

Condiciones Generales

Seguro de Salud

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, especiales 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 estas Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las Condiciones Especiales si las hubiere, 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, aún 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.

Condiciones Generales

Seguro de Salud

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

3 OBJETO DEL SEGURO

- 3.1 El Asegurador garantiza la asistencia sanitaria y demás servicios pactados en las Condiciones Particulares de la póliza, dentro del territorio nacional y prestada por el Cuadro Médico 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.
- 3.2 Alternativamente el Asegurador se compromete al reembolso de los gastos razonables y usuales devengados, según modalidad contratada y conforme a los límites y porcentajes establecidos, por la asistencia sanitaria y demás servicios pactados en las Condiciones Particulares de la póliza, cuando el Asegurado sufra una enfermedad o accidente, 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. **Esta opción de reembolso se extinguirá en la anualidad en la que el asegurado cumpla los 65 años de edad.**
- 3.3 El Asegurador no concederá indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria prestada en Hospitales o por Facultativos que se relacionan en el Cuadro Médico puesto a disposición del Asegurado.
- 3.4 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.

4 EXTENSIÓN TERRITORIAL

- 4.1 **La Asistencia Sanitaria será prestada por parte del Cuadro Médico del Asegurador, conforme a las coberturas contratadas, exclusivamente en España y en las localidades donde existan Servicios Médicos concertados.**
- 4.2 **El reembolso de gastos por Servicios Médicos y/u hospitalarios no incluidos en el Cuadro facultativo del Asegurador, será válida en España y en el extranjero. Para que tenga vigencia esta cobertura el Asegurado tiene que tener su domicilio y residir habitualmente en España y su tiempo de desplazamiento o viaje fuera del territorio nacional no puede exceder de 90 días por año.**

5 PLAZOS DE CARENCIA

- 5.1 Toda cobertura pactada comenzará transcurrido, desde la toma de efecto de este contrato, el plazo de carencia que se establece a continuación:
 - a) **Tres meses para las consultas médicas en la modalidad de Reembolso de Gastos.**
 - b) **Seis meses para todos los medios de diagnóstico y tratamientos que requieran autorización.**
 - c) **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.**
 - d) **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.**
 - e) **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.**
 - f) **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.**
 - g) **Veinticuatro meses para el diagnóstico de esterilidad.**

Condiciones Generales

Seguro de Salud

- 5.2 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.
- 5.3 **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.**
Si la enfermedad se manifestase de nuevo (es decir, caso de recaída) después del periodo de carencia, el Asegurado tendrá derecho a la garantía solamente si han transcurrido tres meses entre la curación clínica de la enfermedad y la recaída.
- 5.4 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.

6 RIESGOS EXCLUIDOS

La siguiente relación de riesgos excluidos será de aplicación tanto para la garantía de Asistencia Sanitaria como para la garantía de Reembolso de Gastos; además de las propias exclusiones específicas de la garantía de Reembolso de Gastos que se detallan en los puntos 6 y 10 de las Condiciones Especiales del Seguro de Reembolso de Gastos.

- 6.1 La asistencia 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.
- 6.2 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, 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.
- 6.3 Las enfermedades y accidentes a consecuencia de: agresiones, alborotos, riñas, delitos, guerras civiles, internaciones 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.
- 6.4 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.
- 6.5 La asistencia con motivo o relacionada con cuestiones meramente estéticas, los tratamientos capilares, dermoestéticos, los cosméticos, los relacionados con o para la transformación de sexo, las curas de adelgazamiento y cirugía de la obesidad, salvo el tratamiento médico de la obesidad cuando exista una patología orgánica subyacente, así como las infiltraciones o tratamientos de varices con fines estéticos.
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.
- 6.6 Los abortos, salvo aquellos realizados a consecuencia de accidente o enfermedad.
- 6.7 Las estancias en asilos, residencias, balnearios y similares.
- 6.8 Los honorarios de las personas no autorizadas para ejercer la profesión médica o sanitaria requerida en cada caso.
- 6.9 Las consultas, pruebas y tratamientos dentales, orales y maxilares.
- 6.10 Las consultas, pruebas y tratamientos de fertilidad, fertilización "in vitro" e inseminación artificial, así como el tratamiento de la impotencia y de la disfunción eréctil.

Condiciones Generales

Seguro de Salud

- 6.11 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.
- 6.12 La asistencia derivada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades y manifestaciones relacionadas con ésta.
- 6.13 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.
- 6.14 La asistencia 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.
- 6.15 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.
- 6.16 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.
- 6.17 Los tratamientos de diálisis y hemodiálisis en procesos crónicos, así como los tratamientos de rehabilitación o mantenimiento ocupacional.
- 6.18 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.
- 6.19 Los gastos correspondientes a medicamentos y productos farmacéuticos, excepto los expresamente cubiertos por la póliza.
- 6.20 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 los expresamente contemplados en el apartado 3.7 "MEDICINA PREVENTIVA" de las Condiciones Especiales.
- 6.21 Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos derivados de naturopatía, masajes, drenajes linfáticos, quiropraxis, mesoterapia, magnetoterapia, presoterapia, y otras medicinas alternativas, salvo los expresamente contemplados en el apartado 9 de las Condiciones Especiales del Reembolso de Gastos, 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.
- 6.22 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.
- 6.23 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.
- 6.24 La medicina regenerativa, biológica, la inmunoterapia o terapia biológica, la terapia génica o genética, así como sus aplicaciones.
- 6.25 La hospitalización por razones de tipo social o familiar así como la que sea sustituible por una asistencia domiciliaria o ambulatoria.
- 6.26 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.
- 6.27 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.
- 6.28 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.
- 6.29 Se excluye cualquier tipo de servicio relacionado con patologías no cubiertas así como complicaciones que se deriven de éstas.

Condiciones Generales

Seguro de Salud

7 PERFECCIÓN Y TOMA DE EFECTO DEL CONTRATO

- 7.1 La póliza se perfecciona mediante su firma por ambas partes.
- 7.2 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 las Condiciones Particulares.
- 7.3 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.
- 7.4 Las garantías de la póliza entran en vigor en la hora y fecha indicada en las Condiciones Particulares, salvo lo previsto en el Apartado 5 de estas Condiciones Generales.

8 DURACIÓN

- 8.1 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 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.
- 8.2 Respecto a cada Asegurado, el seguro se extingue:
 - a) Por fallecimiento.
 - b) Por traslado de residencia al extranjero o estancia permanente en el extranjero.
 - c) Estancia cumulativa de más de tres meses en una institución o dependencias de enfermos mentales o de beneficencia pública.

9 PAGO DE LAS PRIMAS

- 9.1 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, bimestres o meses, igualmente por periodos 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.
- 9.2 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.
- 9.3 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 Asegurado no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido.
- 9.4 Cuando el contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso.
- 9.5 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.

10 REVALORIZACIÓN AUTOMÁTICA

- 10.1 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.
- 10.2 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.
- 10.3 Los importes resultantes se redondearán en miles y cientos de euros según se trate respectivamente de prestaciones o primas.

Condiciones Generales

Seguro de Salud

10.4 Las nuevas prestaciones así revalorizadas no tendrán ningún plazo de carencia.

11 REAJUSTE DE PRIMAS

Las primas se reajustarán en los siguientes casos:

11.1 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.

11.2 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.

11.3 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.

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 9 de estas Condiciones Generales.

12 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 las Condiciones Particulares 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 de las Condiciones Generales de la póliza que regula el pago de las primas.

13 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.

Condiciones Generales

Seguro de Salud

14 CESIÓN DEL SEGURO

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

15 SUBROGACIÓN

- 15.1 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.
- 15.2 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.
- 15.3 Lo previsto en este apartado no será de aplicación para la cobertura de indemnización diaria por hospitalización.

16 COMUNICACIONES

- 16.1 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 a la Entidad Aseguradora. 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 a la propia Entidad Aseguradora.
- 16.2 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.
- 16.3 Las comunicaciones efectuadas por un Agente libre al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizara el propio Tomador, salvo indicación en contrario de éste.
El pago efectuado por el Asegurado a un Corredor no se entenderá satisfecho a la Aseguradora, a no ser que en el momento del pago, se le entregue el correspondiente recibo de la Entidad Aseguradora.

17 PRESCRIPCIÓN

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

18 EXONERACIÓN DE RESPONSABILIDAD

La puesta a disposición por la Compañía de Seguros de una serie de proveedores de servicios sanitarios que, reuniendo los requisitos exigidos legalmente para el ejercicio de la actividad sanitaria, están interesados en pertenecer al Cuadro Médico y el derecho de libertad de elección de médico y de centro sanitario por los Asegurados, 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 por la prohibición de intrusismo de terceros en la actividad sanitaria. El Asegurador es totalmente ajeno a la relación que surja entre el Asegurado y los profesionales y/o centros sanitarios.

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 los proveedores de servicios sanitarios contratan, en su caso, y por su cuenta, un seguro de responsabilidad civil.

Los proveedores de servicios sanitarios de quienes el Asegurado solicite la asistencia, gozan de plena autonomía, independencia y responsabilidad en la prestación de la asistencia sanitaria.

En consecuencia, el Asegurador, en ningún caso, responderá de los actos y/u omisiones de los proveedores de servicios sanitarios antes mencionados, siendo la relación entre éstos y los Asegurados totalmente ajena al Asegurador.

Para la prestación de la asistencia contratada rige el principio general de libertad de elección de facultativos entre los que figuran en el Cuadro Médico. El Asegurado se dirigirá directamente al facultativo elegido.

Condiciones Generales

Seguro de Salud

19 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 Departamento de Atención al Cliente (Avda. alcalde Barnils, nº 63 - 08174 Sant Cugat del Vallés, Barcelona) o, en su caso, ante el Defensor del Cliente (Apdo. Correos 101, Sant Cugat del Vallés, Barcelona), 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 de la entidad aseguradora.

Caso de ser desestimada la queja o reclamación, o haber transcurrido dos meses desde su presentación sin que haya sido resuelta, y sin perjuicio de poder iniciar la vía administrativa o judicial que considere oportunas, el reclamante podrá dirigirse al Comisionado para la Defensa del Asegurado y Partícipe de Planes de Pensiones (Paseo de la Castellana, nº 44 - 28046 Madrid.)

20 ÓRGANO DE CONTROL. JURISDICCIÓN COMPETENTE

El estado miembro competente para ejercer control de la actividad aseguradora es España, siendo la Dirección General de Seguros 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.

Condiciones Especiales

Seguro de Salud: Asistencia Sanitaria

1 DEFINICIONES

1.1 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.

1.2 ASEGURADOR

Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante, el Asegurador), 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.

Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros, está domiciliada en España (Avda. Alcalde Barnils, 63 – 08174 Sant Cugat del Vallés, Barcelona) y sometida al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía, Hacienda y Competitividad.

1.3 ASISTENCIA MÉDICA EXTRAHOSPITALARIA

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

1.4 ACCIDENTE

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

1.5 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.

1.6 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.

1.7 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.

1.8 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.

1.9 ENFERMEDAD

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

1.10 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.

1.11 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.

1.12 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.

1.13 HOSPITALIZACIÓN

Periodo 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.

1.14 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.

Condiciones Especiales

Seguro de Salud: Asistencia Sanitaria

1.15 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.

1.16 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.

1.17 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.

1.18 MATERIAL ORTOPÉDICO

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

1.19 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.

1.20 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.

1.21 NEONATO O RECIÉN NACIDO

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

1.22 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 las Condiciones Particulares de la póliza. Esta participación también es conocida con el nombre de copago.

1.23 PERIODO 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.

1.24 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 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.

1.25 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.

1.26 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.

1.27 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.

1.28 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. 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.

1.29 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).

Condiciones Especiales

Seguro de Salud: Asistencia Sanitaria

1.30 SINIESTRO

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

1.31 TOMADOR DEL SEGURO

La persona que contrate 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.

1.32 TRASPLANTE

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

1.33 UNIDAD FAMILIAR DE CONVIVENCIA

Conjunto de personas que conviven en el domicilio designado como residencia habitual en las Condiciones Particulares del contrato y entre las que haya establecidos cualquier lazo de consanguinidad o afinidad.

1.34 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 las Condiciones Particulares 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 podrá contratar, de común acuerdo con el Asegurador son las siguientes:

- Medicina primaria
- Asistencia sanitaria de urgencia
- Especialidades médicas
- Medios de diagnóstico
- Hospitalización
- Tratamientos especiales
- Medicina preventiva
- Otros servicios
- Asistencia obstétrica y al neonato

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

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 las Condiciones Particulares para cada uno de los Asegurados de la póliza.

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**

Condiciones Especiales

Seguro de Salud: Asistencia Sanitaria

encuentre impedido para trasladarse al consultorio médico, siempre y cuando el Asegurador disponga de servicios concertados al efecto.

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

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 Vascolar.

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 Geriatria.

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 la cobertura 3.9 "ASISTENCIA OBSTETRICA Y AL NEONATO.", por lo que se estará a lo dispuesto en la misma.

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.

Condiciones Especiales

Seguro de Salud: Asistencia Sanitaria

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 un máximo de 15 sesiones por asegurado y año.** 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 MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

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

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.

3.4.1 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.**

3.4.2 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 fludeoxiglucosa, 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.

Condiciones Especiales

Seguro de Salud: Asistencia Sanitaria

- 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.

Se limita a un máximo de dos estudios al año, 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 bypass y malformaciones del árbol coronario.

3.4.3 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.

3.4.4 Anatomía Patológica.

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

3.4.5 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.

3.4.6 Diagnóstico Neurológico.

3.4.7 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.

3.4.8 Diagnóstico Oftalmológico.

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

3.5 HOSPITALIZACIÓN

El Asegurador garantiza la asistencia sanitaria en régimen de HOSPITALIZACIÓN 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.

Condiciones Especiales

Seguro de Salud: Asistencia Sanitaria

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 un límite de 60 días por año, a excepción de la hospitalización psiquiátrica para la que el límite será de 30 días por año. Estos límites serán independientes para cada tipo de hospitalización.

La hospitalización incluye:

3.5.1 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.

3.5.2 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.

3.5.3 Hospitalización en U.V.I.

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

3.5.4 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 la cobertura de 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.

3.5.5 Hospitalización psiquiátrica.

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

3.5.6 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.

3.6 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.

Condiciones Especiales

Seguro de Salud: Asistencia Sanitaria

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 un máximo de 2 sesiones por Asegurado y año. 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 un máximo de 20 sesiones por Asegurado y año. 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 los arriba indicados.** 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 un máximo de 20 sesiones por Asegurado y año en un mismo proceso.**

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 las Condiciones Particulares 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.

Condiciones Especiales

Seguro de Salud: Asistencia Sanitaria

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 un máximo de 20 sesiones por Asegurado y año.

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:

- 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 un máximo de 100 km. por Asegurado y año. Quedan excluidos los traslados para recibir tratamiento de rehabilitación o para la realización de pruebas diagnósticas en régimen ambulatorio.**

Condiciones Especiales

Seguro de Salud: Asistencia Sanitaria

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 FORMA DE PRESTAR LA ASISTENCIA.

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 un máximo de 5 sesiones al año.

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 las Condiciones Particulares de la póliza.

3.9 ASISTENCIA OBSTETRICA 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

Condiciones Especiales

Seguro de Salud: Asistencia Sanitaria

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 cubiertas 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 la Aseguradora 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. **La hospitalización del recién nacido tendrá un límite de 6.000 euros en gastos de asistencia sanitaria.**

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.

- Cirugía refractiva laser Excimer.
- Tratamiento de hiperplasia de próstata por fotovaporización por láser (láser verde prostático).
- Radiofrecuencia ORL.
- Robot DaVinci.
- Criopreservación de células madre.
- 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,

Condiciones Especiales

Seguro de Salud: Asistencia Sanitaria

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 6.6. Cuando las necesidades asistenciales de carácter

Condiciones Especiales

Seguro de Salud: Asistencia Sanitaria

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 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.

www.presupuestosyseguros.com

Condiciones Especiales

Cuidado personal

1 OBJETO Y ALCANCE DE LA GARANTÍA

Este seguro complementario tiene por objeto garantizar el acceso a la medicina privada y 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.**

2 TRATAMIENTOS DE CUIDADO PERSONAL

2.1 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.

2.2 Relación de tratamientos de cuidado personal

Los importes indicados a continuación son para el periodo de aseguramiento descrito en las Condiciones Particulares de esta póliza. Para periodos sucesivos, deberán ser consultados a través de la página web www.seguroscatalanaoccidente.com, 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.

2.2.1 Cirugía estética

Incluye servicios de habitación, quirófano, anestesia y cirujano

	Importe máximo de la participación del asegurado en el coste de los servicios
• Aumento mamario	5.840 €
• Reducción mamaria	7.320 €
• Mastopexia con prótesis	6.980 €
• Ginecomastia	4.200 €
• Rinoplastia	5.040 €
• Lipolifting de grasa por zona	1.800 €
• Blefaroplastia completa	3.240 €
• Lifting temporal	2.200 €
• Lifting coronal	3.200 €
• Lifting de brazos	4.740 €
• Abdominoplastia especial	7.550 €
• Abdominoplastia	7.088 €
• Pexia de glúteos	6.850 €
• Hiperhidrosis con botox	450 €
• Sutura lóbulos rasgados en consulta	475 €
• Ninfoplastia de reducción	2.400 €
• Liposucción grande	4.650 €
• Liposucción pequeña	3.550 €
• Liposucción mediana + aumento mamario	7.350 €
• Otoplastia	2.800 €
• Bolas de Bichart	1.800 €

2.2.2 Láser en oftalmología

	Importe máximo de la participación del asegurado en el coste de los servicios
• 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 definitivamente los defectos refractivos de la miopía, hipermetropía y astigmatismo para que no sea necesario el uso de gafas o lentes de contacto. Existen numerosas técnicas como el láser excimer, las lentes fáquicas, incisiones astigmáticas o lentes intraoculares.	1.340 €

Condiciones Especiales

Cuidado personal

3 NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA LA MEJORA DE LA SALUD

- 3.1** Los asegurados en la póliza podrán acceder a los facultativos y/o centros concertados por el territorio nacional, de acuerdo con la tabla baremo que muestra las pruebas y la 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.

3.2 Relación de nuevas tecnologías para la mejora de la salud

Los importes indicados a continuación son para el periodo de aseguramiento descrito en las Condiciones Particulares de esta póliza. Para periodos sucesivos, deberán ser consultados a través de la página web www.seguroscatalanaoccidente.com, 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.

3.2.1 Medicina preventiva del cáncer

	Importe máximo de la participación del asegurado en el coste de los servicios
• Diagnóstico precoz del cáncer de próstata	245 €
• Prevención del cáncer de cuello de útero HPV	225 €
• Screening para detección de cáncer de mama	135 €
• Screening ginecológico	315 €
• Diagnóstico precoz del cáncer de pulmón	270 €
• Diagnóstico precoz del cáncer de colon y estómago (no incluye estudio de hipotéticos pólipos que se extraigan)	990 €
• Diagnóstico precoz del cáncer de colon-rectal (no incluye estudio de hipotéticos pólipos que se extraigan)	1.100 €
• Prevención del cáncer de próstata	750 €

3.2.2 Chequeos

	Importe máximo de la participación del asegurado en el coste de los servicios
• Chequeo general hombre. Comprende exploración médica completa, analítica completa de sangre y orina, exploración cardiológica (ECG), ecografía abdominal y vesico-prostática, TAC de tórax y abdomen, TAC screening vascular, colonoscopia virtual, coronariografía virtual, ERMN cráneo, en función del centro.	2.133 €
• Chequeo general mujer. Comprende exploración médica completa, analítica completa de sangre y orina, exploración cardiológica (ECG), ecografía abdominal y ginecológica, TAC de tórax y abdomen, TAC screening vascular, colonoscopia virtual, coronariografía virtual, ERMN cráneo, en función del centro.	2.224 €
• Chequeo deportivo. Comprende exploración médica completa, exploración cardiológica (ECG), prueba de esfuerzo, estudio de la composición corporal, espirometría y baropodometría.	575 €

3.2.3 Conservación de células madre

	Importe máximo de la participación del asegurado en el coste de los servicios
• Conservación sangre cordón umbilical	1.790 €
• Conservación sangre y tejido cordón umbilical	1.990 €

Condiciones Especiales

Cuidado personal

4 MODO DE ACCESO

Para acceder a los tratamientos de cuidado personal, el asegurado deberá llamar a la Aseguradora 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 de la Aseguradora, 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 la Aseguradora y su tarjeta asistencial para una correcta identificación; asimismo el Asegurador no se hace responsable de los honorarios de facultativos y/o centros ajenos al cuadro ni a los gastos por servicios que dichos facultativos y/o centros pudieran ordenar.

www.presupuestosyseguros.com

Condiciones Especiales

Orientación Médica Telefónica

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 son gratuitas y deben efectuarse al teléfono indicado en esta cobertura que es el que se especifica, asimismo, 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, Farmacias de guardia.

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 Seguros Catalana Occidente en su Smartphone.

3 PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS

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

- A. **"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.)
- B. **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.
- C. **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.
- D. **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.

Condiciones Especiales

Orientación Médica Telefónica

- Ocio: Universidades populares, Educación permanente de adultos, Aulas de mayores, Programas de animación sociocultural, Voluntariado.
- Vacaciones Tercera Edad, Balnearios, Deportes, Aficiones.

E. Asesoramiento y Orientación Dietética:

- 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.

F. Orientación Médica o Social dirigido a Discapacitados Auditivo y Orales. Consulta 24 horas al día, los 365 días del año, por fax al número 902.158.742

www.presupuestosyseguros.com

Condiciones Especiales

Garantía de Segunda Opinión Médica de Enfermedades Graves y de Intervenciones Quirúrgicas

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 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 Asegurador 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.

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.

3 REQUISITOS EXIGIDOS POR LA PRESENTE GARANTÍA

Para tener derecho a acceder a la Segunda Opinión Médica indicada en la Condición 1, el Asegurado deberá cumplir los requisitos siguientes:

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

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 4, y/o la necesidad de someterse a una intervención quirúrgica.

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.

4 DEFINICIÓN DE LAS ENFERMEDADES GRAVES E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS CUBIERTAS

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:

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

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.

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 causada por el déficit de aporte sanguíneo.

Condiciones Especiales

Garantía de Segunda Opinión Médica de Enfermedades Graves y de Intervenciones Quirúrgicas

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.

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.

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 ó 12 años.

4.7. Transplantes 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).

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.

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 niglostriado.

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 4.

5 DURACIÓN DE LA GARANTÍA

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

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.

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 4 de esta garantía o de cinco intervenciones quirúrgicas.

Condiciones Especiales

Asistencia en viaje en el extranjero

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.

2 DEFINICIONES

A efectos de esta póliza de seguro se entiende por:

ASEGURADOR: Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros (en adelante el Asegurador), 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. Seguros Catalana Occidente, S.A. de Seguros y Reaseguros se encuentra domiciliada en España (Avda. Alcalde Barnils, 63 – 08174 Sant Cugat del Vallés, Barcelona) y está sometida al control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones del Ministerio de Economía.

TOMADOR DEL SEGURO: Es la persona física o jurídica que, juntamente con el Asegurador, suscribe este contrato.

ASEGURADO: La persona física incluida en póliza del Asegurador, en tanto en cuanto se encuentre realizando un desplazamiento dentro o fuera de España.

PÓLIZA: Es el documento que contiene las Condiciones Generales y Particulares del contrato.

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

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 las condiciones particulares de la póliza.

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

ACCIDENTE: La lesión corporal o daño material sufrido durante la vigencia del contrato, que derive de una causa violenta, súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado.

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.

Condiciones Especiales

Asistencia en viaje en el extranjero

LÍMITES GARANTIZADOS: Las cuantías económicas que figuran como límite en cada una de las prestaciones de este contrato, se entienden como importes máximos anuales.

SUBROGACIÓN: El Asegurador se subroga, hasta el total del coste de los servicios prestados por ella, 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 subrogada 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.

ENTRADA EN VIGOR Y DURACIÓN DEL SEGURO: El contrato de seguro entrará en vigor en la fecha indicada en las Condiciones Particulares siempre que la póliza haya sido firmada y satisfecha la prima. Antes del comienzo de la validez de la póliza, podrá cancelarse ésta. Una vez comenzado el período asegurado, no se restituirá la prima en ningún caso. La duración será la especificada en las Condiciones Particulares.

PAGO DE LA PRIMA: El tomador del seguro está obligado al pago de la prima en el momento de la formalización del contrato. En todo caso, si la prima no ha sido satisfecha, antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador queda liberado de sus obligaciones.

Si el contrato no hubiere sido resuelto o hubiera quedado extinguido conforme al párrafo anterior, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día que el tomador del seguro pague la prima.

RIESGOS CUBIERTOS: Por el presente contrato el Asegurador asume la cobertura de los riesgos que a continuación se indican, cuya cobertura haya sido pactada en las Condiciones Particulares.

3 GARANTÍAS CUBIERTAS

3.1 Garantías relativas a las personas

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.

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.

3.1.3. Traslado sanitario de enfermos y heridos.

Condiciones Especiales

Asistencia en viaje en el extranjero

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.

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 máximo de 300 euros.

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.

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.

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.

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 2.

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 el cadáver hasta el lugar de la inhumación.

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.

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

Condiciones Especiales

Asistencia en viaje en el extranjero

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.

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.

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.

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 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.

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.

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.

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.

4 EXCLUSIONES

Quedan excluidos:

- Los gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización ocurridos en España.

Condiciones Especiales

Asistencia en viaje en el extranjero

- 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 lo 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 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 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.

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.