo desde su domicilio a un centro hospitalario de su provincia y viceversa, siempre que lo prescriba un médico del Asegurador porque sea médicamente necesario, la situación del paciente imposibilite la utilización de los servicios ordinarios de transporte (servicios públicos, taxi o vehículo propio) y esté ocasionado con motivo de una asistencia sanitaria cubierta por el presente contrato **y hasta el máximo establecido en el Resumen de Garantías. Quedan excluidos los traslados para recibir tratamiento de rehabilitación o para la realización de pruebas diagnósticas en régimen ambulatorio.**

La autorización del transporte sanitario no implicará, en ningún caso, que el Asegurador asuma la responsabilidad de la asistencia sanitaria prestada por el centro de origen o de destino, cuya autorización se gestionará conforme al procedimiento establecido en el apartado 4º.- **“FORMA DE PRESTAR LA ASISTENCIA SANITARIA”.**

3.8.2. Servicio de Ayudante Técnico Sanitario/Diplomado Universitario de Enfermería (A.T.S./D.U.E.)

El Servicio de A.T.S./D.U.E. comprende la asistencia en consultorio y a domicilio **cuando por motivos que dependan sólo de la enfermedad que aqueje al Asegurado, el mismo se encuentre impedido para trasladarse al consultorio**, siempre previa prescripción de un médico del Cuadro y cuando el Asegurador disponga de servicios concertados al efecto.

3.8.3. Podología

Se cubren los tratamientos de uña encarnada y de papiloma, así como los tratamientos de quiropodia **hasta el máximo establecido en el Resumen de Garantías.**

3.8.4. Prótesis

Es todo elemento, de cualquier naturaleza, que reemplaza temporal o permanentemente la ausencia de un órgano, miembro o parte de alguno de éstos. Comprende exclusivamente, previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro y realizado por los servicios que el Asegurador designe, las prótesis y material implantable expresamente indicados a continuación:

- **Oftalmología:** Lente intraocular monofocal utilizada para la cirugía de cataratas.
- **Traumatología y Cirugía Ortopédica:** Prótesis de cadera, rodilla, y de otras articulaciones; material necesario para la fijación de columna; disco intervertebral; material de interposición intervertebral (o interespinosas); material necesario para vertebroplastia-cifoplastia; material osteo-ligamentoso biológico obtenido de bancos de tejidos nacionales; material de osteosíntesis.
- **Área Cardiovascular:** Stent, by-pass periférico o coronario, medicalizado o no medicalizado, **con exclusión de los empleados en aorta en cualquiera de sus tramos y en los conductos valvulados;** válvulas cardíacas con exclusión de los conductos valvulados; marcapasos; coils y/o materiales de embolización.
- **Quimioterapia o Tratamiento del Dolor:** Reservorios.
- **Otros materiales quirúrgicos:** Mallas abdominales; sistemas de suspensión urológica; sistemas de derivación de líquido cefalorraquídeo (hidrocefalia); prótesis de mama y expansores, **exclusivamente en la mama afectada tras mastectomía radical** cubierta durante el periodo de vigencia de la póliza.

Se excluye cualquier tipo de material ortopédico, las ortesis, los fijadores externos, los materiales biológicos o sintéticos, los injertos (excepto injertos óseos), prótesis e implantes osteointegrados dentales y cocleares, prótesis de pene, escroto, expansores de piel y/o prótesis auditivas y las lentes intraoculares multifocales, así como cualquier tipo de desfibrilador, el corazón artificial y las prótesis que no están relacionadas en este apartado, siendo las prótesis excluidas a cuenta del Asegurado.

Tendrá consideración de servicio de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste.

El coste de cualquier otro tipo de prótesis, ortesis, piezas anatómicas y ortopédicas, como gafas, lentillas y prótesis auditivas, así como su colocación será por cuenta del Asegurado.

3.8.5. Injertos

Quedan incluidos exclusivamente los autoinjertos. Tendrá consideración de servicio de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste.

3.8.6. Médicos y cirujanos consultores

Serán designados por el Asegurador para casos especiales y a petición razonada de un médico especialista del Cuadro Médico.

3.8.7. Gastos farmacéuticos

La prestación incluye el reembolso de los gastos farmacéuticos extra-hospitalarios de productos genéricos dispensables con receta médica y en oficinas de farmacia abiertas al público, **según los límites establecidos en el Resumen de Garantías de la póliza.**

3.9. ASISTENCIA OBSTÉTRICA Y AL NEONATO:

El Asegurador garantiza al Asegurado la asistencia médica relacionada con el embarazo, parto y puerperio así como la atención médica al recién nacido, en régimen ambulatorio o de ingreso hospitalario según proceda, de acuerdo al criterio médico de un facultativo del Cuadro Médico y conforme a las condiciones de contratación. **Quedan excluidas, en todo caso, las técnicas de tratamiento, la fecundación artificial y la fecundación “in vitro”.**

3.9.1. Obstetricia

Asistencia sanitaria del embarazo, parto y puerperio normales o patológicos, incluyendo pruebas de diagnóstico y demás servicios que deban ser prestados o prescritos por el especialista en obstetricia.

3.9.2. Diagnóstico obstétrico

Amnioscopias (tendrá consideración de medio de diagnóstico de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste), Ecografías y Monitorizaciones.

3.9.3. Hospitalización obstétrica

Hospitalización por causa obstétrica (maternidad o ingreso causado por el embarazo y/o sus complicaciones), siendo atendida por tocólogo, auxiliado por una matrona en caso de maternidad, e incluyendo los gastos de quirófano o paritorio y anestesia, con el límite de estancias que prescriba el tocólogo.

La hospitalización se realizará en habitación individual con cama de acompañante y servicio de aseo, salvo imposibilidad manifiesta. Además de los servicios de habitación y manutención del enfermo, quedarán cubiertos las exploraciones complementarias, medicación, transfusiones y tratamientos especiales.

3.9.4. Preparación al parto

Comprende la preparación psicoprofiláctica al parto con clases prácticas y teóricas. Tendrá consideración de servicio de carácter avanzado a efectos de la participación del Asegurado en su coste.

3.9.5. Asistencia al neonato

Se cubrirán los gastos hospitalarios y médicos ocasionados por los recién nacidos, siempre y cuando la madre biológica esté dada de alta en la póliza con fecha de efecto superior o igual a 10 meses de antelación al nacimiento y los hijos recién nacidos, sean dados de alta en la entidad Aseguradora en un plazo máximo de 15 días, a contar desde la fecha de nacimiento. Estos gastos incluirán la asistencia al neonato por razón de enfermedades congénitas **exclusivamente durante el primer año de vida y hasta los límites previstos en el presente artículo.** En las pólizas de los recién nacidos que cumplan con estos requisitos, no se aplicará los periodos de carencia.

Si el alta del recién nacido se comunica con posterioridad al plazo indicado, será necesario cumplimentar el Cuestionario de Salud y el Asegurador podrá denegar la admisión. De aceptarse el nuevo Asegurado, serán aplicables a éste los periodos de carencia establecidos en el Resumen de Garantías.

Para el alta del recién nacido es imprescindible la presentación del informe del neonatólogo.

Los gastos ocasionados por la cobertura de enfermedades congénitas del neonato, en los casos anteriormente referidos, tendrán el límite máximo establecido en el Resumen de Garantías.

3.10. TRATAMIENTOS CONCERTADOS CON COSTE PARA EL ASEGURADO.

Se aplicará esta condición a los siguientes tratamientos, previa autorización, y solo en aquellos centros que el Asegurador tenga concertados a tal efecto:

- Tratamiento de hiperplasia de próstata por fotovaporización por láser (láser verde prostático).
- Radiofrecuencia ORL.
- Robot DaVinci.
- Técnicas de reproducción asistida.

4. FORMA DE PRESTAR LA ASISTENCIA SANITARIA

La asistencia sanitaria se prestará, de conformidad con lo dispuesto en la póliza, en todas las poblaciones donde el Asegurador cuente con Cuadros Médicos concertados, y de acuerdo a ellos.

No obstante, para una correcta utilización de los servicios asistenciales se deberá tener en cuenta lo siguiente:

4.1. Orientación asistencial

El Asegurador dispone de un Servicio de Orientación Asistencial cuya finalidad es facilitar al Asegurado el acceso a los distintos servicios asistenciales, informando de los procedimientos a seguir. El Asegurado podrá acceder a este servicio por vía telefónica o personándose en las oficinas que al efecto establezca el Asegurador.

4.2. Elección de un Facultativo o Centro Hospitalario

El Asegurado podrá elegir cualquiera de los Facultativos o Centros Hospitalarios que forman parte en cada uno de los Cuadros Médicos de las distintas provincias, coincidan o no con la suya de residencia. No obstante, **cuando esta elección recaiga en un facultativo cuyo ámbito territorial de actuación no incluya el domicilio del Asegurado, el Asegurador no estará obligado a prestarle la atención domiciliaria ni los gastos relacionados con el traslado.**

Cuando en cualquiera de las poblaciones donde radiquen los Cuadros médicos concertados no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, serán facilitados en la provincia donde los mismos puedan realizarse, a elección del Asegurado.

4.3. Medicina General, Pediatría y Puericultura

El Asegurado podrá elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los médicos incluidos en el Cuadro Médico que el Asegurador pone a su disposición, durante los días y horas establecidos al efecto por el facultativo.

Con independencia de lo que antecede, el Asegurador podrá proponer al Asegurado el médico general o de familia y, en su caso, el pediatra que estime más adecuado, a fin de adscribirle a ellos como responsables de la atención familiar.

De llevarse a cabo esta adscripción, el Asegurado podrá modificarla cuando lo desee con una simple comunicación al Asegurador, sin que deba aducir motivo alguno.

4.4. Visita domiciliaria

La visita domiciliaria de Medicina General de Zona, se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta por causa médica, antes de las 9:00 horas, para ser realizada en la mañana, y antes de las 16:00 horas, para efectuarse en la tarde del mismo día.

En los casos urgentes, el Asegurado deberá acudir a los servicios permanentes que tiene establecidos el Asegurador, o bien ponerse en contacto con el Servicio de Orientación Asistencial.

El Asegurador se obliga a prestar la asistencia **únicamente conforme al Cuadro Médico que pone a disposición del Asegurado y en el domicilio del Asegurado que figura en la póliza**; cualquier cambio de éste último deberá notificarse al Asegurador por medios fehacientes con una antelación mínima de ocho días al requerimiento de una prestación en él.

4.5. Autorización de servicios

La hospitalización o prestación de los servicios para los que en el Cuadro Médico así se determina, será ordenada por escrito por un médico del Cuadro, y será el Asegurado el obligado a obtener la conformidad de éste telefónicamente o personándose en las oficinas que al efecto establezca el Asegurador con una antelación de, al menos, tres días respecto a la fecha de realización de la prestación solicitada. Una vez otorgada ésta, vinculará económicamente al Asegurador.

En los casos de urgencia vital el Asegurado deberá obtener la conformidad del Asegurador, telefónicamente o personándose, por sí mismo o por alguien en su nombre, en las oficinas que al efecto establezca, dentro de las setenta y dos horas siguientes al ingreso o a la prestación del servicio asistencial. El Asegurador quedará vinculado económicamente hasta el momento en que manifieste sus reparos a la orden del médico, en caso de entender que la póliza no cubre el acto o la hospitalización.

4.6. Servicio de urgencias

Para recibir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente, según proceda, a un centro permanente de urgencia de los que el Asegurador tiene establecidos, cuya dirección y teléfono figuran en el Cuadro Médico.

En el caso de que se tratase de una urgencia vital, el Asegurado podrá consultar con el médico o centro más próximo, y el Asegurador se hará cargo del reembolso de los honorarios médicos y gastos hospitalarios incurridos, previa justificación mediante las correspondientes facturas e informe médico. Para ello será necesario que el Asegurado lo comunique al Asegurador en el plazo de las 72 horas siguientes a la prestación de dicha asistencia, con el fin de poder proceder al traslado, siempre que la situación clínica del paciente lo permita, a uno de los centros concertados por el Asegurador. Asimismo, deberá efectuar descripción por escrito del siniestro dentro del plazo máximo de 7 días, acorde al artículo 16 de la Ley de Contrato de Seguro.

Cuando la urgencia vital sea atendida en un centro del Sistema Nacional de Salud no concertado con el Asegurador, salvo que exista compromiso expreso de éste, el Asegurado será el obligado al pago a todos los efectos y para el reembolso de los gastos que proceda se seguirá el procedimiento descrito en el párrafo precedente.

4.7. Servicio a desplazados dentro del territorio nacional

El Asegurado desplazado temporalmente utilizará los servicios concertados por el Asegurador y que consten en el Cuadro Médico de la provincia en la que se encuentre desplazado. En caso de no disponer el Asegurador de Cuadro Médico en esa provincia, el Asegurado utilizará los recursos que para asistencia a desplazados figuran en el Cuadro Médico de su provincia de residencia que le entrega el Asegurador.

En todo caso el Asegurador garantiza cubrir el coste de las asistencias de carácter urgente, cuando por motivo de la urgencia el Asegurado no pueda acudir a los servicios contratados por el Asegurador, de acuerdo a lo estipulado en el párrafo segundo del apartado 4.6. Cuando las necesidades asistenciales de carácter excepcional así lo requieran, el Asegurador podrá remitir o trasladar al Asegurado a cualquier centro hospitalario para su tratamiento médico u hospitalización.

4.8. Documentos identificativos

El Asegurador entregará al Tomador del seguro la Tarjeta Sanitaria como documento identificativo del Asegurado. Al recibir los servicios que procedan, el Asegurado deberá hallarse al corriente en el pago de la prima y exhibir la Tarjeta Sanitaria, documento personal e intransferible. Asimismo estará obligado a exhibir su Documento Nacional de Identidad, si le fuera requerido.

En caso de pérdida o sustracción de la Tarjeta Sanitaria, el Tomador y/o Asegurado tienen la obligación de comunicarlo al Asegurador en el plazo de 48 horas, procediendo éste a anular la extraviada o sustraída y emitir una nueva.

4.9. Honorarios de facultativos u hospitales ajenos al Cuadro

El Asegurador no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos al Cuadro que el Asegurador pone a disposición del Asegurado, ni de los gastos de internamiento sanatorial o servicios que los mismos pudieran prescribir. De igual forma, tampoco se hará cargo de los gastos hospitalarios generados en hospitales distintos a los del Cuadro Médico. En todo caso el Asegurador garantiza las asistencias de carácter urgente, cuando por motivo de la urgencia el Asegurado no pueda acudir a los servicios contratados por el Asegurador, de acuerdo a lo estipulado en el párrafo segundo del relativo a "Servicio de urgencias".

4.10. Reembolso de honorarios de ginecólogos y pediatras ajenos al Cuadro

Para el reembolso previsto en los artículos 3.1.2 y 3.3.18 de estas Condiciones Especiales será necesaria la previa presentación de la factura original correspondiente, abonada por el Asegurado.

4.11. Reembolso de gastos farmacéuticos

Para el reembolso previsto en el artículo 3.8.7 de estas Condiciones Especiales será necesaria la previa presentación de la prescripción médica fechada y el ticket original de la farmacia donde aparezca el nombre y el precio del medicamento, abonado por el Asegurado. El producto genérico presentará el registro de farmacia y sólo podrá ser dispensable con receta médica. Los reembolsos se realizarán siempre para importes superiores a 25 euros, reservándose la Compañía el derecho a cambiar dicho importe, acumulándose los pagos de menor cantidad hasta llegar al referido importe para hacerse efectivo.

5. GARANTÍA DE SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA DE ENFERMEDADES GRAVES Y DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

5.1. ¿QUÉ ES LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA?

En el supuesto de que el Asegurado hubiese sido diagnosticado clínicamente por un médico especialista o institución médica autorizada, de padecer alguna de las enfermedades definidas en la Condición 5.4 de la presente Garantía y/o de la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica, el Asegurador conseguirá del centro con el que el Asegurado tenga concertada la prestación de la presente garantía, para su entrega al Asegurado, un Informe de Segunda Opinión Médica que confirme o no las conclusiones del primero, incluyendo, si proceden, las orientaciones y/o recomendaciones de carácter médico y psicológico que se consideren más adecuadas para el mejor tratamiento de la enfermedad diagnosticada.

Cuando a juicio del centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, la información técnica o el asesoramiento científico a su disposición no fueran suficientes para establecer una Segunda Opinión Médica concluyente y asumible con plena responsabilidad, el Asegurador podrá decidir, en su lugar, el pago al Asegurado de 450 euros, como prestación única sustitutoria, para que éste pueda obtener una Segunda Opinión Médica del especialista o entidad médica que considere oportunos.

5.2. ¿CÓMO Y DÓNDE SE REALIZARÁ LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA?

El informe médico de la Segunda Opinión Médica así como las recomendaciones, si procede, serán realizados por el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía, basándose en la información directa y asesoramiento técnico y científico obtenido a través de su cuerpo de Especialistas y/o Centros médicos de reconocido prestigio, con los cuales tenga establecidos convenios de colaboración a nivel nacional o internacional.

5.3. REQUISITOS EXIGIDOS POR LA PRESENTE GARANTÍA

Para tener derecho a acceder a la Segunda Opinión Médica indicada en la Condición 5.1, el Asegurado deberá cumplir los requisitos siguientes:

5.3.1. Solicitarlo por escrito al Asegurador, durante la vigencia de la póliza.

5.3.2. Aportar todas las exploraciones clínicas y pruebas de que disponga el Asegurado que justifican el padecimiento de alguna de las «Enfermedades Graves» descritas en el punto 5.4, y/o la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica.

5.3.3. Cuando se considere que la documentación aportada por el Asegurado no es suficiente para emitir la Segunda Opinión Médica, el Asegurado acepta hacer a su cargo la prueba o pruebas complementarias que se soliciten

en el Centro médico recomendado por éste, o en el elegido libremente por el Asegurado, con el fin de completar la información adicional, imprescindible para la emisión de la Segunda Opinión Médica.

5.4. DEFINICIÓN DE LAS ENFERMEDADES GRAVES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS CUBIERTAS POR LA PRESENTE GARANTÍA

5.4.1. Infarto de miocardio

La muerte de una parte del músculo del miocardio como resultado de un déficit de aporte sanguíneo. El diagnóstico se basa en:

- Un historial de dolor precordial típico y prolongado.
- Cambios específicos del E.C.G. (aparición de la onda Q).
- Una elevación en sangre de los valores de las enzimas musculares cardíacas.

5.4.2. Cirugía arterio-coronaria

La intervención quirúrgica a corazón abierto o mediante angioplastia para la corrección de una o más arterias coronarias, las cuales se encuentran estenosadas u obstruidas, implantando uno o varios bypass coronarios.

5.4.3. Derrame o hemorragia e infarto cerebrales

Un accidente o incidente cerebrovascular que dura más de 24 horas y produce secuelas neurológicas por la muerte del tejido cerebral causado por el déficit de aporte sanguíneo

5.4.4. Cáncer

Presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento descontrolado, invasión de tejidos y diseminación de las células malignas, comprobado mediante pruebas específicas clínicas o dictámenes anatomopatológicos.

El término Cáncer incluye las leucemias distintas a la leucemia linfocítica crónica, los linfomas, y la enfermedad de Hodgkin.

Quedan excluidos el Cáncer "in situ" no invasivo y el Cáncer de piel, salvo que se haya diagnosticado como Melanoma maligno.

5.4.5. Insuficiencia renal

El fallo fisiológico, crónico e irreversible de los riñones, a consecuencia del cual se crea una dependencia vital con la diálisis renal periódica.

5.4.6. Sida

Es una infección crónica del sistema inmune por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) que produce una destrucción progresiva de los linfocitos CD4 y ocasiona una disminución de las defensas propias del organismo, lo cual lleva a una fácil adquisición de múltiples enfermedades que debilitan al individuo hasta hacerle perecer, después de un largo período de incubación que puede durar hasta 10 o 12 años.

5.4.7. Trasplantes de órganos

Es la sustitución de un órgano vital dañado por otro, de un donante, que reemplaza su función en el organismo.

Podemos incluir el corazón, pulmones, hígado, páncreas, riñón o médula ósea en la que se debe distinguir el autotransplante (células madre del propio individuo, en las que se han eliminado las anómalas) y el heterotransplante (células madre de un donante histocompatible).

5.4.8. Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer por la cual se produce una atrofia cerebral difusa que se presenta en los periodos presenil y senil, asociada con demencia.

5.4.9. Parkinson

La enfermedad de Parkinson se caracteriza por una hipocinesia, una rigidez muscular y un temblor en reposo, ocasionado básicamente por una degeneración del sistema nigrostriado.

5.4.10. Intervenciones quirúrgicas

Cualquier tipo de intervención quirúrgica a la cual se somete el Asegurado, relacionada o no con las enfermedades graves indicadas en este punto 8.4.

5.5. DURACIÓN DE LA GARANTÍA:

La duración de esta garantía se extiende a toda la duración de la póliza, siempre que la misma esté en vigor.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

En el supuesto de que el Asegurador y el centro con el que el Asegurador tenga concertada la prestación de la presente garantía rescindieran su contrato y mientras no se restablezca la garantía de la Segunda Opinión Médica, el Asegurador se compromete, como cobertura alternativa, al pago de una prestación única sustitutoria por importe de 450 euros, por el período de duración de esta garantía, con el fin de que dicho Tomador pueda obtener una Segunda Opinión Médica del especialista o entidad médica que considere oportunos.

5.6. CANCELACIÓN DE LA GARANTÍA:

La garantía de Segunda Opinión Médica será cancelada de forma automática en los siguientes casos:

- Vencimiento de la póliza
- Anulación de la póliza
- Que se haya realizado una Segunda Opinión Médica de cada una de las enfermedades graves definidas en el punto 5.4 de esta garantía o de cinco intervenciones quirúrgicas.

6. ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTRANJERO

6.1. OBJETO DE LA COBERTURA:

Mediante este contrato, el Asegurador se compromete a prestar los servicios descritos en las garantías siguientes siempre que el Asegurado solicite los mismos a los teléfonos que aparecen en su Tarjeta.

En caso de fuerza mayor que impida realizar este aviso, deberá efectuarse inmediatamente que cese la causa que lo impida.

Establecido el contacto, el Asegurado señalará: nombre y apellidos, lugar donde se encuentra, teléfono de contacto e informará de las circunstancias del siniestro y del tipo de asistencia solicitada.

Recibida la notificación, el Asegurador dará las instrucciones necesarias con el objeto de que se preste el servicio requerido. Si el Asegurado actuase de forma contraria a las instrucciones impartidas por el Asegurador, serán de su cuenta los gastos en que incurra por dicho incumplimiento. Para reembolso de cualquier gasto será indispensable la presentación de justificantes originales.

Reembolso de gastos: En caso que el Asegurador no haya intervenido directamente y para que proceda a reembolsar al Asegurado los gastos que él mismo haya realizado de acuerdo a las coberturas de esta Póliza, será igualmente imprescindible la comunicación prevista anteriormente, y que haya obtenido previo acuerdo de pago y autorización del Asegurador y presente posteriormente los documentos originales acreditativos de los desembolsos efectuados.

6.2. DEFINICIONES:

A efectos de esta póliza de seguro se entiende por:

VALIDEZ: Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el Asegurado debe tener su domicilio y residir habitualmente en España.

En los contratos de duración anual, las garantías son válidas para todos cuantos desplazamientos efectúen las personas aseguradas en el transcurso del año, siempre que el tiempo de permanencia fuera de su residencia fija o habitual no sea superior a 90 días por viaje o desplazamiento.

DOMICILIO: A efectos de esta modalidad de asistencia en viaje, se considerará domicilio, el que se encuentre debidamente recogido en los Elementos Esenciales del Contrato de la póliza.

GASTOS DE ESTANCIA EN UN HOTEL: Estos gastos se refieren al importe del alquiler de la habitación.

EQUIPAJE: Conjunto de ropas y enseres propios para la higiene personal necesarios en el transcurso del viaje y cualquier otro tipo de objetos contenidos en el interior de la/s maleta/s.

ROBO: Sustracción de las cosas muebles ajenas con violencia o intimidación en las personas o empleando la fuerza en las cosas.

HURTO: Sustracción de las cosas muebles ajenas sin mediar violencia o intimidación en las personas ni fuerza en las cosas.

RECONOCIMIENTO DE DEUDA: Todas las cantidades pagadas por el Asegurador o el coste de los servicios prestados, a petición de los Asegurados y que en virtud de este contrato no sean a cargo del Asegurador, constituyen adelantos aceptados por los Asegurados que se obligan a reembolsarlos al Asegurador en el plazo máximo de 30 días, contados a partir del requerimiento que a este efecto les haga el Asegurador.

En estos casos y en todas aquellas otras prestaciones en las que el Asegurador adelanta un pago por cuenta de los Asegurados, ésta se reserva el derecho a solicitar del mismo un aval o garantía suficiente que lo cubra antes de iniciar la prestación del servicio.

LÍMITES GARANTIZADOS: Las cuantías económicas que figuran como límite en cada una de las prestaciones de este

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

contrato, se entienden como importes máximos anuales.

SUBROGACIÓN: El Asegurador se subroga, hasta el total del coste de los servicios prestados por él, en los derechos y acciones que hayan motivado su intervención. Cuando las prestaciones realizadas en ejecución del presente contrato sean cubiertas en todo o en parte por una entidad Aseguradora, por la Seguridad Social o por cualquier otra institución o persona, el Asegurador quedará subrogado en los derechos y acciones del Asegurado frente a la citada compañía o institución. A estos efectos el Asegurado se obliga a colaborar activamente con el Asegurador prestando cualquier ayuda u otorgando cualquier documento que se pudiera considerar necesario, sin gasto para el Asegurado.

En cualquier caso el Asegurador tendrá derecho a solicitar del Asegurado la exhibición o entrega del título de transporte (billete de tren, de avión, etc.) detentado por éste, cuando los gastos de regreso hayan corrido a cargo del Asegurador.

LEGISLACION Y JURISDICCION: El Asegurado y el Asegurador se someten a la legislación y jurisdicción española para los efectos del presente Contrato. Será juez competente para el reconocimiento de las acciones derivada del Contrato el del domicilio habitual del Asegurado.

ÁMBITO TERRITORIAL: Las garantías de esta cobertura serán válidas en todo el Mundo, excepto en España. En Andorra serán de aplicación a más de 10 kilómetros del domicilio del Asegurado. Se excluyen en todo caso, aquellos países que aún reflejado en el Grupo contratado, durante el desplazamiento se hallen en estado de guerra, insurrección o conflictos bélicos de cualquier clase o naturaleza, aun cuando no hayan sido declarados oficialmente.

6.3. GARANTIAS CUBIERTAS:

6.3.1. Garantías relativas a las personas.

6.3.1.1. Gastos médicos en el extranjero

En caso de enfermedad o accidente del Asegurado acaecido con carácter imprevisto en el transcurso de un viaje, el Asegurador garantiza durante la vigencia del Contrato y hasta el límite económico de 6.000 euros, por periodo contratado y a cada Asegurado, los gastos enumerados a continuación: -Honorarios médicos. -Medicamentos recetados por un médico o cirujano. -Gastos de hospitalización. -Gastos quirúrgicos. -Gastos de ambulancia ordenados por un médico para un trayecto local.

Las cantidades garantizadas en el extranjero y en España no son adicionales. En caso de que el Asegurador no haya intervenido directamente y para que tales gastos sean reembolsables, se deberán presentar las correspondientes facturas originales, que deberán ir acompañadas del informe médico completo, con sus antecedentes, diagnóstico y tratamiento, que permita establecer el carácter de la enfermedad.

Los gastos ocasionados serán en todo caso motivo de subrogación por el Asegurador a las percepciones que tenga derecho el Asegurado, por prestaciones de Seguridad Social o por cualquier otro régimen de previsión al que estuviera afiliado.

6.3.1.2. Prolongación de estancia en hotel por enfermedad o accidente

Cuando la naturaleza de la enfermedad o accidente imposibilite al Asegurado continuar el viaje, y no fuera necesario el ingreso en clínica o centro hospitalario, el Asegurador abonará los gastos que se deriven de la prolongación de estancia en hotel, prescrita por un médico de acuerdo con el servicio médico del Asegurador, hasta un máximo de 90 euros por día con un límite de 900 euros.

6.3.1.3. Traslado sanitario de enfermos y heridos

En caso de sufrir el Asegurado una enfermedad o accidente, durante la vigencia del contrato, que requiera atención médica, el Asegurador organizará y tomará a su cargo el transporte del Asegurado hasta el Centro Médico más próximo que disponga de las instalaciones necesarias.

En ninguno caso el Asegurador sustituirá a los organismos de socorro y urgencia ni se hará cargo de los gastos de estos servicios.

En caso de hospitalización en lugar alejado del domicilio del Asegurado, el Asegurador organizará y se hará igualmente cargo del subsiguiente traslado al domicilio o a un centro hospitalario próximo al domicilio cuando éste pueda efectuarse.

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

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

En cualquier supuesto, la decisión de realizar o no el traslado y la elección de los medios de transporte utilizados corresponden exclusivamente al equipo médico del Asegurador.

6.3.1.4. Gastos odontológicos de urgencia en el extranjero

Los gastos odontológicos considerados de urgencia, excluidos la endodoncia, reconstrucciones estéticas de tratamientos anteriores, prótesis, fundas e implantes quedan cubiertos dentro de los importes establecidos para esta garantía hasta un

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

máximo de 300 euros.

6.3.1.5. **Desplazamiento de un familiar para acompañar al Asegurado hospitalizado**

Si el Asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado en el extranjero más de diez días y ningún familiar directo se encuentra a su lado, el Asegurador pondrá un billete de avión línea regular (clase turista) o tren (primera clase) ida y vuelta o dos billetes de ida, a disposición de un acompañante con domicilio habitual en España.

6.3.1.6. **Estancia de un familiar para acompañar al Asegurado hospitalizado**

Si el Asegurado, durante el viaje, debe estar hospitalizado en el extranjero más de diez días y ningún familiar directo se encuentra a su lado, el Asegurador abonará en concepto de gastos de estancia, el alojamiento en hotel, previa presentación de las facturas correspondientes hasta un límite de 90 euros por día y hasta un máximo de 900 euros.

6.3.1.7. **Transporte o repatriación de fallecidos**

En el supuesto de fallecimiento del Asegurado, durante el transcurso de un viaje, el Asegurador asumirá los gastos de todas las gestiones burocráticas necesarias, así como el traslado o repatriación del cadáver hasta su lugar de inhumación en España.

Igualmente asumirá los gastos de tratamiento post-mortem y de acondicionamiento conforme a los requisitos legales, con un límite de 2.000,00 euros.

En ningún caso estarán cubiertos por el Asegurador los gastos de inhumación y de ceremonia.

6.3.1.8. **Regreso anticipado de los Asegurados acompañantes**

Cuando al Asegurado se le haya trasladado por enfermedad o accidente en aplicación de la garantía "Traslado Sanitario", o bien por fallecimiento y esta circunstancia impida al resto de los Asegurados su regreso hasta su domicilio en España por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hará cargo de los gastos correspondientes al transporte de los mismos hasta el lugar de su residencia habitual en España o hasta el lugar donde esté hospitalizado el Asegurado trasladado. Si éstos fueran menores de 15 años, el Asegurador se hará cargo de los gastos de un acompañante en las mismas circunstancias que en el punto 6.3.1.11.

6.3.1.9. **Acompañamiento de restos mortales**

De no haber quién acompañe en su traslado los restos mortales del fallecido, el Asegurador facilitará a la persona que designen los causahabientes, un billete de ida y vuelta en ferrocarril (primera clase) o avión (clase turista) para acompañar al cadáver hasta el lugar de la inhumación.

6.3.1.10. **Regreso del Asegurado en caso de defunción de un familiar**

En caso de defunción del cónyuge, padres, hijos o hermanos del Asegurado que se halle en un desplazamiento cubierto por la presente póliza, el Asegurador, comunicado el hecho, organizará y pondrá a disposición del mismo y para asistir al sepelio (en el periodo máximo de 7 días desde el fallecimiento), un billete de ida y vuelta en avión de línea regular (clase turista) o en tren, (primera clase), o dos billetes de vuelta cuando se regrese junto a un acompañante también Asegurado y hasta el lugar de inhumación en España.

6.3.1.11. **Acompañamiento de menores o disminuidos**

Si los Asegurados que viajen con hijos disminuidos o hijos menores de 15 años, han sido trasladados conforme a la garantía "Traslado Sanitario" y les surge la imposibilidad de ocuparse de ellos, el Asegurador organizará y tomará a su cargo el desplazamiento, ida y vuelta, de una persona residente en España designada por el Asegurado o su familia, o de una azafata del Asegurador, al objeto de acompañar a los niños en su regreso a su domicilio habitual en España, y en el menor tiempo posible.

6.3.1.12. **Envío de medicamentos al extranjero**

En caso de que el Asegurado necesite un medicamento que no pueda adquirirse en el lugar donde se encuentre, el Asegurador se encargará de localizarlo y enviárselo por el medio más rápido y con sujeción a la Legislación Local. El Asegurado tendrá que reembolsar al Asegurador, a la presentación de la factura, el precio del medicamento.

Quedan excluidos los casos de abandono de la fabricación del medicamento y su no disponibilidad en los canales de distribución en España.

6.3.1.13. **Transmisión de mensajes urgentes (derivados de las garantías)**

El Asegurador a través de un **servicio de 24 horas, aceptará y transmitirá mensajes urgentes de los Asegurados, siempre que éstos no dispongan de otros medios para hacerlos llegar a su destino y siempre que éstos sean consecuencia de una garantía cubierta por el contrato.**

6.3.1.14. **Envío de objetos personales en el extranjero**

El Asegurador organizará y tomará a su cargo el coste del envío de los objetos imprescindibles para el transcurso del viaje

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

y olvidados en el domicilio antes del inicio del mismo. Esta garantía se extiende igualmente al envío a domicilio de aquellos objetos olvidados durante su viaje o recuperados después de un robo durante el mismo.

El Asegurador únicamente asumirá la organización del envío, así como el coste de éste hasta un límite de 200 euros.

6.3.1.15. Anticipo por hospitalización

Cuando por accidente o enfermedad grave del Asegurado, precisara ser ingresado en un centro hospitalario, el Asegurador anticipará en efectivo una cantidad de 1.500 € de la fianza que el centro pueda demandar para proceder a la admisión del Asegurado. Dicho anticipo queda supeditado a la legislación del país desde donde se solicite.

Con objeto de garantizar el importe recibido en concepto de anticipo, el Asegurador se reserva el derecho de exigir, previamente al mismo, el que una persona o Entidad Bancaria designada por el Asegurado en España garantice fehacientemente (talón bancario, efectivo o reconocimiento de deuda) dicho anticipo.

En el caso en que se opte por un reconocimiento de deuda el Asegurado queda obligado a devolver el importe anticipado por el Asegurador dentro del plazo máximo de 3 meses a partir de su petición por parte del Asegurador.

6.3.1.16. Anticipo de efectivo en caso de accidente, robo o enfermedad grave del Asegurado en el extranjero

Si encontrándose en un país extranjero, el Asegurado necesitara de forma urgente dinero en efectivo como consecuencia de un accidente, robo de sus pertenencias o por enfermedad grave, el Asegurador facilitará al Asegurado un anticipo en efectivo hasta un límite de 3.000 €.

Dicho anticipo queda supeditado a la legislación del país desde donde se solicite.

Con objeto de garantizar el importe recibido en concepto de anticipo, el Asegurador se reserva el derecho de exigir, previamente al mismo, el que una persona o Entidad Bancaria designada por el Asegurado en España garantice fehacientemente (talón bancario, efectivo o reconocimiento de deuda) dicho anticipo.

En el caso en que se opte por un reconocimiento de deuda el Asegurado queda obligado a devolver el importe anticipado por el Asegurador dentro del plazo máximo de 3 meses a partir de su petición por parte del Asegurador.

6.3.1.17. Búsqueda y localización de equipaje

En caso de que el Asegurado sufra una demora o pérdida de su equipaje, el Asegurador le asistirá en su búsqueda y localización, asesorándole en la gestión para interponer la correspondiente denuncia. Si el equipaje es localizado, el Asegurador lo expedirá hasta el domicilio habitual del Asegurado en España, siempre que no sea necesaria la presencia del propietario para su recuperación.

6.4. EXCLUSIONES:

Quedan excluidos:

- Los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización ocurridos en España.
- Los tratamientos y gastos de enfermedades crónicas (gafas, lentillas, muletas, prótesis) así como de sus complicaciones y recaídas y los estados patológicos conocidos por el Asegurado, susceptibles de empeorar en caso de viaje.
- Las patologías tumorales y las inmunodeficiencias.
- Los estados patológicos conocidos por el Asegurado.
- Gastos médicos prescritos y/o recetados en España.
- Los procedimientos/tratamientos de fertilidad y reproducción asistida.
- Los tratamientos de tipo experimental, la homeopatía, organometría y acupuntura por citar solo algunas.
- Chequeos o exámenes médicos de carácter preventivo, excepto los derivados de la cobertura de la póliza.
- Tratamientos dietéticos y curas de adelgazamiento.
- Cuando el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico de cualquier tipo.
- Los tratamientos estéticos y todo tipo de prótesis, lentes y aparatos ortopédicos en general.
- Los partos y las complicaciones de embarazos a partir del 6º mes inclusive, así como las revisiones obstétricas periódicas y el seguimiento y control de embarazos.
- Los traslados sanitarios de enfermos o heridos originados por lesiones que puedan ser tratadas in situ.
- Los traslados de heridos o enfermos que puedan regresar a su domicilio por los medios inicialmente previstos.
- Las enfermedades mentales y las consecuencias derivadas del consumo de alcohol y/o drogas, así como las enfermedades y lesiones causadas intencionalmente por el Asegurado a sí mismo y las resultantes de acción criminal de aquel.
- Las consecuencias derivadas de la práctica de deportes de riesgo, aventura y competiciones deportivas, apuestas y concursos, así como el rescate de persona en mar, montaña o desierto.
- Los siniestros causados por accidentes de tráfico, laborales, profesionales, escolares, así como los cubiertos por el seguro obligatorio de vehículos a motor.
- Los siniestros causados por dolo del Asegurado, del Tomador del seguro, de los derechohabientes o de las personas que viajen con el Asegurado.
- Los siniestros ocurridos en caso de guerra, manifestaciones y movimientos populares, actos de terrorismo, sabotaje y huelgas, estén o no declarados oficialmente.
- Los siniestros que tengan por causa las irradiaciones procedentes de la transmutación o desintegración

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

nuclear o la radioactividad.

- **Movimientos telúricos, inundaciones, erupciones volcánicas y, en general los que procedan del desencadenamiento de las fuerzas de la naturaleza. Cualquier otro fenómeno de carácter extraordinario o acontecimiento que por su magnitud o gravedad sean calificados como catástrofe o calamidad.**

6.5. DISPOSICIONES ADICIONALES:

En los casos en que haya mediado fuerza mayor, debidamente demostrada, se procederá a reembolsar al Asegurado los gastos en que haya incurrido previa presentación de los documentos justificativos legales, dentro del límite contractual de la garantía utilizada. No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o de las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. En todo caso, si no fuera posible una intervención directa, el Asegurado será reembolsado a su regreso en España, o en caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde no concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubiese incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes.

7. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA

7.1. PRESTACIONES BÁSICAS

Mediante esta garantía el Asegurado tiene a su disposición orientación médica telefónica de atención permanente las 24 horas del día, los 365 días del año y que se extiende a toda España. Las llamadas deben efectuarse al teléfono indicado en la tarjeta que se entrega junto con la presente póliza.

El servicio no se entiende como de diagnóstico ni de prestación de asistencia sanitaria.

A través de este servicio se dará información sobre: Centros Sanitarios, Médicos generales y de urgencias, Médicos especialistas, Centros de vacunaciones, Ambulancias y Farmacias de guardia.

7.2. SERVICIO DE VIDEOLLAMADA

Alternativamente a lo indicado en el punto anterior, el Asegurado tiene a su disposición el servicio de videoconferencia o videollamada, disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

Gracias a esta tecnología, el Asegurado podrá visualizar al especialista médico en la pantalla de su teléfono para realizar su consulta médica o de asesoramiento médico/social. Para ello solo tendrá que instalar la aplicación de Plus Ultra Seguros en su Smartphone.

7.3. PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

Además de las prestaciones indicadas en el punto 1 anterior, esta garantía incluye la información que se detalla seguidamente:

- **"El especialista en casa"**, siempre que el médico generalista que atiende la llamada lo crea oportuno o bien por solicitud del propio consultante, se le pondrá en contacto con un médico especialista en la materia, previa historia clínica del médico consultor. (Pediatría, Traumatología, Cardiología, Psiquiatría, Medicina del Deporte, Neumología, Aparato Digestivo, Neurología, Oncología, etc.)
- **Asesoramiento y orientación dietética y nutricional**
 - Pautas de introducción de alimentos.
 - Orientación en dietas equilibradas, hábitos alimentarios.
 - Trastornos de la alimentación. Alergias alimentarias, etc.
 - Alimentación en el embarazo y lactancia.
 - Control de obesidad infantil.
 - Alteraciones Nutricionales: falta de apetito, deficiencias de hierro, caries dental, etc.
- **Asesoramiento y orientación médica**
 - Patologías en general (no se realizan diagnósticos ni tratamientos).
 - Consultas farmacológicas: Posologías, interacciones, incompatibilidad.
 - Consultas analíticas, vacunas, accidentes domésticos.
 - Centros sanitarios: públicos y privados. Urgencias médicas, etc.
- **Asesoramiento y orientación psicológica**
 - Depresiones, crisis de ansiedad, miedos, accidentes, decesos, separaciones, etc.
 - Infancia, adolescencia, sexología. Bullying.
 - Trastornos de la conducta.
 - Actitudes desafiantes (Síndrome del emperador, hijos tiranos).
 - Toxicomanías (drogodependencias, alcoholismo...). Adicciones.
 - Trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia).
 - Trastornos del aprendizaje, relacionales, sociabilidad. Dificultades escolares, etc.
 - Niños/as y jóvenes con discapacidad.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

➤ **Asesoramiento y orientación social**

- Información de ayudas a la familia: carné familia numerosa, pensión de orfandad, pensión de viudedad, descuentos en transportes públicos. Información sobre diversos trámites oficiales.
- Adopciones y entidades acreditadas para adopciones internacionales.
- Toxicomanías y drogodependencias: asociaciones, centros de atención.
- Disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales: asociaciones, centros de atención, logopedas.
- Residencias, centros de día, etc.
- Ayuda a domicilio privada.
- Hospitales y clínicas de larga estancia.
- Asociaciones: Parkinson, Esclerosis Múltiple, Alzheimer, Diabéticos, etc.
- Violencia de género.
- Información a la Tercera Edad, otros colectivos, etc.
- Orientación sobre inmigración: asociaciones, trámites, ayudas, etc.
- Ocio: Universidades populares, Educación permanente de adultos, Aulas de mayores, Programas de animación sociocultural, Voluntariado.
- Vacaciones 3ª edad, Balnearios, Deportes y Aficiones.

- **Orientación médica o social dirigida a discapacitados auditivos y orales.** Consulta 24 horas al día, los 365 días del año, por FAX al número 902.158.742.

8. TRATAMIENTOS DE CUIDADO PERSONAL

Esta garantía tiene por objeto permitir al Asegurado el acceso a determinados actos médicos asistenciales de cuidado personal.

Será obligación del Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales recomendados por el Asegurador. **El Asegurador no se hace responsable de los honorarios de facultativos o centros ajenos a su cuadro ni de los gastos por servicios que dichos facultativos ajenos pudieran ordenar.**

Se aplicará esta condición a los tratamientos objeto de la presente garantía, previa autorización del Asegurador y solo en aquellos centros que el Asegurador tenga concertados a tal efecto.

Los Asegurados en la póliza podrán acceder a los facultativos y/o centros concertados por el territorio nacional, de acuerdo con la tabla baremo de participación del Asegurado en el coste de los servicios.

En aquellos casos en que exista participación del Asegurado en el coste de los servicios, éste deberá abonar la participación directamente al profesional o al centro.

De existir tratamientos alternativos para un mismo proceso, la decisión la tomará el Asegurado, pero siempre de acuerdo con las coberturas y tratamientos comprendidos en la póliza y su baremo.

Los importes indicados en el Resumen de Garantías del Contrato, corresponden al año en que se contrata la póliza. Para periodos sucesivos, deberán ser consultados a través de la página web www.plusultra.es, que el Asegurador pone a disposición del Asegurado. Estos importes varían en función del centro concertado y reflejan para cada tratamiento el máximo de participación del Asegurado en el centro de mayor coste.

Para acceder a los tratamientos de cuidado personal, el Asegurado deberá llamar al Asegurador que le orientará al respecto y le concertará una cita previa con el facultativo o centro escogido para el tratamiento a realizar. Con carácter general será necesaria la previa autorización expresa del Asegurador, que la otorgará salvo que entendiéndose que se trata de un tratamiento no comprendido en el nomenclátor incluido en las Condiciones Especiales de la póliza o de una prestación no cubierta.

El coste del tratamiento deberá abonarse directamente al facultativo o centro con carácter previo a la realización del mismo, junto con la correspondiente autorización médica emitida por el Asegurador y su tarjeta asistencial para una correcta identificación.

8.1. LASER EN OFTALMOLÓGIA

Cirugía refractiva con láser oftalmológico: miopía, hipermetropía y astigmatismo mediante técnica Lasik. La cirugía refractiva es un conjunto de procedimientos quirúrgicos que modifican la anatomía del ojo, especialmente la córnea, eliminando los defectos refractivos de la miopía, hipermetropía y astigmatismo para que no sea necesario el uso de gafas o lentes de contacto.

8.2. CIRUGÍA ESTÉTICA

Incluye los tratamientos concertados descritos en el Resumen de Garantías del presente Contrato. Se incluyen también los servicios de habitación, quirófano, anestesia y cirujano.

8.3. NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA LA MEJORA DE LA SALUD

Los Asegurados en la póliza podrán acceder a los facultativos y/o centros concertados por el territorio nacional, de acuerdo con el Baremo de Precios que figura en el Resumen de Garantías.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

El Asegurado deberá abonar el coste de los servicios directamente al profesional o al centro.

8.3.1. Chequeos

- **Chequeo general:** Analítica de sangre (hemograma, bioquímica, perfil hepático, perfil lipídico, iones, hormonas tiroideas, marcadores cardíacos) y orina, radiografía de torax, ecografía abdominopélvica/renal, eco doppler TSA, electrocardiograma, prueba de esfuerzo, audiometría, consulta oftalmológica (tensión ocular, agudeza visual, motilidad ocular, biomicroscopia, paquimetría, exploración polo posterior, refracción), consulta con un especialista de medicina interna y espirometría.
- **Chequeo completo:** incluye el “**Chequeo general**” anterior, sangre (serología de hepatitis A y B, marcadores CEA y CA 125), densitometría, TAC Score Calcio, ecocardiograma, consulta otorrinolaringológica (fibrolaringoscopia), eco doppler venoso extremidades inferiores y eco doppler extremidad arterial.
 - Hombre: consulta y exploración urológica, ecografía vésico/prostática, flujometría.
 - Mujer: consulta y exploración ginecológica, citología, ecografía transvaginal, frotis vaginal, HPV DNA, ecografía mamaria y mamografía.
- **Chequeo completo plus:** incluye el “**Chequeo completo**” anterior, prueba de intolerancia alimentaria, TAC cardiaco (incluye Score Calcio), resonancia cerebral (difusión, espectroscopia, perfusión), consulta y exploración dermatológica, consulta con un especialista de aparato digestivo, colonoscopia, gastroscopia.
- **Chequeo cardiovascular:** incluye el “**Chequeo general**” anterior, TAC cardiaco (incluye Score Calcio), consulta con un cardiólogo, ecocardiograma y fibrolaringoscopia.
 - Hombre: ecografía vésico/prostática
- **Chequeo deportivo:** incluye el “**Chequeo general**” anterior, ecocardiograma, prueba de esfuerzo con gases, fibrolaringoscopia, consulta y estudio con un especialista deportivo, estudio cineantropométrico,
 - Hombre: ecografía vésico/prostática
- **Chequeo viajero:** incluye el “**Chequeo general**” anterior, analítica de sangre con perfil hepático, análisis de parásitos en heces, fibrolaringoscopia y consulta con especialista dirigida a requerimientos específicos de viajes al extranjero.
 - Hombre: ecografía vésico/prostática
 - Mujer: HPV DNA

8.3.2. Conservación de células madre

- **Conservación sangre cordón umbilical**
- **Conservación sangre y tejido cordón umbilical**

8.3.3. Medicina preventiva del cáncer y oftalmológica.

- **Diagnóstico precoz digestivo:** análisis de sangre (hemograma, VSG, urea, creatinina, GOT, GPT, GGT), radiografía de torax, consulta con especialista de aparato digestivo, colonoscopia.
- **Diagnóstico precoz ginecológico:** consulta y exploración ginecológica, citología, ecografía transvaginal, frotis vaginal, HPV ONCOTEC, ecografía mamaria y mamografía.
- **Diagnóstico precoz oftalmológico:** consulta oftalmológica, tensión ocular, agudeza visual, motilidad ocular, biomicroscopia, paquimetría, exploración polo posterior y refracción.
- **Diagnóstico precoz otorrinolaringológico:** consulta otorrinolaringológica, fibrolaringoscopia y audiometría.
- **Diagnóstico precoz pulmonar:** consulta neumológica, TAC de torax y espirometría.
- **Diagnóstico precoz urológico:** consulta y exploración urológica, análisis de sangre (PSA total/libre), ecografía abdominopélvica/renal y flujometría.

9. SALUD DENTAL

- 9.1.** El Asegurador garantiza la asistencia médica odontológica que figura en las Condiciones Particulares de la póliza, dentro del territorio nacional y prestada por el Cuadro Dental del Asegurador, cuando el Asegurado sufra una enfermedad o accidente de carácter común, ambos cubiertos por la misma y siempre que los primeros signos o síntomas se produzcan una vez hayan transcurrido los periodos de carencia exigidos en aquellas coberturas que los contemplan.
- 9.2.** El Asegurador no concederá indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria prestada por estomatólogos, odontólogos y centros que se relacionan en el Cuadro Dental puesto a disposición del Asegurado.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- 9.3.** Cuando en alguna población no exista alguno de los servicios comprendidos en el contrato, será facilitado en la localidad donde éste pueda realizarse, a elección del Asegurado, siempre que el odontólogo que realice el servicio esté incluido en el Cuadro Dental que le corresponde.

El derecho de libertad de elección de médico estomatólogo, odontólogo o del centro, supone la ausencia de responsabilidad directa, solidaria o subsidiaria del Asegurador por los actos de aquéllos, sobre los que el Asegurador no tiene capacidad de control a causa de la protección del secreto profesional, la confidencialidad de los datos sanitarios y la prohibición del intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. La modalidad de prestación es la recogida en el artículo 105 párrafo 1º Ley de Contrato de Seguro —abono de gastos sanitarios—, sin asumir directamente la prestación de los servicios que se practica por profesionales y centros cualificados. En caso de defectuosa praxis médica u hospitalaria, el Asegurado se obliga a plantear acciones exclusivamente contra los profesionales o centros intervinientes directamente en la prestación y sus respectivas aseguradoras de responsabilidad civil, con renuncia de acciones frente al Asegurador.

- 9.4.** En aquellos casos en que exista participación del Asegurado en el coste de los servicios, éste deberá abonar la participación directamente al profesional o al centro.
- 9.5.** Las prestaciones odontológicas así como los servicios dentales con franquicia objeto de cobertura por este seguro, se describen en el presente contrato. **Los importes indicados en el Resumen de Garantías del Contrato, corresponden al año en que se contrata la póliza.** Para periodos sucesivos, deberán ser consultados a través de la página web www.plusultra.es, que el Asegurador pone a disposición del Asegurado. Estos importes varían en función de la zona geográfica y reflejan para cada tratamiento el máximo de participación del Asegurado en el centro de mayor coste.

10. PLAZOS DE CARENCIA

- 10.1.** Toda cobertura pactada comenzará transcurrido, desde la toma de efecto de este contrato, el plazo de carencia que se establece a continuación:

- Seis meses para todos los medios de diagnóstico que requieran autorización.**
- Seis meses para la hospitalización e intervenciones quirúrgicas, incluidas las ambulatorias, por cualquier motivo y naturaleza, salvo en los casos de intervenciones quirúrgicas de urgencia vital.** Este periodo de carencia no será de aplicación para la garantía 8. Tratamientos de Cuidado Personal.
- Diez meses para los casos de embarazo y parto con sus correspondientes enfermedades, salvo en los casos de parto distócico de urgencia vital y parto prematuro (entendiéndose como tal que se produzca con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación), para los que no se aplicará periodo de carencia alguno.** Para el caso en que la asistencia obstétrica y al neonato sea resultado de tratamientos para superar una infertilidad el plazo para cualquier prestación, por cualquier causa, se ampliará hasta treinta y seis meses.
- Doce meses para los tratamientos de: hemodiálisis y riñón artificial, litotricia renal, laserterapia, quimioterapia, cobaltoterapia, acelerador lineal, colocación y coste de las prótesis, así como tratamientos anticonceptivos.**
- Doce meses para los servicios de medicina preventiva, salvo para la prevención infantil, en cuyo caso no será preciso que transcurra periodo de carencia alguno.** Este periodo de carencia no será de aplicación para la garantía 8. Tratamientos de Cuidado Personal.
- Veinticuatro meses para el diagnóstico de esterilidad.**

- 10.2.** Dichos plazos de carencia no serán de aplicación en caso de accidente. **Las hernias abdominales o inguinales, causadas o agravadas por accidente no se considerarán a efectos de la carencia, como consecuencia de accidente.**

- 10.3.** Para las enfermedades que se manifiesten durante el período de carencia, no corresponderá cobertura asistencial alguna.

Las consecuencias económicas derivadas de una asistencia sin cobertura por tener lugar durante el período de carencia, serán por cuenta del Asegurado.

- 10.4.** No se fija ninguna carencia para las siguientes enfermedades infecciosas: rubeola, sarampión, varicela, escarlatina, difteria, paperas, tosferina, parálisis infantil, meningitis, disentería, paratífus, tífus, tífus petequial, cólera, viruela, fiebre intermitente, fiebre recidivante, carbunco, erisipela y malaria.

11. RIESGOS EXCLUIDOS

Además de las exclusiones temporales establecidas en los plazos de carencia del apartado 10 de estas Condiciones Especiales, quedan excluidos:

- 11.1.** La asistencia sanitaria derivada de las enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes, a consecuencia de accidentes o enfermedades, ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza, los procesos en curso al momento de la formalización de la póliza, y/o la asistencia sanitaria derivada de las enfermedades congénitas, se hayan o no manifestado, salvo que los mismos hayan sido declarados por el Asegurado o por el Tomador del Seguro en el cuestionario de salud y hayan sido aceptados por el Asegurador.

- 11.2.** La asistencia derivada de enfermedades o lesiones ocasionadas por negligencia o imprudencia del Asegurado, intento de suicidio o causadas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo (incluida la ingestión de tóxicos,

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

narcóticos, intoxicaciones debidas al abuso del alcohol, psicofármacos o estupefacientes, etc.), y la derivada de la participación directa o indirecta del Asegurado en acciones dolosas.

- 11.3.** Las enfermedades y accidentes a consecuencia de: agresiones, alborotos, riñas, delitos, guerras civiles, internacionales o coloniales, rebeliones, revoluciones, motines, alzamientos, represiones y maniobras militares, aún en tiempo de paz y las que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como las que provengan de cataclismos, como terremotos, inundaciones, erupciones volcánicas y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos y las causadas por epidemias declaradas oficialmente.
- 11.4.** Las enfermedades y los accidentes derivados de la participación en carreras o competiciones realizadas a nivel profesional, de Federación o que comporten la posibilidad de premios en metálico y sus correspondientes pruebas o entrenamientos. Del mismo modo, se excluye la asistencia sanitaria para el tratamiento de los accidentes y sus consecuencias derivadas de la práctica de deportes extremos o de alto riesgo como: actividades aéreas, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor, hípica, parapente, puenting, barranquismo, toreo y encierro de reses bravas, deportes de aventura o cualquier otra actividad de riesgo análogo, no consistiendo lo anterior una lista cerrada.
- 11.5.** La asistencia sanitaria con motivo o relacionada con cuestiones meramente estéticas, los tratamientos capilares, dermoestéticos, los cosméticos, los relacionados con o para la transformación de sexo, las infiltraciones o tratamientos de varices con fines estéticos, las curas de adelgazamiento y cirugía de la **obesidad**, salvo el tratamiento médico de la obesidad cuando exista una patología orgánica subyacente. Esta exclusión no es de aplicación a la cobertura descrita en el apartado 8.2 "Cirugía Estética" de estas Condiciones Especiales.
- Igualmente queda excluida cualquier asistencia sanitaria o complicación que pudiera manifestarse posteriormente y esté directamente causada por haberse sometido el Asegurado a intervención, infiltración o tratamiento estético / cosmético, aunque los mismos se hayan realizado bajo la cobertura 8.2 "Cirugía Estética" de estas Condiciones Especiales.
- 11.6.** Los abortos, salvo aquellos realizados a consecuencia de accidente o enfermedad.
- 11.7.** Las estancias en asilos, residencias, balnearios y similares.
- 11.8.** Los honorarios de las personas no autorizadas para ejercer la profesión médica o sanitaria requerida en cada caso.
- 11.9.** Las consultas, pruebas y tratamientos dentales, orales y maxilares. Salvo los expresamente contemplados en el apartado 9.- "SALUD DENTAL" de estas Condiciones Especiales.
- 11.10.** Las consultas, pruebas y el tratamiento de la impotencia, de la disfunción eréctil, tratamientos de fertilidad, fertilización "in vitro" e inseminación artificial. Salvo los expresamente contemplados en el apartado 3.10.- "TRATAMIENTOS CONCERTADOS CON COSTE PARA EL ASEGURADO" de estas Condiciones Especiales.
- 11.11.** Salvo pacto en contrario, las desviaciones de tabique nasal y escoliosis, excepto las derivadas de accidente, así como el estrabismo, pies planos, pies cavos, hernias de hiato y malformaciones cardíacas.
- 11.12.** La asistencia sanitaria derivada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades y manifestaciones relacionadas con ésta.
- 11.13.** El Asegurado, o en su defecto el Tomador, será el único obligado al pago por la asistencia sanitaria que pudiera recibir en los centros integrados en el Sistema Nacional de Salud, salvo compromiso expreso del Asegurador. Le obliga a comunicarlo así a los citados centros, llegado el caso.
- 11.14.** La asistencia sanitaria ambulatoria, domiciliaria u hospitalaria meramente paliativa, siempre que existan procedimientos médicos o quirúrgicos resolutivos alternativos y la situación clínica del Asegurado permita la aplicación de estos últimos.
- 11.15.** Los trasplantes de órganos, excepto el trasplante autólogo de médula ósea por tumores malignos de estirpe hematológica y el trasplante de córnea. En este último caso, el Asegurador no se hace cargo de la córnea a trasplantar.
- 11.16.** Los análisis y otras exploraciones que sean precisos para la expedición de certificados, emisión de informes y el libramiento de cualquier tipo de documento que no tenga una clara función asistencial.
- 11.17.** Los tratamientos de diálisis y hemodiálisis en procesos crónicos, así como los tratamientos de rehabilitación o mantenimiento ocupacional.
- 11.18.** Todo lo relativo al psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia individual o de grupo, test psicológicos y narcolepsia así como las terapias expresamente excluidas en el apartado de Psicología Clínica. Asimismo, se excluye la terapia educativa tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psíquica.
- 11.19.** Los gastos correspondientes a medicamentos y productos farmacéuticos, excepto los expresamente cubiertos por la póliza.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

- 11.20.** Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, los estudios realizados con motivo de screening o detección inespecífica de patologías, incluidas las determinaciones genéticas encaminadas a detectar predisposición a padecer enfermedad propia o de su descendencia presente o futura, salvo las expresamente contemplados en el apartado 3.7.- “MEDICINA PREVENTIVA” y 8.3 “NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA LA MEJORA DE LA SALUD” de estas Condiciones Especiales.
- 11.21.** El coste de cualquier otro tipo de prótesis y su colocación (incluidas las intersomáticas vertebrales y las interespinosas), los injertos óseos, las piezas anatómicas, ortopédicas y de osteosíntesis salvo las expresamente señaladas en el Apartado 3.8.4.- “Prótesis” de estas Condiciones Especiales.
- 11.22.** Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos derivados de naturopatía, masajes, drenajes linfáticos, quiropraxis, mesoterapia, magnetoterapia, presoterapia, y otras medicinas alternativas, así como las que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. De igual forma, los tratamientos en balnearios y curas de reposo o sueño.
- 11.23.** Las consultas, medios de diagnóstico o de tratamiento así como técnicas quirúrgicas consideradas como experimentales o en proceso de investigación así como los que estén en ensayo clínico en todas sus fases o grados y su eficacia clínica no estén científicamente contrastadas y/o no hayan sido ratificadas por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias, o se hayan quedado manifiestamente superadas por otras disponibles.
- 11.24.** La asistencia sanitaria prestada en hospitales o por facultativos distintos a los que se relacionan en el Cuadro Médico puesto a disposición del Asegurado y acorde a las coberturas contratadas, salvo que sea considerada de urgencia vital. Asimismo, se excluye la asistencia sanitaria prestada en centros integrados en el Sistema Nacional de Salud que no estén concertados con el Asegurador.
- 11.25.** La medicina regenerativa, biológica, la inmunoterapia o terapia biológica, la terapia génica o genética, así como sus aplicaciones.
- 11.26.** La hospitalización por razones de tipo social o familiar así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- 11.27.** La cirugía robótica y los tratamientos que usan el láser y radiofrecuencia salvo las expresamente cubiertas por la póliza, así como las técnicas diagnósticas quirúrgicas y tratamientos médicos de nueva aparición no incluidos en la presente póliza.
- 11.28.** Los estudios para la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos, y de cualquier otra técnica genética o de biología molecular, medio diagnóstico y tratamiento mediante terapia génica con la exclusiva excepción de la obtención del cariotipo.
- 11.29.** Los gastos por uso de teléfono, televisión, pensión alimenticia del acompañante en clínica, los gastos por viaje y desplazamientos, salvo la ambulancia en los términos contemplados en la póliza, así como otros servicios no imprescindibles para la necesaria asistencia hospitalaria.
- 11.30.** Se excluye cualquier tipo de servicio relacionado con patologías no cubiertas así como complicaciones que se deriven de éstas.

RESUMEN DE GARANTIAS

Garantías	Limites máximo	Observaciones
Capital asegurado		
Capital máximo anual por asegurado en servicios concertados		Ilimitado, con los sublímites máximos descritos en el resumen de garantías.
Medicina primaria		
Ambulancia	Máximo 100 km asegurado/año	Solo con prescripción médica
Enfermería		A domicilio sólo con autorización
Medicina general		
Pediatría	Hasta los 14 años	Especialidad médica hasta los 14 años.
Urgencias		
Especialidades medicas		
Alergología		
Anestesiología y reanimación		
Aparato digestivo		
Cardiología		
Dermatología y venereología		Se excluyen tratamientos de estética.
Endocrinología		
Geriatría		
Ginecología		
Hematología		
Medicina interna		
Nefrología		
Neumología		
Neurofisiología		
Neurología		
Obstetricia		
Odontología		Consultar apartado salud dental plus
Oftalmología		
Oncología medica		
Otorrinolaringología		Se excluyen las técnicas con radiofrecuencia.
Psiquiatría		
Reumatología		
Traumatología		
Urología		

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Especialidades quirúrgicas		
Anestesiología		
Angiología. Cirugía vascular		
Cirugía cardiovascular		
Cirugía dermatológica		
Cirugía general y del aparato digestivo		
Cirugía maxilofacial		
Cirugía obstétrica y ginecológica		
Cirugía oftalmológica		Ver apartado de tratamientos concertados con coste para el asegurado.
Cirugía otorrinolaringológica y micro audiocirugía		Se excluyen las técnicas de radiofrecuencia.
Cirugía pediátrica		
Cirugía plástica y reparadora		No se cubre la cirugía estética.
Cirugía torácica		
Cirugía traumatológica		
Cirugía urológica		
Neurocirugía		
Hospitalización		
Hospitalización a domicilio		
Hospitalización en uci		
Hospitalización médica	Límite de 60 días de estancia médica por año.	Este límite se aplica de forma independiente por proceso de hospitalización
Hospitalización pediátrica		Hasta los 14 años.
Hospitalización psiquiátrica	Límite anual de 30 días	Este límite se aplica de forma independiente por proceso de hospitalización
Hospitalización quirúrgica		
Pruebas diagnósticas		
Análisis clínicos		Se excluyen los análisis de tipo Genético salvo autorización expresa del asegurador.
Anatomía patológica		
Diagnóstico de la infertilidad		
Diagnóstico por imagen		
Medicina nuclear		
Pet y pet/tac	Máximo 2 actos por asegurado y año.	Se limita el uso de esta prueba diagnóstica a las indicaciones detalladas en el contrato

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Medios terapéuticos		
Acupuntura	Máximo 20 sesiones por asegurado al año.	Sólo aparato locomotor
Aerosolterapia, oxigenoterapia y ventiloterapia		
Fisioterapia y rehabilitación	Máximo 20 sesiones por asegurado al año.	Para afecciones propias del aparato locomotor. Con el mismo límite se cubren los drenajes linfáticos postcirugía oncológica de mama con afectación ganglionar acontecida durante la vigencia de la póliza. El límite de 20 sesiones será de aplicación por asegurado, por año y para un mismo proceso.
Hemodiálisis		
Homeopatía y medicina deportiva		
Litotricia	Máximo 2 sesiones por asegurado al año.	
Logofoniatría	Máximo 20 sesiones por asegurado al año.	Excluida logopedia Exclusivamente para rehabilitación tras intervenciones quirúrgicas mayores de la laringe
Oncología clínica y radioterápica		Únicamente se cubrirán los gastos de medicamentos citostáticos (vía parenteral) legalmente comercializados en España, autorizados por el ministerio de sanidad.
Podología	Máximo 5 actos por asegurado y año.	Para consultas, tratamientos de quiropodia, uña encarnada y papilomas
Preparación al parto		
Psicología	Máximo 15 sesiones por asegurado al año.	Atención psicológica ambulatoria prescrita por un psiquiatra del cuadro
Trasplantes		Trasplante autólogo de médula ósea por tumores malignos de estirpe hematológica y el de córnea.
Tratamiento del dolor		
Medicina preventiva		
Chequeo anual ginecológico	Máximo 1 revisión al año.	
Chequeo preventivo del cáncer de próstata		Máximo 1 chequeo al año. Solo en centros concertados para este tipo de chequeos.
Chequeo preventivo del riesgo coronario		Máximo 1 chequeo al año. Solo en centros concertados para este tipo de chequeos.
Unidad del niño sano		
Prótesis		
Prótesis		
Planificación familiar		
Implantación de diu		No se cubre el dispositivo
Ligadura de trompas		
Vasectomía		

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Recién nacido		
Neonatología	Límite máximo de 6000.00 € para el primer año de vida por enfermedades congénitas.	
Reembolso de gastos		
Farmacia extra hospitalaria	Máximo de 100.00 € por año. Se reembolsará el 50% en territorio nacional y 50 % en el extranjero.	Productos genéricos dispensables con receta médica y de venta en farmacia abierta al público
Ginecología (consultas)	Máximo de 50.00 € por consulta. Máximo 3 actos por asegurado y año. Se reembolsará el 80% en territorio nacional y 80 % en el extranjero.	En centros concertados no se aplican estos límites
Pediatría (consultas)	Máximo 50.00 € por acto. Máximo 3 actos por asegurado y año. Se reembolsará el 80% en territorio nacional y 80 % en el extranjero.	Especialidad médica hasta los 14 años. En centros concertados no se aplican estos límites.
Urgencia vital		100 % en provincias sin servicios concertados. No se reembolsaran los gastos ocasionados por la asistencia recibida en centros del sistema nacional de salud.
Tratamientos concertados con coste para asegurado		
Radiofrecuencia en la especialidad de otorrinolaringología		Solo en centros concertados para esta técnica
Reproducción asistida		Solo en centros concertados para esta técnica.
Robot da vinci		Solo en centros concertados para esta técnica
Tratamiento de hiperplasia de próstata por fotovaporización por láser (laser verde)		Sólo en servicios concertados para esta técnica.
Segunda opinión médica		
Segundo diagnóstico		Informe de segundo diagnóstico para enfermedades graves e intervenciones quirúrgicas.
Asistencia internacional en viaje		
Asistencia en viaje		Ver límites en cláusula específica.
Orientación médica telefónica		
Dietética y nutricional		
Dirigida a discapacitados auditivos y orales		Exclusivamente por fax
Médica telefónica		También se puede realizar a través de video llamada.
Psicológica		
Social		
Tratamientos de cuidado personal		
Aclaraciones al ámbito de cobertura		Se prestarán a través de los centros concertados específicos para esta garantía.
Laser en oftalmología		Tratamientos de cirugía refractiva, para la corrección de la miopía, hipermetropía y astigmatismo. Consultar baremo en el tel. 902.25.10.25

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Baremo de precios		
Baremo de precios		Los importes máximos indicados de participación de coste para el asegurado corresponden a 2016. Varían en función del centro concertado y/o zona geográfica. Para más información contactar en el tel. 902.25.10.25.
Cirugía estética		
Abdominoplastia		Importe máximo 7.088€
Abdominoplastia aumento mamario		Importe máximo 9.860€
Abdominoplastia especial		Importe máximo 7.550€.
Aumento mamario		Importe máximo 5.840€
Blefaroplastia completa		Importe máximo 3.240€
Blefaroplastia superior o inferior		Importe máximo 2.160€
Bolas de bichart		Importe máximo 1.800€
Cirugía menor ambulante (verrugas, nevus, lipomas)		Importe máximo 750€
Eliminación tatuajes por zona		Importe máximo 600€
Estrechamiento del canal vaginal (vaginoplastia)		Importe máximo 2.700€
Ginecomastia		Importe máximo 4.200€
Ginecomastias con lipo (pseudoginecomastia)		Importe máximo 2.950€
Himenoplastia		Importe máximo 2.500€
Hiperhidrosis con botox		Importe máximo 450€
Lifting cervico - facial		Importe máximo 5.500€
Lifting completo		Importe máximo 11.400€
Lifting coronal		Importe máximo 3.200€
Lifting de brazos		Importe máximo 4.740€
Lifting de muslos		Importe máximo 5.600€
Lifting temporal		Importe máximo 2.200€
Lipofiling de grasa por zona		Importe máximo 1.800€
Liposucción grande		Importe máximo 4.650€
Liposucción grande + aumento mamario		Importe máximo 7.850€
Liposucción mediana		Importe máximo 4.150€
Liposucción mediana + aumento mamario		Importe máximo 7.350€
Liposucción pequeña		Importe máximo 3.550€
Liposucción pequeña + aumento mamario		Importe máximo 6.750€
Mastopexia con prótesis		Importe máximo 6.980€
Mastopexia sin prótesis		Importe máximo 5.750€
Mentoplastia con relleno		Importe máximo 3.480€
Miniabdominoplastia		Importe máximo 4.950€
Ninfoplastia de reducción		Importe máximo 2.400€
Otoplastia		Importe máximo 2.800€
Pexia de cejas		Importe máximo 1.500€
Pexia de glúteos		Importe máximo 6.850€
Pezones invertidos		Importe máximo 2.400€
Prótesis de gemelos		Importe máximo 6.500€
Prótesis de glúteos		Importe máximo 7.850€

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Prótesis de pectorales		Importe máximo 7.500€
Recambio de prótesis		Importe máximo 6.960€
Reduccion mamaria		Importe máximo 7.320€
Rino septoplastia		Importe máximo 4.800€
Rinoplastia		Importe máximo 5.040€
Secuela traumática de mama		Importe máximo 6.750€
Sutura lóbulos rasgados en consulta		Importe máximo 475€
Nuevas tecnologías para la mejora de la salud		
Chequeo cardiovascular		Importe máximo 1.000€
Chequeo completo		Importe máximo 1.520€
Chequeo completo plus		Importe máximo 3.400€
Chequeo deportivo		Importe máximo 960€
Chequeo general		Importe máximo 720€
Chequeo viajero		Importe máximo 880€
Conservación sangre cordón umbilical		Importe máximo por cordón 1.600€
Conservación sangre y tejido cordón umbilical		Importe máximo por cordón 1.850€
Diagnostico precoz digestivo		Importe máximo 632€
Diagnostico precoz ginecológico		Importe máximo 312€
Diagnostico precoz oftalmológico		Importe máximo 144€
Diagnostico precoz otorrinolaringológico		Importe máximo 144€
Diagnostico precoz pulmonar		Importe máximo 416€
Diagnostico precoz urológico		Importe máximo 232€
Salud dental plus		
Estomatología servicios dentales		Garantía dental franquiciada para los servicios odontoestomatológicos según baremo de precios máximos del año en curso. Forma de utilización y clínicas disponibles consultar en www.dentyred.es o llamando al 902 22 00 44.
Accidentes laborales y de trafico		
Cobertura para accidentes laborales y de tráfico.		El asegurado se compromete a facilitar al asegurador todo lo necesario para reclamar estos gastos a la compañía culpable si la hubiera.
Periodos de carencia de cobertura		
Diagnóstico de esterilidad	Carencia de 24 meses	
Fisioterapia y rehabilitación	Carencia de 6 meses	
Hemodiálisis	Carencia de 12 meses	Hemodiálisis y riñón artificial
Hospitalización e intervenciones quirúrgicas (incluidas las ambulatorias)	Carencia de 6 meses	Salvo casos de urgencia vital
Laserterapia	Carencia de 12 meses	Tratamientos con laser
Litotricia	Carencia de 12 meses	
Planificación familiar	Carencia de 12 meses	Tratamientos anticonceptivos cubiertos por el contrato
Programas de prevención	Carencia de 12 meses	Salvo para prevención infantil que no tiene periodo de carencia
Prótesis	Carencia de 12 meses	Colocación y coste de prótesis cubiertas según contrato
Pruebas diagnósticas que requieren autorización	Carencia de 6 meses	
Quimioterapia	Carencia de 12 meses	

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.

Radioterapia	Carencia de 12 meses	
Seguimiento de embarazo y parto	Carencia de 10 meses	Para casos de embarazo resultado de tratamientos de fertilidad, el plazo de carencia para el seguimiento del embarazo y la asistencia al parto se extiende a 36 meses.

El presente Contrato de Seguros que se le muestra tiene un carácter meramente ilustrativo, dado que incluye la totalidad de las coberturas que pueden contratarse con esta entidad en el producto ofrecido, por lo que no detentan eficacia jurídica alguna. Por ello, el solicitante/asegurado/tomador, respecto de las garantías a contratar o contratadas (cobertura real), deberá estar a lo específicamente estipulado en el Resumen de Garantías, que forman parte integrante del Contrato de Seguro y determinan la cobertura real, sus limitaciones y exclusiones, siendo igualmente requisito imprescindible que haya sido abonada la prima correspondiente a la garantía contratada, conforme se establece en el artículo 1 de la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.