

um
seguros

Condicionado Unión Premium

UNIÓN PREMIUM

Póliza de Asistencia Sanitaria

Este Contrato de Seguro comprende de forma inseparable las Condiciones Generales, que quedan formadas por las Cláusulas Jurídicas y Cláusulas Descriptivas de Cobertura, las Condiciones Particulares, las Especiales si las hubiere y los Apéndices que recojan las modificaciones de todo ello acordadas por las partes.

Índice

CLÁUSULAS JURÍDICAS (Condiciones generales)	3
1. <u>Cláusula preliminar</u>	3
2. <u>Objeto del Seguro</u>	3
3. <u>Pago de Primas</u>	3
4. <u>Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado</u>	4
5. <u>Documentación a facilitar por la Aseguradora</u>	6
6. <u>Duración del Seguro</u>	7
7. <u>Pérdida de derechos, rescisión del contrato</u>	7
8. <u>Tratamiento de datos de carácter personal</u>	8
9. <u>Estado y autoridad de control de la Aseguradora</u>	9
10. <u>Instancias de reclamación</u>	9
11. <u>Comunicaciones y jurisdicción</u>	9
12. <u>Prescripción</u>	10
13. <u>Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza</u>	10

CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE COBERTURA (Condiciones generales)	11
1. <u>Definiciones</u>	11
2. <u>Cartera de servicios con cobertura</u>	13
3. <u>Exclusiones</u>	23
4. <u>Forma de obtener la cobertura de los servicios</u>	26
5. <u>Periodos de carencia</u>	28

CLÁUSULAS JURÍDICAS (Condiciones generales)

1) Cláusula preliminar

- 1.1. La actividad aseguradora que lleva a cabo La Unión Madrileña de Seguros S.A. está sometida al control de las autoridades del Estado Español, siendo el órgano competente para ello la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía y Hacienda.
- 1.2. El presente Contrato se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1.980, de 8 de Octubre, de Contrato de Seguro (en adelante, la Ley), y por lo convenido en las Condiciones Generales, Particulares y, en su caso, Especiales del propio Contrato. Sólo serán válidas las cláusulas limitativas de los derechos de los Asegurados específicamente aceptadas por el Tomador, como pacto adicional a las Condiciones Particulares.

2) Objeto del Seguro

Dentro de los límites y condiciones estipulados en la Póliza, y mediante el pago de la Prima y franquicias que en cada caso corresponda, la Aseguradora se compromete a facilitar al Asegurado la cobertura económica de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en toda clase de enfermedades o lesiones que se encuentren comprendidas en el listado de prestaciones sanitarias referentes a las especialidades indicadas en la Cláusula 2ª (Cláusulas Descriptivas de Cobertura), asumiendo la Aseguradora su coste mediante el pago directo a los profesionales o centros concertados que hubieren realizado la prestación.

En todo caso, la Aseguradora asume la cobertura económica de la asistencia sanitaria contratada cuando se requiera en situación de urgencia y mientras dure la misma, siempre y cuando se preste en los centros concertados por la Entidad.

En el presente Seguro de Asistencia Sanitaria no podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico, en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria cubierta.

3) Pago de Primas

- 3.1. El Tomador del Seguro, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley, está obligado al pago de la Prima.
- 3.2. La primera Prima o fracción de ella, será exigible conforme a los artículos 14 y 15 de la Ley una vez firmado el Contrato; si no hubiera sido pagada por culpa del Tomador, la Aseguradora tiene derecho a resolver el Contrato o a exigir el pago de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación.

- 3.3. En caso de falta de pago de la segunda o sucesivas Primas o fracciones de ésta, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si la Aseguradora no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido conforme a las condiciones anteriores. La cobertura vuelve a tener efecto transcurridas veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la Prima. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, la Aseguradora sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.
- 3.4. El Tomador del Seguro perderá el derecho al fraccionamiento de la Prima que se hubiere convenido en caso de impago de cualquier recibo, siendo exigible desde ese momento la Prima total acordada para el periodo de Seguro que reste.
- 3.5. La Aseguradora sólo queda obligada en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados.
- El pago del importe de la Prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor no se entenderá realizado a la Aseguradora, salvo que, a cambio, el Corredor entregara al Tomador del Seguro el Recibo de Prima emitido por la Aseguradora.
- 3.6. En Condiciones Particulares se establecerá la cuenta bancaria designada por el Tomador para el pago de los recibos de Prima.
- 3.7. En caso de extinción anticipada del Contrato imputable al Tomador, o al Asegurado, la parte de Prima anual no consumida corresponderá a la Aseguradora.

4) Otras obligaciones, deberes y facultades del Tomador del Seguro y/o del Asegurado

- 4.1. El Tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:
- a) Declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario que ésta le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.

La Aseguradora podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que ésta tuviera conocimiento de cualquier reserva o inexactitud del Tomador o Asegurado. Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las Primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora haga dicha declaración, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo.

En caso de dolo o culpa grave del Tomador del Seguro, la Aseguradora quedará liberada del pago de cualquier prestación.

- b) Comunicar a la Aseguradora, durante el curso del Contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el Cuestionario de Salud del Asegurado presentado previamente, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la Aseguradora en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas. Pudiendo en estos casos la Aseguradora proponer una modificación del contrato.
- c) Comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio, en el plazo máximo de un mes.
- d) Comunicar a la Aseguradora, tan pronto le sea posible, las altas y bajas de asegurados que se produzcan durante la vigencia de la Póliza, tomando efecto las altas el día primero del mes siguiente a la aceptación por parte de la Aseguradora y las bajas el día 31 de diciembre de dicho año, procediéndose a la adaptación del importe de la Prima a la nueva situación.
- e) Si la asistencia de la madre en el parto se realiza con cargo al Seguro de la Aseguradora de la que aquella fuese Asegurada, los hijos recién nacidos serán dados de alta en la póliza de manera automática, con todos sus derechos y obligaciones, a menos que durante el embarazo sean excluidos expresamente por el Tomador.
- f) Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar a la Aseguradora, liberará a ésta de toda prestación derivada del siniestro.
- g) Cuando la asistencia prestada al Asegurado sea como consecuencia de lesiones producidas o agravadas por accidentes cubiertos por cualquier otro Seguro, o siempre que el coste de la misma deba ser satisfecho por terceros causantes o responsables de las lesiones, la Aseguradora, si hubiere cubierto la asistencia, podrá ejercitar las acciones que procedan para reintegrarse el coste que tales asistencias le hubieren supuesto. El Asegurado, o en su caso el Tomador, vendrán obligados a facilitar a la Aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.
- h) El Asegurado deberá facilitar a la Aseguradora, durante la vigencia del Contrato, cuanta documentación e información médica le sea requerida a los solos efectos de valorar la cobertura del coste de las prestaciones que solicite. Una vez sea requerida por la Aseguradora, el proceso de otorgamiento de cobertura quedará en suspenso hasta la completa obtención de la información. **La Aseguradora también podrá reclamar al Asegurado el coste de la cobertura de cualquier prestación cuya improcedencia haya quedado manifestada “a posteriori” por la información médica facilitada por el Asegurado.**

4.2. La tarjeta sanitaria personal, propiedad de la Aseguradora y que ésta entregará a cada Asegurado, es un documento de uso personal e intransferible; en caso de pérdida, sustracción o deterioro, el Tomador del Seguro y el Asegurado tienen la obligación de comunicarlo a la Aseguradora en el plazo de setenta y dos horas.

En tales casos, la Aseguradora procederá a emitir y enviar una nueva tarjeta al domicilio del Asegurado que figura en la Póliza, anulando la extraviada, sustraída o deteriorada.

Asimismo, el Tomador del Seguro y el Asegurado se obligan a devolver a la Aseguradora la tarjeta correspondiente al Asegurado que hubiere causado baja en la Póliza.

La Aseguradora no se responsabiliza de la utilización indebida o fraudulenta de la tarjeta sanitaria.

4.3. El Tomador del Seguro podrá reclamar a la Aseguradora, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre ésta y la proposición de Seguro o las cláusulas acordadas, según dispone el artículo 8 de la Ley.

5) Documentación a facilitar por la Aseguradora

Además de la cobertura económica de la prestación de la asistencia sanitaria, la Aseguradora entregará al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda según lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley. Igualmente entregará al Tomador la tarjeta sanitaria personal correspondiente a cada uno de los Asegurados incluidos en la Póliza. Dicha tarjeta, que dispondrá de una numeración única, contendrá los siguientes datos:

- Nombre y apellidos del Asegurado.
- Fecha de alta.

En el momento de suscribir la Póliza, la Aseguradora también facilitará un ejemplar del Cuadro Médico correspondiente a su provincia de residencia, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia médica y quirúrgica, del servicio permanente de asistencia ambulatoria, de los hospitales y clínicas, de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos y de los servicios de información, urgencia y asistencia ambulatoria permanente en todas las capitales de las demás provincias.

El Cuadro Médico podrá ser actualizado por la Aseguradora, mediante el alta o baja de los facultativos, profesionales, centros hospitalarios y otros establecimientos que lo integran. Será obligación del Tomador y/o Asegurado utilizar los servicios de los proveedores asistenciales que se encuentren en alta en la fecha de solicitud de la asistencia. A estos efectos, podrán solicitar en las oficinas de la Aseguradora la entrega del Cuadro Médico actualizado.

6) Duración del Seguro

El Seguro se estipula por el periodo de tiempo previsto en las Condiciones Particulares, y a su vencimiento, de conformidad con el artículo 22 de la Ley, se prorrogará tácitamente por periodos anuales.

No obstante, cualquiera de las partes podrá oponerse a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con antelación no inferior a dos meses a la fecha de la conclusión del periodo de Seguro en curso; la notificación del Tomador deberá realizarse a la Aseguradora.

Realizada la comunicación en la forma aquí establecida, el contrato expirará al finalizar el periodo pactado en las Condiciones Particulares o a la finalización del periodo anual de prórroga en que se encuentre, según el caso.

Si el Asegurado se encontrase hospitalizado, la comunicación efectuada por la Aseguradora oponiéndose a la prórroga de la Póliza no surtirá efectos respecto de dicho Asegurado, hasta la fecha en que obtuviere el alta médica hospitalaria, salvo renuncia del Asegurado a seguir el tratamiento.

7) Pérdida de derechos, rescisión del contrato

7.1. El Asegurado pierde el derecho a la cobertura de la prestación garantizada:

- a) **En caso de reserva o inexactitud al cumplimentar el Cuestionario de Salud, la Aseguradora podrá rescindir el Contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde la fecha en que éste tuviera conocimiento de la reserva o inexactitud del Tomador del Seguro o Asegurado.** Corresponderán a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento en que haga esta declaración.

Si el siniestro sobreviene antes de que la Aseguradora haga la declaración a la que se refiere el párrafo anterior, la prestación de éste se reducirá proporcionalmente a la diferencia entre la Prima convenida y la que se hubiera aplicado de haberse conocido la verdadera entidad del riesgo. **Si medió dolo o culpa grave del Tomador del Seguro o del Asegurado, la Aseguradora quedará liberada del pago de la prestación.**

- b) En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican a la Aseguradora y han actuado con mala fe (artículo 12 de la Ley).
- c) Si el siniestro cuya cobertura como riesgo se garantiza sobreviene antes de que se haya pagado la primera Prima, salvo pacto en contrario (artículo 15 de la Ley).
- d) Cuando el siniestro se hubiese causado por mala fe del Asegurado (artículo 19 de la Ley).

7.2. Si el Tomador, al solicitar el Seguro, hubiere declarado de forma inexacta el año de nacimiento de alguno o algunos Asegurados, la Aseguradora sólo podrá rescindir el Contrato si la verdadera edad de aquellos, a la fecha de entrada en vigor de la Póliza, excediere de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora. En el supuesto en que, como consecuencia de una declaración inexacta del año de nacimiento, la Prima pagada hubiese sido inferior a la que correspondería haber pagado, el Tomador vendrá obligado a abonar a la Aseguradora la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a ésta en concepto de Prima y las que, de conformidad con las tarifas, le hubiere correspondido pagar según su verdadera edad.

Si la Prima pagada hubiese sido superior a la que debería haberse abonado, la Aseguradora estará obligada a reintegrar al Tomador el importe correspondiente al exceso percibido.

8) Tratamiento de datos de carácter personal

Los datos personales del Tomador del Seguro, de los asegurados y, en su caso, de los beneficiarios incluidos en esta Póliza, así como aquellos otros, incluidos los de salud, que se obtengan durante la vigencia de la misma, serán tratados por la Aseguradora con el fin de mantener y dar cumplimiento al contrato de seguro suscrito y financiar las prestaciones sanitarias garantizadas en el mismo.

El Tomador declara que los datos personales de los asegurados incluidos en la presente póliza han sido recabados con el expreso consentimiento de los mismos, así como que se les ha informado de que la finalidad del tratamiento de sus datos es la gestión, cumplimiento y ejecución del contrato de seguro de asistencia sanitaria contratado en su interés.

El Tomador asimismo manifiesta que ha obtenido de todos los asegurados su consentimiento para que la Aseguradora incorpore, a ficheros automatizados de los que es responsable, sus datos personales, así como los datos de salud conocidos como consecuencia de siniestros, pudiendo cederlos a entidades colaboradoras (proveedores sanitarios, entidades de seguros con las que opera en régimen de reaseguro y/o coaseguro), con la única finalidad de gestionar el seguro contratado, así como, su caso, girar al Tomador el recibo correspondiente al importe de las franquicias derivado del uso por los asegurados de los servicios sanitarios cubiertos por la póliza.

La Aseguradora gestionará los datos conforme a la Ley Orgánica 15/1999, Ley 10/2010, de 28 de abril y su normativas de desarrollo.

El Tomador del Seguro y los Asegurados podrán ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación regulados por la Ley Orgánica 15/1999 en el domicilio de la Aseguradora, responsable del tratamiento, con domicilio en Madrid, Calle Viriato, nº2.

9) Estado y autoridad de control de la Aseguradora

El control de la actividad de la Aseguradora corresponde al Estado Español, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

10) Instancias de reclamación

10.1. El Tomador del Seguro, el Asegurado, o los derechohabientes de cualquiera de ellos podrán presentar quejas o reclamaciones contra aquellas prácticas de la Aseguradora que consideren abusivas o que lesionen sus derechos o intereses legalmente reconocidos derivados del contrato de Seguro.

Las quejas y reclamaciones podrán ser presentadas ante el Servicio de Atención al Cliente en cualquier oficina abierta al público de la entidad o en la dirección o direcciones de correo electrónico que tenga habilitadas para tal fin.

10.2. Asimismo los interesados podrán interponer queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

10.3. Sin perjuicio de las anteriores actuaciones y de las que procedan conforme a la normativa de seguros, los interesados en todo caso podrán ejercitar las acciones que estimen oportunas ante la jurisdicción ordinaria.

11) Comunicaciones y jurisdicción

11.1. Las comunicaciones a la Aseguradora por parte del Tomador del Seguro o del Asegurado, se realizarán en el domicilio social de ésta que figura en la Póliza, pero si se realizan a un agente representante de ella, surtirán los mismos efectos que si se hubieran realizado directamente a ésta, conforme el artículo 21 de la Ley.

Las comunicaciones de la Aseguradora al Tomador del Seguro o al Asegurado, se realizarán en el domicilio de los mismos recogido en la Póliza, salvo que hubiesen notificado el cambio de su domicilio a aquélla.

Las comunicaciones efectuadas por un corredor de seguros en nombre del Tomador, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

11.2. Será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del Contrato de Seguro el del domicilio del Asegurado.

12) Prescripción

Las acciones que se deriven de este Contrato de Seguro prescribirán a los cinco años desde el día en que pudieron ejercitarse.

13) Actualización anual de las condiciones económicas de la Póliza

La Aseguradora, anualmente, podrá:

- a) Actualizar el importe de las Primas.
- b) Actualizar el importe correspondiente al copago o participación del Asegurado en el coste de los servicios a que se refiere la Condición General 4.4. (Cláusulas Descriptivas de Cobertura).

Con independencia de las antedichas actualizaciones, en cada renovación, la Prima anual se establecerá de acuerdo con la zona geográfica correspondiente al domicilio de la prestación a que se refiere la Condición General 4.2. (Cláusulas Descriptivas de Cobertura) y la edad alcanzada por cada uno de los Asegurados, aplicando la tarifa de Primas que la Aseguradora tenga en vigor en la fecha de cada renovación. El Tomador del Seguro da su conformidad a las variaciones que, por tal motivo, se produzcan en el importe de las Primas.

Estas actualizaciones de Primas y copagos se fundamentarán en los cálculos técnicoactuariales necesarios para determinar la incidencia en el esquema financieroactuarial del Seguro, del incremento del coste de los servicios sanitarios, el aumento de la frecuencia de las prestaciones cubiertas por la Póliza, la incorporación a la cobertura garantizada de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato u otros hechos de similares consecuencias.

El Tomador del Seguro, al recibir la notificación de estas actualizaciones de Primas y/o copagos para la siguiente anualidad, podrá optar entre la prórroga del Contrato de Seguro, lo que supone la aceptación de las nuevas condiciones económicas, o poner término al mismo al vencimiento de la anualidad en curso. En este último caso, deberá oponerse a la prórroga del contrato mediante una notificación escrita al Asegurador, efectuada con un plazo de dos meses de anticipación a la conclusión del seguro.

CLÁUSULAS DESCRIPTIVAS DE COBERTURA (Condiciones generales)

1) Definiciones

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

Accidente: La lesión corporal sufrida durante la vigencia de la Póliza, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

Asegurado: La persona o personas naturales sobre las cuales se establece el Seguro. **Asegurador:** La Unión Madrileña de Seguros S.A. (en adelante la Aseguradora), entidad que asume el riesgo contractualmente pactado.

A.T.S./D.U.E.: Profesional legalmente capacitado y habilitado para desarrollar la actividad de enfermería.

Cuadro Médico: Relación editada de profesionales y establecimientos sanitarios propios o concertados por la Aseguradora en cada provincia, con su dirección, teléfono y horario. A efectos de este Seguro se consideran Cuadros Médicos de la Aseguradora tanto los de las provincias en las que ésta opera directamente como los de aquellas otras en las que lo hace mediante concierto con otras Aseguradoras. En cada Cuadro Médico provincial se relacionan, además de los profesionales y establecimientos sanitarios de la provincia, los servicios de información y teléfonos de atención al Asegurado de todo el territorio nacional. El Tomador y los Asegurados quedan informados y asumen que los profesionales y los centros que integran el Cuadro Médico actúan con plena independencia de criterio, autonomía y exclusiva responsabilidad en el ámbito de la prestación sanitaria que les es propia.

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

Copago: Importe que el Tomador debe abonar a la Aseguradora para colaborar en la cobertura económica de cada servicio sanitario utilizado por los Asegurados incluidos en su Póliza.

Dicho importe es diferente en función de las distintas clases de servicios sanitarios y/o especialidades médicas y su cuantía, que viene determinada en las Condiciones Particulares, puede ser actualizada anualmente.

Cuestionario de Salud: Declaración realizada y firmada por el Tomador y/o Asegurado antes de la formalización de la Póliza y que sirve a la Aseguradora para la valoración del riesgo que es objeto del Seguro.

Enfermedad: Toda alteración de la salud del Asegurado no causada por un accidente, diagnosticada por un Médico, que haga precisa la prestación de asistencia sanitaria y cuyas primeras manifestaciones se presenten durante la vigencia de la Póliza.

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

Enfermedad preexistente: Es la padecida por el Asegurado con anterioridad a la fecha de su efectiva incorporación (alta) en la Póliza.

Franquicia: Cantidad expresamente pactada y a cargo del Asegurado cuando se produzcan siniestros a coberturas o actos médicos afectados de cobertura parcial por parte de la Aseguradora.

Hospital o Clínica: Todo establecimiento, público o privado, legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades, lesiones o accidentes, provisto de presencia médica permanente y de los medios necesarios para efectuar diagnósticos e intervenciones quirúrgicas.

Hospitalización: Supone el registro de entrada del Asegurado como paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas.

Hospitalización de Día: Representa el que una persona figure inscrita como paciente en aquellas unidades del hospital así denominadas, tanto médicas como quirúrgicas o psiquiátricas, para recibir un tratamiento concreto o por haber estado bajo la acción de una anestesia y por un periodo inferior a 24 horas.

Implante Quirúrgico: Producto sanitario diseñado para ser implantado total o parcialmente en el cuerpo humano mediante intervención quirúrgica y destinado a permanecer allí después de dicha intervención.

Intervención Quirúrgica: Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por un cirujano y que requiere normalmente la utilización de un quirófano en un hospital.

Médico o Facultativo: Licenciado o Doctor en Medicina, legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión que padezca el asegurado.

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

Plazo o Periodo de Carencia: Intervalo de tiempo durante el cual no son efectivas algunas de las coberturas incluidas dentro de las garantías de la Póliza. Dicho plazo se computa por meses contados desde la fecha de entrada en vigor de la Póliza para cada uno de los Asegurados incluidos en ella.

Póliza: El documento o documentos que contienen las cláusulas y pactos reguladores del contrato de Seguro. Forman parte integrante e inseparable de la Póliza estas Condiciones Generales, las Particulares que identifican el riesgo y las Especiales si las hubiere, así como los Apéndices que recojan, en su caso, las modificaciones acordadas durante la vigencia del contrato.

Prestación: Consiste en la cobertura económica de la asistencia sanitaria derivada del acaecimiento del siniestro en la forma establecida en las presentes Condiciones Generales.

Prima: El precio del Seguro. El recibo de Prima incluirá, además, los recargos, impuestos y tasas legalmente repercutibles. La Prima del Seguro es anual, aunque se fraccione su pago.

Siniestro: Acontecimiento cuyas consecuencias hacen necesaria la utilización de servicios sanitarios cuyo coste se encuentra total o parcialmente cubierto por la Póliza.

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

Tomador del Seguro: Persona física o jurídica que juntamente con la Aseguradora suscribe este Contrato y con ello acepta las obligaciones que en el mismo se establecen, a cambio de las que la Aseguradora toma a su cargo, aunque alguna de ellas, por su naturaleza, deba ser cumplida por el propio Asegurado.

Urgencia: Situación del Asegurado que hace necesaria la asistencia médica con carácter inmediato a fin de evitar un daño irreparable en su salud.

2) Cartera de servicios con cobertura

Los avances diagnósticos y terapéuticos que se vayan produciendo en la ciencia médica, en el periodo de cobertura de este seguro, podrán pasar a formar parte de las coberturas de esta póliza siempre que los estudios de validación de su efectividad sean ratificados por las Agencias de Evaluación de las Tecnologías Sanitarias dependientes de los Servicios de Salud de las CC.AA. o del Ministerio de Sanidad, mediante un informe positivo.

En cada renovación de esta póliza, La Unión Madrileña de Seguros S.A., detallará las técnicas o tratamientos que pasan a formar parte de las coberturas de la póliza para el siguiente periodo.

Las especialidades, prestaciones sanitarias y otros servicios cubiertos por esta póliza son los siguientes:

2.1. MEDICINA PRIMARIA

- Medicina General. Asistencia en consulta y a domicilio.
- Pediatría y puericultura. Para niños menores de catorce años.
- Enfermería. Servicio en consulta y a domicilio. Previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora.

2.2. URGENCIAS

La Asistencia Sanitaria en casos de urgencia se prestará en los centros de urgencia que se indiquen en el Cuadro Médico de La Aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

2.3. ESPECIALIDADES

Asistencia sanitaria en consultas médicas o en régimen de hospitalización (según proceda, a criterio de un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora), en las especialidades que a continuación se citan:

- Alergología. **La medicación y las vacunas serán a cuenta del Asegurado.**
- Anestesia y reanimación. Incluida anestesia epidural.
- Angiología y cirugía vascular. Incluye el tratamiento endoluminal de varices por láser **siempre y cuando no sea por motivos estéticos**, y exclusivamente en aquellos centros específicamente concertados por la Entidad.
- Aparato digestivo. **Queda excluida la cápsula endoscópica.**
- Cardiología.
- Cirugía cardiovascular.
- Cirugía general y del aparato digestivo.
- Cirugía máxilo-facial. **Quedan excluidos los tratamientos estéticos. Asimismo queda excluida la cirugía ortognática, la cirugía preimplantacional y la cirugía preprotésica, aunque las mismas tengan finalidad funcional.**
- Cirugía Pediátrica.
- Cirugía plástica reparadora. **No se incluye la puramente 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: en este caso, **se incluye la prótesis mamaria con limitación de importe según lo recogido en el Anexo A. No se incluyen los expansores que fueran necesarios, la prótesis de la mama contralateral, ni tampoco el procedimiento D.I.E.P., corriendo esto a cargo del Asegurado**, salvo en aquellos casos que se contemplen en condicionados particulares.
- Cirugía torácica.
- Dermatología medico-quirúrgica.
- Endocrinología y nutrición. **No se incluyen los tratamientos en los que no exista patología orgánica subyacente (trastornos alimenticios).**

- Geriátría. **Excluye la asistencia por razones de índole social.**
- Hematología y hemoterapia.
- Medicina interna.
- Medicina nuclear.
- Nefrología. Incluye la litotricia endoureteral por láser. **No se incluye la nefrolitotomía percutánea mediante láser.**
- Neonatología.
- Neumología.
- Neurocirugía. **Quedan excluidos los tratamientos mediante radiocirugía estereotáxica, así como el empleo del neuronavegador y la monitorización neurofisiológica intraoperatoria.**
- Neurofisiología clínica.
- Neurología.
- Obstetricia y ginecología. Vigilancia del embarazo y asistencia a los partos. **Se excluye el tratamiento de esterilidad e infertilidad**, salvo en aquellas coberturas parciales que se contemplen en condicionados particulares.
- Odonto-estomatología. Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones, ortopantomografías, y una (1) limpieza de boca anual, así como los programas de salud dental incluidos en el complemento UNIÓN DENTAL. La Aseguradora facilitará al Asegurado el condicionado particular de UNIÓN DENTAL, en el que se detallarán los servicios incluidos así como la participación del Asegurado en el coste de los servicios.
- Oftalmología. Incluye la retinografía, la tomografía de coherencia óptica, ortóptica, y el tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad por terapia fotodinámica o inyección intravítrea de fármacos **(en este caso el coste de los fármacos utilizados correrá a cargo del Asegurado).**

En el caso de cirugía de catarata, las lentes correrán por cuenta de la Entidad en aquellos centros específicamente concertados por la Entidad y exclusivamente para aquellas referencias que la Entidad ponga a disposición de los Asegurados, **quedando el resto de lentes intraoculares a cargo del Asegurado. Las prótesis externas, tales como gafas y lentillas, serán a cargo del Asegurado.**

Queda excluida la corrección quirúrgica de la miopía, hipermetropía, astigmatismo, presbicia y cualquier otra patología refractiva ocular, salvo en aquellas coberturas

parciales que se contemplen en condicionados particulares, **así como la intervención de ptosis palpebral por motivos estéticos.**

- Oncología médica y radioterápica.
- Otorrinolaringología. Incluye la cirugía de cornetes por radiofrecuencia. **Queda excluida cualquier otra cirugía por radiofrecuencia**, salvo en aquellas coberturas parciales que se contemplen en condicionados particulares y en aquellos centros específicamente concertados por la Entidad.
- Psicología Clínica: **Con un máximo de cinco sesiones al año para psicología postquirúrgica, de veinte sesiones por año por trastornos de conducta o adaptación, o cuarenta sesiones en caso de trastornos alimentarios. Requerirá la prescripción de un especialista en psiquiatría concertado por la Aseguradora y la autorización previa de la Aseguradora. Igualmente llevará asociado un cargo progresivo de copago (consultar cuadro de copagos Póliza Unión Premium).**

Se excluye el psicoanálisis, hipnosis, test neuropsicológicos y psicométricos, sofrología, narcolepsia ambulatoria, cualquier método de asistencia psicológica no-conductual, la psicoterapia de grupo y la rehabilitación psicosocial.

- Psiquiatría.
- Rehabilitación y fisioterapia. Exclusivamente para afecciones del aparato locomotor, con carácter ambulatorio, previa prescripción de un médico especialista del Asegurador, y hasta que se haya conseguido la recuperación funcional total, 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 (no cubierta por la compañía).

Se incluye asimismo la rehabilitación de suelo pélvico en procesos quirúrgicos y post-parto **con un máximo de cuatro sesiones por anualidad**, los tratamientos de ondas de choque **con un máximo de cuatro sesiones por articulación y anualidad**, así como la rehabilitación cardiaca y respiratoria.

Quedan excluidos la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva.

Igualmente llevará asociado un cargo progresivo de copago (consultar cuadro de copagos Póliza Unión Premium).

- Reumatología.
- Traumatología y cirugía ortopédica, incluida la cirugía artroscópica. **Queda expresamente excluida la infiltración de plasma rico en plaquetas o factores de crecimiento**, salvo en aquellos casos contemplados en los condicionados particulares.

- Unidad del Dolor. Quedan cubiertos los tratamientos realizados por unidades especializadas en estas técnicas, con la limitación en cuanto a la cobertura de la medicación, que correrá a cargo del Asegurador siempre y cuando el ingreso no exceda las 24 horas. **Quedan excluidos los reservorios implantables (port-a-cath), las bombas implantables para perfusión de medicamentos, los electrodos de estimulación medular, el empleo de la radiofrecuencia, y la epiduroscopia,** salvo en aquellos casos en los que se contemple la cobertura parcial de estos servicios en condicionados particulares.
- Urología. **Se excluyen los tratamientos de esterilidad o infertilidad, así como la crioterapia y los tratamientos mediante láser de la patología prostática,** salvo en aquellas coberturas parciales que se contemplen en los condicionados particulares.

2.4. MEDICINA PREVENTIVA

Quedan incluidos los controles preventivos, adecuados a la edad del Asegurado, prescritos por un facultativo del Cuadro Médico de la Aseguradora, y realizados con medios y técnicas cubiertas por la garantía de la Póliza.

- Pediatría: incluye controles preventivos y de desarrollo infantil.
- Obstetricia y Ginecología: revisión ginecológica anual, para la prevención del cáncer de mama, endometrio y cérvix.
- Cardiología: incluye la prevención del riesgo coronario.
- Urología: revisión urológica anual para la prevención del cáncer de próstata.
- Planificación familiar: Control del tratamiento con anovulatorios, implantación de DIU y su vigilancia, **siendo por cuenta de la Asegurada el coste del dispositivo.** Ligadura de trompas y vasectomía. **Queda expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo y las reducciones embrionarias, así como los tratamientos de esterilidad o infertilidad** salvo en aquellas coberturas parciales que se contemplen en condicionados particulares.

2.5. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

- 2.5.1. Análisis Clínicos, anatomía patológica y citopatología.
- 2.5.2. Radiología general: Incluye las técnicas habituales de diagnóstico por la imagen, quedando incluida la utilización de medios de contraste.
- 2.5.3. Otros medios de diagnóstico: doppler cardiaco, electrocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, fibroendoscopia y ecografías.
- 2.5.4. Medios de diagnóstico de alta tecnología:

- Inmunohistoquímica, ergometría, holter, estudios electrofisiológicos y terapéuticos, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, polisomnografía.
- Resonancia magnética y Tomografía Axial Computarizada (TAC/escáner).
- Colonografía realizada mediante TAC (exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional).
- Coronariografía por TAC (exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis tras cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario, **no incluyendo bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación de stent, la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening**).
- PET/TAC (**Quedan incluidos exclusivamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y en las indicaciones clínicas establecidas en la ficha técnica del mismo y autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios**).
- Pruebas genéticas: Quedan cubiertas exclusivamente aquellas pruebas cuyo fin sea el diagnóstico de enfermedades en pacientes afectos y sintomáticos. Incluye también las dianas terapéuticas cuya determinación sea exigida en la ficha técnica emitida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios para la administración de algunos fármacos. **Quedan expresamente excluidos de la cobertura del Seguro, cualquier medio de diagnóstico y/o tratamiento mediante terapia génica, los estudios de farmacogenética, la determinación del mapa genético con fines predictivos o preventivos y cualquier otra técnica genética o de biología molecular.**

2.5.5. Medios de diagnóstico intervencionista: radiología intervencionista vascular y visceral y hemodinámica vascular.

Las pruebas de diagnóstico, en todos los casos, han de ser prescritas por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

Asimismo quedarán excluidas todas aquellas pruebas diagnósticas de nueva aparición en las que no quede demostrada su eficacia frente a las técnicas convencionales.

2.6. HOSPITALIZACIÓN

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital concertado por la Entidad Aseguradora: para ello será necesaria la previa prescripción de un especialista concertado y autorización escrita de ésta.

La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante **excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en U.V.I. y neonatológicas**, y serán por cuenta de la Aseguradora los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, de los tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano y medicamentos), de la medicación en planta (**quedando excluidos los fármacos definidos como inmunoterapia y terapia biológica**) y de las estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la póliza.

Se consideran fármacos definidos como inmunoterapia o terapia biológica, de manera enunciativa pero no limitativa, los agentes inmunomoduladores no específicos, los interferentes, las interleuquinas, los factores de crecimiento o estimulantes de colonias, los anticuerpos monoclonales o los agentes antisudorales antígeno específicos, las terapias con citoquinas y las vacunas.

La hospitalización no contará con límite de duración, **a excepción de la hospitalización en U.V.I./U.C.I. y de la hospitalización psiquiátrica, que contarán con un límite de 30 días por asegurado y año. Si en el transcurso de uno o varios internamientos se superara este límite establecido de 30 días, los costes del internamiento y de la medicación que precisara correrán automáticamente y a partir de dicho momento a cargo del Asegurado.**

Queda excluida la asistencia y tratamiento hospitalario por razones de tipo social.

- Hospitalización obstétrica (partos). Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la matrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario, siempre y cuando el recién nacido haya sido dado de alta en la Compañía conforme a lo indicado en el apartado e) del capítulo 4.1.
- Hospitalización quirúrgica. Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso los implantes quirúrgicos y prótesis, bajo las condiciones establecidas en los condicionados particulares.
- Hospitalización médica sin intervención quirúrgica. Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.
- Hospitalización pediátrica. Para menores de 14 años. Incluye la asistencia por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).
- Hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva (U.V.I.).

- Hospitalización psiquiátrica. Exclusivamente para los enfermos de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, previamente diagnosticados por un especialista del Cuadro Médico de la Aseguradora, en régimen de internamiento o en hospitalización de día.
- Hospitalización de día. Tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

2.7. IMPLANTES Y PRÓTESIS QUIRÚRGICAS

El coste y colocación de la prótesis en sí, previa prescripción escrita de un médico especialista del Cuadro Médico de la Entidad, y en los límites fijados en el Anexo A de estas Condiciones Generales, será por cuenta de la Aseguradora en el caso de válvulas cardiacas (mecánicas o biológicas), marcapasos, prótesis de by-pass vascular, prótesis de cadera (cementadas o no cementadas), prótesis de rodilla, prótesis de hombro, prótesis óseas, el material de osteosíntesis (incluidos los anclajes), y las mallas inguinales, abdominales y de incontinencia urinaria. La Aseguradora se reserva en todo caso la gestión necesaria para su obtención. El coste de cualquier otro tipo de prótesis, ortesis, piezas anatómicas y ortopédicas, y de su colocación será por cuenta del Asegurado.

Quedan excluidas expresamente las prótesis endoluminares, los coils, y los reservorios de medicación, salvo en aquellos casos en los que se contemplen coberturas parciales de estas prótesis en condicionados particulares.

Anexo A

	UNION PREMIUM	
	INCLUYE	LÍMITE
PRÓTESIS TRAUMATOLÓGICAS		
CADERA	SÍ	3.000 €
RODILLA	SÍ	3.000 €
OTRAS ARTICULACIONES	SÍ	1.500 €
DISCO INTERVERTEBRAL	SÍ	1.500 €
OSTEOSÍNTESIS	SÍ	3.000 €
VERTEBRO/CIFOPLASTIA	SÍ	1.500 €
PRÓTESIS CARDIOVASCULARES		
VÁLVULAS CARDÍACAS	SÍ	1.500 €
BY-PASS VASCULAR	SÍ	1.500 €
MARCAPASOS	SÍ	1.500 €
STENTS	SÍ	3.000 €

	UNION PREMIUM	
	INCLUYE	LÍMITE
PRÓTESIS MAMARIAS (Por prótesis)	SÍ	800 €
OTROS MATERIALES		
MALLAS ABDOMINALES	SÍ	Sin límite
MALLAS INGUINALES	SÍ	Sin límite
MALLAS DE INCONTINENCIA URINARIA	SÍ	650 €

2.8. TRATAMIENTOS ESPECIALES

- Terapias respiratorias a domicilio. Incluye oxigenoterapia (líquida, con concentrador o gaseosa), y aerosolterapia (en este caso la medicación correrá a cargo del Asegurado). **Se excluye ventilación con presión positiva continua en vía aérea (CPAP) y ventilación con dispositivos binivel (BIPAP).**
- Trasfusiones de sangre y/o plasma.
- Logopedia y foniatría. Tratamiento de patologías del lenguaje, del habla y de la voz derivadas exclusivamente de procesos orgánicos, **con un máximo de 10 sesiones por asegurado y año. Queda excluido el tratamiento de los trastornos del aprendizaje (dislexia, disgrafía y discalculia).**
- Laserterapia. Exclusivamente la de rehabilitación músculo-esquelética, la oftálmica con excepción de la corrección por alteraciones de la refracción ocular, y la empleada en el tratamiento endoluminal de las varices según se recoge en el apartado 2.3. 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.

Quedan expresamente excluidas todas aquellas técnicas quirúrgicas o terapéuticas que empleen láser y no se encuentren en el detalle anterior.

- Electrotermoterapia en rehabilitación.
- Hemodiálisis. Se prestará este servicio **exclusivamente**, tanto en régimen ambulatorio como internado, en **los procesos de insuficiencia renal aguda y por un tiempo máximo de 20 días por asegurado y año, quedando excluidas las afecciones crónicas.**

El transporte del enfermo al centro y viceversa será a cargo del Asegurado.

- Quimioterapia. En régimen ambulatorio (hospital de día) o de internamiento hospitalario, asumiendo el Asegurador los gastos por medicamentos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos que se expendan en el mercado nacional, estén autorizados por el Ministerio de Sanidad, sean considerados tratamientos eficientes por las

principales agencias de evaluación a nivel internacional (NICE, IQWiG, Vardanaly), **y de administración exclusivamente intrahospitalaria e intravenosa. Quedan expresamente excluidos los tratamientos quimioterápicos intraoperatorios como la quimioterapia intraperitoneal.**

Se considera medicamento citostático aquel medicamento empleado en quimioterapia oncológica que es capaz de detener el desarrollo del cáncer actuando directamente sobre la integridad de las cadenas de ácido desoxirribonucleico (ADN) y la mitosis celular, inhibiendo la multiplicación celular normal, tanto de las células sanas como de las tumorales. Se incluyen en éste subgrupo terapéutico, por su mecanismo de acción: los agentes alquilantes, los antimetabolitos, los alcaloides de plantas y otros productos naturales, los antibióticos citotóxicos, los compuestos de platino y las metilhidrazidas.

Quedan expresamente excluidos los fármacos definidos como inmunoterapia o terapia biológica, como son los agentes inmunomoduladores no específicos, los interferentes, las interleuquinas, los factores de crecimiento o estimulantes de colonias, los anticuerpos monoclonales o los agentes antisudorales antígeno específicos, las terapias con citoquinas y las vacunas

- Oncología radioterápica. **Se excluye el tratamiento de braquiterapia con semillas, el tratamiento con acelerador lineal para la radioterapia de intensidad modulada radical, las quimioembolizaciones tumorales, la radiocirugía y radioterapia estereotáxica, así como cualquier técnica de diagnóstico o tratamiento de nueva aparición no incluida en la presente póliza, salvo en aquellos casos en que se contemplen coberturas parciales de estos servicios según condicionados particulares.**

Esta prestación se cubrirá exclusivamente en los centros que de manera específica designe la Entidad.

- Litotricia renal. **No se incluye la nefrolitotomía percutánea mediante láser.**

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por facultativos del Cuadro Médico de la Aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del Asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la Póliza.

2.9. TRASPLANTES DE ÓRGANOS

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

Quedan excluidos otros trasplantes o autotrasplantes de órganos, tejidos o células no indicados en el detalle anterior. Asimismo quedan excluidas en todos los trasplantes

de órganos, las actuaciones médicas y quirúrgicas a realizar sobre la persona del donante, sea o no Asegurado, para la extracción del órgano a trasplantar a otra persona, y las actuaciones correspondientes a la conservación y traslado del órgano.

2.10. OTROS SERVICIOS

- Ambulancias. Siempre y cuando esté ocasionado con motivo de una asistencia sanitaria cubierta por el presente contrato, se proveerá una ambulancia para el traslado del enfermo con patología grave desde su localización hasta el centro hospitalario concertado más próximo, ya sea porque lo prescriba un Médico del Asegurador porque sea médicamente necesario, o bien porque la situación del paciente imposibilite la utilización de los servicios ordinarios de transporte.

Esta prestación no incluye los traslados requeridos para tratamientos de rehabilitación ni para la realización de consultas, pruebas diagnósticas o tratamientos en régimen ambulatorio, ni los traslados desde el hospital hasta el domicilio del asegurado, salvo que la situación clínica del paciente imposibilite la utilización de los servicios ordinarios de transporte.

El asegurado deberá obtener de la Entidad la autorización correspondiente para este servicio; para la prestación de urgencia deberá ser solicitado en un plazo no superior a 24 horas realizado el mismo.

En aquellos casos en los que la gravedad de la situación lo requiera, la Entidad podrá aconsejar y gestionar la derivación de la asistencia a los Servicios Públicos de Emergencia.

- Preparación al parto. Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión en el parto.
- Podología. Exclusivamente tratamientos de quiropodia en consulta, **y con copago progresivo (consultar cuadro de copagos Póliza Unión Premium).**

3) Exclusiones

Junto con las citadas anteriormente en el epígrafe “**Cartera de servicios con Cobertura**”, el Asegurador no cubre lo que a continuación se señala:

A) La asistencia sanitaria derivada de las enfermedades, defectos o deformaciones pre-existentes y/o congénitas, a consecuencia de accidentes o enfermedades, ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza, así como los que puedan derivarse de aquéllos, salvo que los mismos hayan sido declarados por el Asegurado o por el Tomador del Seguro en el cuestionario de salud y hayan sido aceptadas por el Asegurador.

- B) 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.
- C) La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de la desintoxicación producida por el alcoholismo crónico, drogadicción y/o toxicomanías.
- D) La asistencia sanitaria derivada de guerras, motines, revoluciones, terrorismo, sabotaje, huelga, manifestaciones y movimientos populares, riñas y detenciones por parte de cualquier autoridad; la causada por epidemias declaradas oficialmente; la que guarde relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y la que provenga de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).
- E) La asistencia sanitaria derivada de accidentes de trabajo y/o enfermedad profesional, la derivada de accidentes de tráfico y circulación, así como la cubierta por cualquier seguro obligatorio, incluido entre otros el Seguro de Responsabilidad Civil por posesión de animales considerados peligrosos.
- F) La asistencia sanitaria prestada en Hospitales o por Facultativos distintos a los que se relacionan en el Cuadro Médico puesto a disposición del Asegurado, salvo que sea considerada de urgencia vital, siendo por cuenta del Asegurado todos los gastos que se reclamen a la Aseguradora por los Servicios Públicos de Salud en caso de haber acudido a ellos.
- G) Los productos farmacéuticos y otros medicamentos administrados fuera del régimen de hospitalización (incluida medicación oncológica), así como los fármacos considerados como inmunoterapia y terapia biológica, vacunas, contrastes de alta tecnología, y demás productos sanitarios, excepto los expresamente aceptados en estas Condiciones Generales. De igual manera, quedan excluidos los gastos por viaje y desplazamiento, salvo las ambulancias en los términos contemplados en 2.10, y los expresamente aceptados en estas Condiciones Generales.
- H) Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos derivados de naturopatía, acupuntura, 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.
- I) Todo lo relativo al psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia de grupo, test psicológicos, narcolepsia. Asimismo, la terapia educativa, tal como la educación del lenguaje en procesos congénitos o la educación especial en enfermos con afección psíquica.
- J) La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de las lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado en

competiciones deportivas en general, en actividades de riesgo, y en particular la práctica entre otros de los siguientes deportes: esquí y derivados, actividades aéreas, boxeo, artes marciales, crossfit, escalada, espeleología, submarinismo, carreras de vehículos a motor o a tracción animal, rugby, hípica, toreo y encierro de reses bravas.

- K) La asistencia derivada de enfermedades o lesiones ocasionadas por intento de suicidio o causadas intencionadamente por el Asegurado a sí mismo, y la derivada de la participación directa o indirecta del Asegurado en acciones criminales.
- L) La asistencia sanitaria con motivo o relacionada con cuestiones meramente estéticas, los tratamientos capilares, los cosméticos, los relacionados con o para la transformación de sexo y las curas de adelgazamiento, salvo el tratamiento médico de la obesidad cuando exista una patología orgánica subyacente.
- M) Los trasplantes de órganos, excepto el trasplante autólogo de médula ósea por tumores malignos de estirpe hematológica y el trasplante de córnea: en estos dos supuestos no será obligación de la Aseguradora, en ningún caso, la gestión para la obtención del órgano a trasplantar ni la asunción del coste de dicho órgano
- N) Los reconocimientos médicos generales de carácter preventivo, salvo los expresamente contemplados en el Apartado 2.4 de estas Condiciones Generales.
- Ñ) La asistencia sanitaria u hospitalización por problemas de tipo social.
- O) El coste de cualquier tipo de prótesis, piezas anatómicas, ortopédicas y de osteosíntesis, salvo las expresamente señaladas en el Apartado 2.7 de estas Condiciones Generales, así como los implantes de materiales biológicos y/o biomateriales con objeto terapéutico que se detallan a continuación: selladores, colas o pegamentos biológicos, Gel Barrera antiadhesiva o antiadherente, y sustitutos de los injertos óseos (cementos óseos y matriz ósea desmineralizada regenerativa).
- P) Las enfermedades congénitas del recién nacido si la madre no se dio de alta en la póliza, al menos, con DOCE meses de antelación al nacimiento.
- Q) La asistencia relacionada con la medicina legal y forense.
- R) La asistencia sanitaria ambulatoria u hospitalaria prestada al asegurado por personas que se encuentran ligadas al tomador del seguro o al asegurado, por lazos de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad.
- S) Las consultas, medios de diagnóstico o de tratamiento así como técnicas quirúrgicas consideradas como experimentales o en proceso de investigación, o no aceptadas por el común de los médicos en España.

T) 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.

U) La quimioterapia oncológica sólo cubrirá los gastos de los medicamentos específicamente citostáticos definidos y detallados en el apartado 2.8. Se excluyen expresamente de este concepto los agentes inmunomoduladores no específicos, los interferentes, las interleuquinas, los factores estimulantes de colonias, los agentes antisudorales antigéno específicos, las terapias con citoquinas, las vacunas, la inmunoterapia antitumoral, los anticuerpos monoclonales, la terapia génica, la terapia endocrina u hormonal, los inhibidores enzimáticos y/o moleculares, los fármacos antiangiogénicos y los sensibilizadores usados en la terapia fotodinámica y radiación. Quedan igualmente excluidos los tratamientos no considerados eficientes por las principales agencias de evaluación a nivel internacional (NICE, IQWiG, Vardanaly).

V) La asistencia sanitaria de las lesiones producidas bajo influencia de bebidas alcohólicas o de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o medicamentos sin prescripción médica, la asistencia sanitaria de las secuelas de la ingesta de bebidas alcohólicas o de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o medicamentos sin prescripción médica, y la asistencia sanitaria de las lesiones producidas a causa de embriaguez o riñas (salvo en caso de legítima defensa).

Se entiende por embriaguez la establecida en la legislación sobre Tráfico, Circulación de vehículos de motor y Seguridad vial, con independencia de que el siniestro suceda o no con ocasión de la conducción de vehículo a motor por el Asegurado.

W) La cirugía robótica asistida en todas las especialidades y la cirugía profiláctica.

4) Forma de obtener la cobertura de los servicios

La asistencia sanitaria cubierta por el Seguro será la que se preste en todas las ciudades españolas por facultativos, clínicas y otros establecimientos incluidos en el Cuadro Médico de la Aseguradora, siempre de acuerdo con las disposiciones aplicables.

La cobertura de la prestación tendrá lugar en la forma siguiente:

- 4.1. El Asegurado puede elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los Médicos que realizan, dentro del Cuadro Médico de la Aseguradora, las prestaciones sanitarias incluidas en la Póliza, que en cada momento se encuentren vigentes. El Asegurador abonará directamente al profesional o centro los honorarios y gastos que se hayan devengado con ocasión de la asistencia siempre que concurren todos los requisitos y circunstancias establecidos en la Póliza.
- 4.2. La visita domiciliaria de Medicina General y ATS/DUE, se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, antes de las 10 horas, para ser realizada en el día.

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

4.3. La aseguradora no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a su cuadro médico, ni de los gastos de hospitalización o servicios que los mismos pudieran prescribir. De igual modo, serán por cuenta del asegurado todos los gastos que se reclamen a la aseguradora por los servicios públicos de salud, en caso de haber acudido a ellos.

- 4.4. Por cada uno de los servicios recibidos en una misma cita, el Asegurado deberá exhibir la tarjeta sanitaria personal, que la Aseguradora le entregará al efecto, debiendo firmar los recibos justificativos de los servicios recibidos, una de cuyas copias le será entregada al Asegurado como comprobante.

En su caso, el Asegurado también deberá exhibir el documento de autorización previsto en la Cláusula 4.5. siguiente. Los recibos debidamente firmados servirán de comprobante a la Aseguradora para el abono del coste de la prestación.

El Asegurado abonará por cada servicio recibido, el importe que, en concepto de copago o participación en el coste de los mismos, se establece en las Condiciones Particulares.

A estos efectos, la Aseguradora periódicamente remitirá al Tomador del Seguro un extracto comprensivo de los servicios que hubieren utilizado los Asegurados incluidos en la Póliza, junto con el importe de las copagos correspondientes a los mismos.

El cobro de la cantidad total que resultare se efectuará mediante recibo domiciliado en la cuenta bancaria que el Tomador haya designado para el pago de la Prima.

El importe de los copagos y de las franquicias podrá ser actualizado por la Aseguradora, de conformidad con lo establecido en la Condición General 13ª (Cláusulas Jurídicas).

- 4.5. LA HOSPITALIZACIÓN O LA PRESTACIÓN DE AQUELLOS SERVICIOS PARA LOS QUE EL CUADRO MÉDICO ASÍ LO DETERMINA, SERÁ ORDENADA POR ESCRITO POR UN MÉDICO DE DICHO CUADRO Y EL ASEGURADO DEBERÁ OBTENER LA PREVIA CONFORMIDAD DOCUMENTADA DE LA ASEGURADORA EN SUS OFICINAS.

SERÁ ASIMISMO REQUISITO IMPRESCINDIBLE PARA OBTENER LA CONFORMIDAD ESCRITA DE LA ASEGURADORA QUE LA ASISTENCIA SANITARIA A EFECTUAR EN RÉGIMEN DE HOSPITALIZACIÓN, VAYA A SER REALIZADA POR UN FACULTATIVO DEL CUADRO MÉDICO DE LA ASEGURADORA Y ESTÉ CUBIERTA POR LA PÓLIZA.

Una vez otorgada la conformidad escrita, el Asegurador quedará vinculado económicamente.

En los casos de urgencia, será suficiente a estos efectos la orden del Médico, PERO EL ASEGURADO DEBERÁ OBTENER LA CONFORMIDAD ESCRITA DE LA ASEGURADORA, DENTRO DE LAS SETENTA Y DOS HORAS SIGUIENTES AL INGRESO HOSPITALARIO. Una vez obtenida aquella, la Aseguradora quedará vinculada 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. Para recibir un servicio de urgencia, deberá solicitarse por teléfono o acudir directamente, según proceda, a un centro permanente de urgencia de los que están establecidos en el Cuadro Médico, donde figuran dirección y teléfono.
- 4.7. A los efectos de este Seguro, se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia, salvo que sea precisa la conformidad previa de la Aseguradora conforme a la Cláusula 4.4. anterior, en cuyo caso la comunicación deberá hacerse a la Aseguradora en la forma allí establecida.

5) Periodos de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asume la Aseguradora serán facilitadas desde la fecha de entrada en vigor del Contrato para cada uno de los Asegurados. SE EXCEPTÚAN DEL ANTERIOR PRINCIPIO GENERAL LAS PRESTACIONES SIGUIENTES:

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO:

- Medios de diagnóstico de alta tecnología (aquellos recogidos en el punto 2.5.4.) - 3 meses.
- Medios de diagnóstico intervencionista (aquellos recogidos en el punto 2.5.5.) - 6 meses.

HOSPITALIZACIÓN:

- Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio - 6 meses.
- Ligadura de trompas y vasectomía - 6 meses.
- Hospitalización por cualquier motivo o naturaleza en régimen de internamiento o en hospital de día, así como las intervenciones quirúrgicas realizadas en estos regímenes - 10 meses.
- Parto - 10 meses.
- Coste de implantes quirúrgicos y prótesis - 10 meses.
- En intervenciones quirúrgicas y partos distócicos que tengan lugar en situación de urgencia vital, no se aplicará el periodo de carencia previsto, y tampoco en los partos prematuros, entendiéndose como tales los que se produzcan con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación.

TRATAMIENTOS ESPECIALES:

- Electrotermoterapia en rehabilitación - 3 meses.
- Laserterapia en tratamientos de fotocoagulación en oftalmología, así como el láser en rehabilitación músculo-esquelética - 3 meses.
- Laserterapia para tratamiento endoluminal de las varices - 10 meses.
- Diálisis - 10 meses
- Litotricia renal - 10 meses
- Quimioterapia y Oncología Radioterápica - 10 meses

UM-UPR V.18.01

Madrid, 01 de enero de 2018

um

seguros

seguros hechos para ti