



Emisión de Pólizas y Suplementos
Gestión y Tramitación de Siniestros
Diseño e impartición de Formación en
las áreas de gestión de seguros



Póliza de Seguro Condiciones Generales y Específicas Helvetia "Salud"

Edición agosto 2020

Índice

Nota informativa al Tomador del Seguro previa a la contratación	3
Definiciones	5
Condiciones Específicas del Contrato de Seguro	8
Objeto del Seguro	8
Extensión territorial	8
Delimitación y alcance de las coberturas del seguro	8
Riesgos excluidos	20
Toma de efecto de los servicios contratados y periodos de carencia	21
Forma de prestar la asistencia sanitaria	22
Condiciones Generales del Contrato de Seguro	24
Pago de Primas	24
Otras obligaciones, facultades y deberes del Tomador del Seguro o Asegurado	25
Otras obligaciones del Asegurador	25
Duración del seguro	25
Bases, pérdida de derechos, rescisión e indisputabilidad del Contrato	27
Comunicación de un siniestro	27
Comunicaciones	27
Actualización de Primas	28
Estructura tarifaria según la edad y provincia	28
Prescripción	28
Pacto adicional	28
Anexo de Garantía	Definiciones 29
Asistencia en Viaje	Garantías cubiertas 29
	Delimitaciones de la cobertura de asistencia en viaje, exclusiones 32
	Disposiciones adicionales de la cobertura de asistencia en viaje 32

Nota informativa al Tomador del Seguro previa a la contratación

La presente información se facilita en cumplimiento de lo dispuesto en el Artículo 96 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y en los Artículos 122 y 124 de su Reglamento aprobado por Real Decreto 1060/2015, de 20 de noviembre.

1 Legislación aplicable. El presente seguro se rige por:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro.
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.
- Real Decreto 1016/2015, de 20 de noviembre, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras.

2 Instancias de reclamación

De conformidad con el Artículo 97.1 de la Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, los conflictos que puedan surgir entre Tomadores del Seguro, Asegurados, Beneficiarios, terceros perjudicados o derechohabientes de cualesquiera de ellos con la Entidad Aseguradora, se resolverán por los Jueces y Tribunales competentes. De acuerdo con el Artículo 97.2 y 4 de la referida Ley 20/2015, podrán someter voluntariamente sus divergencias a decisión arbitral, en los términos de los Artículos 57 y 58 del Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2007, de 16 de noviembre, o a arbitraje privado en los términos de la Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje.

Asimismo y conforme al Artículo 97.2 de la citada Ley 20/2015, se podrán someter las divergencias a un mediador en los términos previstos en la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

Cláusula de información sobre tramitación de quejas y reclamaciones

Conforme a lo dispuesto en los Artículos 29 y siguientes de la Ley 44/2002 de 22 de noviembre de Reforma del Sistema Financiero, Artículo 97.5 de la Ley 20/2015, de 14 de julio de Ordenación, Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y el desarrollo del Reglamento de los comisionados para la defensa del cliente de servicios financieros, R.D. 303/2004 de 20 de febrero; y en el Artículo 9 de la Orden ECO/734/2004 de 11 de marzo, **esta Entidad tiene un Departamento de Atención al Cliente** para atender las quejas y reclamaciones de los mismos relacionados con sus intereses y derechos legalmente reconocidos, con domicilio en Paseo de Cristóbal Colón 26, 41001 Sevilla (España) y dirección electrónica: departamentoatencion-cliente@helvetia.es.

En relación con el Departamento de Atención al Cliente, le informamos que:

1. La Entidad tiene la obligación legal de atender y resolver las quejas y reclamaciones de sus clientes en el plazo máximo de dos meses de la recepción de la misma. No obstante ello, la Entidad se compromete a finalizar el expediente en el plazo máximo de un mes a partir de la fecha en que la consulta, queja o reclamación fuera presentada en el Departamento de Atención al Cliente.

Cuando a la Entidad no le sea posible responder dentro de dicho plazo, se informará al reclamante sobre las causas del retraso con indicación del momento en que sea probable que se complete la investigación y se resuelva la reclamación. No obstante ello y en todo caso, la finalización del expediente no podrá prolongarse más de dos meses desde la presentación de la consulta, queja o reclamación.
2. La presentación de la consulta, queja o reclamación se realizará por escrito al Departamento de Atención al Cliente, personalmente o mediante representación debidamente acreditada, en cualquiera de las oficinas de la Entidad, o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, siempre que éstos permitan la lectura, impresión y conservación de los documentos.
3. La Entidad tiene en sus oficinas, a disposición de los clientes, el modelo de presentación de quejas y reclamaciones adaptado a los requisitos legales, y el reglamento de funcionamiento del Departamento de Atención al Cliente.
4. La decisión del Departamento de Atención al Cliente será motivada y contendrá conclusiones claras sobre la solicitud planteada en la consulta, queja o reclamación, fundamentándose en las cláusulas contractuales, en la legislación de seguros y en las buenas prácticas y usos del sector asegurador.
5. Transcurrido este plazo, el reclamante podrá trasladar su queja o reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros para lo cual deberá acreditar que ha transcurrido el plazo de dos meses desde la presentación de la reclamación ante el Departamento de Atención al Cliente, sin que ésta haya sido resuelta, o que haya sido denegada la admisión o desestimada, total o parcialmente, su petición.

Esta cláusula no es de aplicación a las operaciones calificadas como «grandes riesgos» (Artículo 107 Ley 50/1980 de Contrato de Seguro). No obstante, los clientes pueden dirigirse, con carácter previo a la interposición de la acción judicial o arbitral que corresponda, al Departamento de Atención al Cliente que atenderá y se pronunciará sobre la queja o reclamación formulada en el plazo máximo de dos meses desde la recepción de cualquiera de ellas.

3 Entidad Aseguradora

La Entidad Aseguradora es Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros, con domicilio social en Paseo de Cristóbal Colón 26, 41001 Sevilla (España). Corresponde al Ministerio de Economía y Hacienda, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, el control y supervisión de su actividad aseguradora.

4 Jurisdicción

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

Artículo 1º - Definiciones

A los efectos de esta Póliza se entenderá por:

1.1 Asegurado

La persona titular del interés expuesto al riesgo, a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del Contrato. El Asegurado podrá asumir las obligaciones y deberes del Tomador del Seguro.

Cuando no se hubiera incluido inicialmente a un Asegurado en el Contrato, el Tomador podrá incorporar el mismo mediante la correspondiente declaración. El Asegurador podrá otorgarle la condición de Asegurado y, en caso de aceptarlo, podrá excluir los servicios derivados de afecciones o dolencias patológicas anteriores a la declaración de inclusión en la Póliza o manifestadas en el examen médico, con excepción de las relativas a los hijos recién nacidos cuya inclusión será inmediata si la misma se solicita dentro del primer mes de vida del neonato, y la madre es también Asegurada.

1.2 Asegurador

Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima 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.

Helvetia Compañía Suiza, Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros se encuentra domiciliada en Paseo de Cristóbal Colón 26, 41001 Sevilla (España) y está sometida al control de la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda.

1.3 Accidente

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

1.4 Accidente de trabajo y enfermedad profesional

Toda alteración del estado de salud, causada por un accidente o no, que se deriva o es consecuencia de la realización de una actividad laboral, y tenga tal consideración según la normativa legal.

1.5 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 carece 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.

1.6 Deportes extremos o de 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.

1.7 Enfermedad

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

1.8 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 periodo de la vida de la persona.

1.9 Franquicia

Cantidad o porcentaje económico que en el momento del siniestro corre a cargo del Asegurado y que expresamente se han pactado para determinadas coberturas de la póliza.

1.10 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.

1.11 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 tratamiento de enfermedades crónicas e instituciones similares.

1.12 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.

1.13 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.

1.14 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.

1.15 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.

1.16 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.

1.17 Material ortopédico

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

1.18 Médico

Doctor o Licenciado en Medicina legalmente capacitado y autorizado para tratar médica o quirúrgicamente la enfermedad o lesión garantizada por alguna de las coberturas contenidas en la Póliza.

1.19 Médico/cirujano consultor

Facultativo perteneciente al cuadro médico del Asegurador específicamente designado por el mismo para atender casos especiales a petición razonada de un médico especialista del Asegurador.

1.20 Neonato o recién nacido

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

1.21 Periodo de carencia

Plazo de tiempo, contado a partir de la fecha de alta del Asegurado en la Póliza, durante el cual no entra en vigor algunas de las coberturas de la Póliza.

1.22 Plazo de disputabilidad

Periodo de tiempo durante el cual el Asegurador puede negar sus prestaciones o impugnar el Contrato alegando la existencia de enfermedades anteriores del Asegurado y no declaradas por él. Transcurrido este plazo, el Asegurador sólo tendrá esa facultad en el caso de que el Tomador y/o el Asegurado hayan actuado dolosamente.

1.23 Póliza

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

1.24 Preexistencia

Toda alteración del estado de salud originada con anterioridad a la fecha de inclusión del Asegurado en la Póliza, así como cualquier enfermedad, defecto, deformidad o situación médico-quirúrgica que pueda derivarse de aquella alteración y siempre que no fuera declarada en el momento de cumplimentar el Cuestionario de Salud. 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.

1.25 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.

1.26 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.

1.27 Prótesis

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

1.28 Siniestro

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

1.29 Tomador del Seguro

Es la persona física o jurídica que juntamente con el Asegurador suscribe este Contrato, y acepta las obligaciones que en él se establecen a cambio de las que el Asegurador toma a su cargo, aunque alguna de ellas, por su naturaleza, deba ser cumplidas por el propio Asegurado.

1.30 Trasplante

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

1.31 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.

1.32 Urgencia vital

Es aquella situación clínica que requiere atención médica inmediata, dado que un retraso en la misma puede derivar un compromiso vital o daño irreparable en la integridad física del paciente.

Una enfermedad grave no necesariamente supondrá una urgencia vital.

Condiciones Específicas del Contrato de Seguro

Artículo 2º - Objeto del seguro

2.1 El Asegurador garantiza la asistencia sanitaria y demás servicios pactados en las Condiciones Particulares de la Póliza, y acorde al Cuadro Médico del Asegurador, cuando el Asegurado sufra una enfermedad o accidente, ambos cubiertos por la misma y siempre que 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 El Asegurador no concederá indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de la asistencia sanitaria.

2.4 Las coberturas que el Asegurado podrá contratar, de común acuerdo con el Asegurador son las siguientes:

2.4.1 Coberturas Básicas

- 2.4.1.1 Medicina primaria.
- 2.4.1.2 Asistencia sanitaria de urgencia.
- 2.4.1.3 Especialidades médicas.
- 2.4.1.4 Medios de diagnóstico.
- 2.4.1.5 Hospitalización.
- 2.4.1.6 Tratamientos especiales.
- 2.4.1.7 Medicina preventiva.
- 2.4.1.8 Segunda opinión.
- 2.4.1.9 Otros servicios.
- 2.4.1.10 Asistencia obstétrica y al neonato.
- 2.4.1.11 Asistencia en viajes.

2.4.2 Coberturas Opcionales

- 2.4.2.1 Salud dental.

Artículo 3º - Extensión territorial

Las coberturas de la presente Póliza son válidas en España exclusivamente, prestándose la asistencia sanitaria de acuerdo a lo contemplado en el Artículo 7º "Forma de prestar la asistencia sanitaria".

Excepción a la extensión territorial establecida con carácter general en el párrafo anterior será la asistencia en viaje, para la que se estará a lo establecido en el Anexo "Asistencia en viaje".

Artículo 4º - Delimitación y alcance de las coberturas del seguro

4.1 Coberturas Básicas

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 señalada en las Condiciones Particulares para cada uno de los Asegurados de la Póliza.

4.1.1 **Medicina primaria**

Mediante la inclusión expresa de esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza, el Asegurador garantiza al Asegurado la Medicina primaria en los términos siguientes:

4.1.1.1 **Medicina general**

La Medicina general comprende la asistencia médica en consultorio, indicación y prescripción y realización de las pruebas y medios de diagnósticos básicos (analítica y radiología general).

4.1.1.2 **Pediatría y puericultura**

La Pediatría y puericultura comprenden la asistencia médica de niños hasta cumplir los 14 años de edad en consultorio, indicación y prescripción de pruebas y medios de diagnóstico básicos (analítica y radiología generales), 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 médico.

4.1.2 **Asistencia sanitaria de urgencia**

Mediante la inclusión expresa de esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza, 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.

4.1.3 **Especialidades médicas**

Mediante la inclusión expresa de esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza, el Asegurador garantiza al Asegurado la asistencia médica en régimen ambulatorio o ingreso hospitalario, según proceda, de acuerdo al criterio médico de facultativo del Asegurador, en cada una de las **especialidades médicas** que a continuación se señalan y en los términos previstos en las mismas.

4.1.3.1 **Alergología e inmunología. La medicación y auto vacunas serán por cuenta del asegurado.**

4.1.3.2 **Anestesiología y reanimación. Incluye toda clase de anestésicos prescritos por médicos del Asegurador, incluida la anestesia epidural en partos.**

4.1.3.3 **Angiología y cirugía vascular. Incluida esclerosis de varices, previa valoración de Ecografía Doppler.**

4.1.3.4 **Aparato circulatorio. Cardiología.**

4.1.3.5 **Aparato digestivo. Incluido láser proctológico.**

4.1.3.6 **Aparato respiratorio. Neumología.**

4.1.3.7 **Cirugía anorectal. Proctología.**

4.1.3.8 **Cirugía cardíaca.**

4.1.3.9 **Cirugía general y del aparato digestivo. Excluida la cirugía de la obesidad, salvo en pacientes con IMC > 40.**

4.1.3.10 **Cirugía de la mama.**

4.1.3.11 **Cirugía maxilofacial.**

4.1.3.12 **Cirugía pediátrica.**

4.1.3.13 **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**. Quedan cubiertas las prótesis mamarias y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama mastectomizada.

4.1.3.14 **Cirugía torácica.**

4.1.3.15 **Dermatología médico-quirúrgica y venereología. Se incluye la Dermatoscopia Digital, como prueba diagnóstica no preventiva.**

4.1.3.16 **Endocrinología y nutrición: No se garantizan los tratamientos en los que no exista patología orgánica subyacente.**

4.1.3.17 **Geriatría.**

4.1.3.18 **Ginecología**

Asistencia médica en régimen ambulatorio o 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 4.1.10 "ASISTENCIA OBSTÉTRICA Y AL NEONATO", por lo que se estará a lo dispuesto en la misma.**

4.1.3.19 **Hematología y hemoterapia.**

4.1.3.20 **Medicina interna.**

4.1.3.21 **Medicina nuclear.**

4.1.3.22 **Nefrología.**

4.1.3.23 **Neurocirugía.**

4.1.3.24 **Neurología.**

4.1.3.25 **Odonto-estomatología**

La Entidad Aseguradora pone a disposición del Asegurado, en todo el territorio nacional, un Servicio Odonto-Estomatológico por el que podrá acceder a un Cuadro Médico de Odontólogos y Estomatólogos privados.

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

- Servicios sin coste, para los servicios dentales que se especifican a continuación, y que deberán ser prescritas por dentistas del Cuadro Médico Concertado.
- Servicios a los precios fijados en el suplemento de salud dental en el caso de haber contratado la cobertura **4.2.1 Salud Dental con importantes descuentos sobre el precio de venta a público.**

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

Primeras Visitas

- Examen del paciente para diagnóstico, plan de tratamiento y presupuesto con o sin radiografías.
- Examen inicial oral y diagnóstico.
- Visita de Urgencia.
- Visita de revisión (revisión dental anual).

Pruebas Diagnósticas

- Ortopantomografías (prescritas por especialista de cuadro dental y realizadas por especialista concertado de cuadro médico).
- Radiología intraoral.

Exodoncias

- Extracciones (**excluidas piezas incluidas, cordales o que requieran cirugía maxilofacial**).
- Retirar puntos.

Obturaciones

- Obturaciones provisionales.
- Poste prefabricado o retención radicular (unidad).
- Pins o espigas en dentina (unidad).

Periodoncia

- Análisis oclusal.
- Tallado selectivo.

Odontología Preventiva

- Fluorizaciones.
- Selladores oclusales.
- Limpieza de boca (profilaxis sobre periodonto sano).
- Educación bucal.

Prótesis

- Composturas de Prótesis removibles.
- Rebase de Prótesis removible.
- Rebase resina o similares acondicionadores provisional en la Prótesis removible.
- Ajustes oclusales sin montaje en articulador para Prótesis.
- Ajustes oclusales con montaje en articulador con toma de impresiones de estudio oclusal.

Ortodoncia

- Primera visita para reconocer al paciente (diagnóstico, ppto., plan tratamiento).

Implantología

- Estudio implantológico.
- Falso muñón de titanio.
- Tornillo de cicatrización.
- Tornillo de cementación.
- Férula quirúrgica.
- Férula radiológica.

Cirugía Oral

- Frenectomía.
- Quistectomía.

4.1.3.26 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 será de cuenta del Asegurado.**

En el caso de la cirugía de la catarata, serán por cuenta de la Aseguradora la lente o lentes intraoculares monofocales, excluyendo la colocación de lentes multifocales (por ejemplo bifocal, trifocal,...) y la implantación de las lentes tóricas. El resto de las prótesis externas, tales como gafas y lentillas serán a cargo del Asegurado.

4.1.3.27 Oncología

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

4.1.3.28 Otorrinolaringología

Incluye la radiofrecuencia de cornetes. **No incluye la técnica láser.**

4.1.3.29 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, test psicológicos.

4.1.3.30 Psicología Clínica

Incluye la atención psicológica de carácter individual y temporal, de forma ambulatoria, prescrita por un psiquiatra dentro de la lista de facultativos del Asegurador 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.

4.1.3.31 Reumatología

Excluido el tratamiento de Monoclonales.

4.1.3.32 Traumatología y cirugía ortopédica

Incluida la cirugía artroscópica, la cirugía de la mano y cirugía de la columna. Incluye los factores de crecimiento (PRP) y el tratamiento con ácido hialurónico exclusivamente durante la realización de una intervención quirúrgica cuya finalidad no sea la del propio tratamiento de los factores de crecimiento.

4.1.3.33 Urología

Incluye el uso del láser para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata y el cáncer de próstata. Incluye la litotricia láser. Queda excluido cualquier otro tratamiento con láser.

4.1.4 Medios de diagnóstico

Mediante la inclusión expresa de esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza, el Asegurador garantiza la utilización de los medios de diagnóstico que se relacionan posteriormente. Dichos medios de diagnóstico **incluyen los exámenes conocidos y empleados de modo habitual por el común de los médicos en España, y 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 Asegurador, y se efectuarán siempre en los servicios que el Asegurador designe.

Quedan cubiertos los medios de contraste que se utilicen para la realización de los medios de diagnóstico.

4.1.4.1 **Análisis clínicos**

Microbiológicos, bioquímicos, hematológicos, inmunológicos y alérgicos, cariotipos y genotipos. Queda excluido el cariotipo fetal en sangre materna. No queda incluido los análisis genéticos cuya finalidad sean conocer la predisposición del asegurado a padecer cualquier enfermedad.

4.1.4.2 **Diagnóstico por Imagen**

Radiología convencional, ecografías, mamografías, tomografías, ortopantomografías, artrografías, radiología vascular, T.A.C. (Tomografía Axial Computerizada o Scanner) y R.M.N. (Resonancia Magnética Nuclear).

Se incluye el P.E.T. (Tomografía por Emisión de Positrones) y P.E.T. (Tomografía por Emisión de Positrones) más T.A.C. (Tomografía Axial Computerizada o Scanner) exclusivamente para las siguientes patologías:

- 1 Cáncer de tiroides y esófago.
- 2 Cáncer de pulmón microcítico y nódulo pulmonar solitario.
- 3 Carcinoma colorrectal recurrente o primario.
- 4 Linfomas.
- 5 Melanomas malignos.
- 6 Tumores cerebrales.
- 7 Tumores primarios y desconocidos con presencia de metástasis y pruebas de diagnostico funcionales negativas.

Se limita a un máximo de dos estudios al año quedando excluido su uso para el diagnostico o estudio de cualquier otra patología no incluida expresamente en este apartado.

4.1.4.3 **Técnicas especiales**

Gammagrafías, Ecobroncoscopias y Endoscopias. Incluidas las Ecoendoscopias alta y baja. **Se excluye específicamente el estudio digestivo mediante cápsula endoscópica.**

4.1.4.4 **Anatomía patológica**

Biopsias y citología.

4.1.4.5 **Diagnóstico Cardiovascular**

Electrocardiograma, Ecocardiogramas, Cateterismo, Doppler, Holter y Ergometrías. **Queda excluido el Holter implantable.**

4.1.4.6 **Diagnóstico Neurológico**

Electroencefalogramas, ecoencefalogramas, electronistagmometrías, electromiografías, medidas de la velocidad y de la conducción nerviosa.

4.1.4.7 **Diagnóstico Ginecológico**

Citologías, Laparoscopias y Ecografías.

4.1.4.8 **Diagnóstico oftalmológico**

Retinografías, fluoresceingrafías, campimetrías y ecografías, monitorizaciones, OCT y GDX.

4.1.5 **Hospitalización**

Mediante la inclusión expresa de esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza, el Asegurador garantiza la asistencia sanitaria en régimen de hospitalización para tratamientos médicos quirúrgicos o para la realización de exploraciones diagnósticas que no puedan realizarse en régimen de ambulatorio.

La hospitalización será prescrita por un facultativo del Asegurador, **siempre que se considere 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 a excepción de la hospitalización en UVI, la psiquiatría y la que se realice en incubadora que no contarán con cama de acompañante.

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

La hospitalización no contará con límite de duración, **a excepción de la hospitalización psiquiátrica para la que el límite será de 30 días por año.**

La hospitalización incluye:

4.1.5.1 Hospitalización médica

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

4.1.5.2 Hospitalización quirúrgica

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

4.1.5.3 Hospitalización en U.V.I.

La permanencia alcanzará al periodo de tiempo que estime necesario el responsable de la unidad.

4.1.5.4 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 OBSTÉTRICA Y AL NEONATO.**

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

4.1.5.5 Hospitalización psiquiátrica

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

4.1.5.6 Hospitalización a domicilio

Si el médico del Asegurador 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, con un límite de 1.500€/año. Dichos cuidados serán, como mínimo, las necesarias visitas de enfermería prescritas por el médico del Asegurador 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.

4.1.6 Tratamientos especiales

Mediante la inclusión expresa de esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza, el Asegurador garantiza la asistencia sanitaria que posteriormente se señala, siempre por prescripción escrita de un facultativo del Asegurador y se efectuará **siempre en los servicios que el Asegurador designe y de modo acorde a las coberturas contratadas.**

4.1.6.1 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 Asegurador y sean médicamente necesarios. Queda incluido el CPAP/BPAP.**

4.1.6.2 **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.

4.1.6.3 **Hemodiálisis y riñón artificial**

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

4.1.6.4 **Isótopos radiactivos**

Para el tratamiento de las dolencias que lo precisen, **siendo de cuenta del Asegurador el producto utilizado.**

4.1.6.5 **Litotricia renal. Incluida la litotricia mediante técnica láser.**

4.1.6.6 **Foniatría**

Incluye el tratamiento de la logopedia y foniatría cuando tengan por causa una intervención quirúrgica o una enfermedad sobrevenida, **con el límite de 6 meses continuados por patología.**

4.1.6.7 **Láser**

Exclusivamente la de rehabilitación músculo-esquelética, la oftálmica con excepción de la corrección de la miopía y defectos refracción ocular y el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata y cáncer de próstata, así como los láser vascular en proctología y litotricia. 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.

4.1.6.8 **Nucleotomía percutánea. Incluida la ozonoterapia para hernias discales.**

4.1.6.9 **Quimioterapia y Oncología radioterápica, que incluye cobaltoterapia, braquiterapia, acelerador lineal**

En régimen ambulatorio o de internamiento hospitalario, asumiendo el Asegurador los gastos por medicamentos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos 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, así como la Radioterapia conformada 3D, la IMRTy Braquiterapia con semillas.

4.1.6.10 **Rehabilitación y fisioterapia**

Exclusivamente para afecciones del aparato locomotor, incluyendo el suelo pélvico, con carácter ambulatorio, previa prescripción de un médico del Asegurador, y hasta que se haya conseguido, a juicio del médico del Asegurador, la recuperación funcional total o el máximo posible de esta por haber entrado el proceso en un estado de la estabilización insuperable o se convierta en terapia de mantenimiento u ocupacional. **Por tanto, quedan excluidas la rehabilitación neurológica, cognitiva y la cardíaca.**

4.1.6.11 **Tratamiento del dolor**

Tanto en régimen ambulatorio como hospitalario, quedando en este último caso limitada la estancia al periodo de tiempo que estime conveniente el médico del Asegurador que atiende la unidad, o mientras sea médicamente necesario.

4.1.6.12 **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.

4.1.6.13 **Métodos anticonceptivos**

Se incluye, exclusivamente, la ligadura de trompas, la vasectomía y las técnicas de aplicación del D.I.U. **siendo el dispositivo por cuenta del Asegurado.**

4.1.6.14 Diagnóstico de esterilidad

Se incluye únicamente el diagnóstico de la esterilidad.

Quedan excluidas, en todo caso, las técnicas de tratamiento de la esterilidad, la fecundación artificial y la fecundación "in vitro".

4.1.7 Medicina preventiva

Mediante la inclusión expresa de esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza, 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:

4.1.7.1 Prevención infantil

Comprende los actos de medicina preventiva practicadas 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 médico 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.**

4.1.7.2 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 médico 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. Incluye:

- Historia clínica y exploración.
- Ecografía mamaria.
- Analítica específica.
- Ante situaciones de riesgo que pudieran detectarse se incluirá, si el profesional a cargo de la paciente lo considera necesario, la realización de una mamografía.

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.

Detección precoz del cáncer de colon. Incluye:

- Genética.
- Colonoscopia.

4.1.8 **Segunda opinión**

Mediante la inclusión expresa de esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza, el Asegurador garantiza una segunda opinión sobre el diagnóstico o tratamiento de enfermedades graves que se describen en este apartado.

4.1.8.1 **Por especialistas de cualquier país del mundo**

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

Este servicio cubrirá las siguientes enfermedades graves:

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

En caso que el centro requiera la realización de pruebas, estudios o valoraciones adicionales, se informará de ello al asegurado, que deberá decidir si desea o no proceder a su realización. En caso afirmativo, los costes de tales pruebas, estudios o valoración serán a cargo del Asegurado.

Si el Asegurado decide que la asistencia sanitaria le sea prestada en el centro especializado elegido, correrán a cargo del Asegurado todos los gastos que se deriven de la asistencia prestada.

4.1.8.2 **Por especialistas de prestigio en España**

A consecuencia de una enfermedad neoplásica maligna, **y exclusivamente para esta patología**, el Asegurado podrá solicitar una SEGUNDA OPINIÓN sobre el diagnóstico y/o tratamiento a seguir, el Asegurador pondrá a su disposición un centro especializado y de prestigio de los que a tal efecto tenga concertados en España. En tal caso, el Asegurador trasladará a dicho centro el historial clínico y las pruebas complementarias realizadas al Asegurado, **corriendo a cargo del Asegurador las posibles pruebas adicionales que se soliciten.**

Si el Asegurado decide que la asistencia sanitaria le sea prestada en el centro especializado elegido, por no ser posible prestarla en los centros indicados en el Cuadro Médico del Asegurador, correrán a cargo del Asegurador los gastos que se deriven, siempre que sean de la misma naturaleza que los cubiertos por las garantías contratadas en la póliza. Serán de cuenta del Asegurado los gastos de desplazamiento.

Cuando el Asegurado haya solicitado la segunda opinión en España, en los términos descritos en este apartado, no podrá solicitar la segunda opinión descrita en el apartado 4.1.8.1.

4.1.9 **Otros servicios**

4.1.9.1 **Ambulancias**

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.

Quedan excluidos los traslados para recibir tratamiento de rehabilitación o para la realización de pruebas diagnósticas en régimen ambulatorio.

La autorización del transporte sanitario no implicará, en ningún caso, que el Asegurador asuma la responsabilidad de la asistencia sanitaria prestada por el centro de origen o de destino, cuya autorización se gestionará conforme al procedimiento establecido en el artículo 7 "FORMA DE PRESTAR LA ASISTENCIA".

4.1.9.2 **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 Asegurador y cuando el Asegurador disponga de servicios concertados al efecto.**

4.1.9.3 **Podología**

Hasta un máximo de 6 sesiones de quiropodia al año.

4.1.9.4 **Prótesis**

El coste y colocación de la prótesis en sí, será de cuenta del Asegurador en el caso de: válvulas cardíacas (mecánicas o biológicas), marcapasos, prótesis de by-pass vascular, Stent, prótesis de cadera (cementadas o no cementadas), prótesis de rodilla, prótesis de hombro, prótesis óseas, material de osteosíntesis y válvulas de hidrocefalia. Prótesis mamaria y expansores cutáneos para la reconstrucción de la mama mastectomizada y mallas sintéticas para la reconstrucción de la pared abdominal o torácica. Disco intervertebral. Implante columna intersomático e interespinos. Injerto óseo.

El Asegurador se reserva en todo caso la gestión necesaria para su obtención. **El coste de cualquier otro tipo de prótesis, ortesis, piezas anatómicas y ortopédicas así como su colocación será por cuenta del Asegurado.**

4.1.9.5 **Injertos**

Quedan incluidos exclusivamente los autoinjertos.

4.1.9.6 **Médicos y cirujanos consultores**

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

4.1.9.7 **Servicio Médico Telefónico**

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

Asimismo, pone a su disposición, un servicio médico telemático.

4.1.9.8 **Servicio de Consejo Psicológico Telefónico**

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

4.1.10 **Asistencia Obstétrica y al neonato**

Mediante la inclusión expresa de esta cobertura en las Condiciones Particulares de la póliza, 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 ingreso hospitalario según proceda, de acuerdo al criterio médico del facultativo del Asegurador y conforme a las condiciones de contratación.

Quedan excluidas, en todo caso, las técnicas de tratamiento, la fecundación artificial y la fecundación “in vitro”.

4.1.10.1 **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.

4.1.10.2 **Diagnóstico obstétrico**

Amnioscopias, Ecografías y Monitorizaciones.

4.1.10.3 **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 para partos normales y sin límite en los distócicos o prematuros.

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, quedan cubiertas las exploraciones complementarias, medicina, transfusiones y tratamientos especiales.

4.1.10.4 **Preparación al parto**

Comprende la preparación psicoprofiláctica al parto con clases prácticas y teóricas.

4.1.10.5 **Asistencia al neonato**

Incluye la revisión y cuidado del recién nacido, la hospitalización del neonato sano, prematuro o patológico, en centro especializado de neonatología.

Para que el recién nacido quede cubierto por la presente póliza será necesario que concurren conjuntamente los siguientes requisitos: que la madre se encuentre de alta en el momento del nacimiento, que haya superado los periodos de carencia establecidos para la cobertura de Asistencia Obstétrica y al Neonato y, finalmente, que esté al corriente del pago de la prima. En otro caso, el recién nacido no quedará cubierto por la póliza.

En caso de parto que haya sido objeto de cobertura, el recién nacido tendrá la consideración de Asegurado durante un período máximo de 30 días, desde su nacimiento hasta la fecha de alta del centro hospitalario en el que haya tenido lugar el parto. Asimismo, cuando el parto haya sido objeto de cobertura, la Entidad Aseguradora incorporará como Asegurado al recién nacido, sin carencias y sin solicitar Cuestionario de Salud, si así se solicita dentro de los primeros 30 días desde su nacimiento.

4.1.11 **Asistencia en viaje**

Mediante la inclusión expresa de esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza, el Asegurador garantiza la asistencia en viaje conforme a los servicios y condiciones que se presentan en el Anexo garantía de asistencia en viaje.

4.2 **Coberturas Opcionales**

4.2.1 **Salud Dental**

Mediante la contratación expresa de esta cobertura en las Condiciones Particulares de la Póliza, el Asegurador garantiza al Asegurado los programas de salud dental que se prestarán en los servicios odontológicos organizados por el mismo, conforme al suplemento del que se hará entrega al Asegurado, en el que se detallan los servicios que incluye, las condiciones en las que se prestarán y la participación del Asegurado en el coste de los servicios.

El suplemento por la salud dental se incorporará a la Póliza de referencia, sin que tenga validez alguna por sí mismo, siguiendo en todo ligado a las vicisitudes de esta Póliza.

Los importes de la Prima por esta cobertura, así como la participación del Asegurado en el coste de los servicios se actualizarán siguiendo los criterios establecidos en el artículo 16º "Actualización de Primas".

Artículo 5º - Riesgos excluidos

5.1 La asistencia sanitaria derivada de las enfermedades, defectos o deformaciones preexistentes, a consecuencia de accidentes o enfermedades, ocurridos con anterioridad a la fecha de inclusión de cada Asegurado en la póliza, y/o la asistencia sanitaria derivada de las enfermedades congénitas, se hayan o no manifestado, así como los que puedan derivarse de aquéllos, salvo que los mismos hayan sido declarados por el Asegurado o por el Tomador del Seguro en el cuestionario de salud y hayan sido aceptados por el Asegurador.

5.2 La asistencia sanitaria derivada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (V.I.H.), el SIDA y las enfermedades y manifestaciones relacionadas con ésta.

5.3 La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de la desintoxicación producida por el alcoholismo crónico, drogadicción y/o toxicomanías.

5.4 La asistencia sanitaria derivada de guerras, motines, revoluciones, terrorismo, sabotaje, huelga, manifestaciones y movimientos populares, riñas y detenciones por parte de cualquier autoridad; la causada por epidemias declaradas oficialmente; la que guarde relación directa o indirecta con radiación o reacción nuclear y la que provenga de cataclismos (terremotos, inundaciones y otros fenómenos sísmicos o meteorológicos).

5.5 La asistencia sanitaria derivada de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales.

5.6 La asistencia sanitaria cubierta por cualquier seguro obligatorio, incluido el Seguro Obligatorio del Automóvil.

5.7 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.

5.8 Los productos farmacéuticos y otros medicamentos administrados fuera del régimen de hospitalización, así como vacunas, contrastes y demás productos sanitarios, excepto los expresamente aceptados en estas Condiciones Generales. De igual manera, quedan excluidos los gastos por viaje y desplazamiento, salvo las ambulancias en los términos contemplados en 4.1.9.1 "Ambulancia" y los expresamente aceptados en estas Condiciones Generales.

5.9 Todos aquellos procedimientos diagnósticos y terapéuticos derivados de naturopatía, acupuntura, masajes, drenajes linfáticos (salvo casos derivados de cirugía con linfadenectomía por causa oncológica y con una duración máxima de seis meses desde la cirugía), quiropraxis, mesoterapia, magnetoterapia, presoterapia, y otras medicinas alternativas, así como las que consisten en meras actividades de ocio, descanso, confort o deporte. De igual forma, los tratamientos en balnearios y curas de reposo o sueño.

5.10 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.

5.11 La asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de las lesiones derivadas de la práctica profesional de cualquier deporte o de la participación como aficionado federado en competiciones deportivas oficiales. Del mismo modo, se excluye la asistencia sanitaria necesaria para el tratamiento de los acciden-

tes y sus consecuencias derivadas de la práctica de deportes extremos o de alto riesgo así como la actividad del toreo de reses bravas.

5.12 La asistencia derivada de enfermedades o lesiones ocasionadas por 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.

5.13 La asistencia sanitaria con motivo o relacionada con cuestiones meramente estéticas, los tratamientos capilares, los cosméticos, los relacionados con o para la transformación de sexo, las curas de adelgazamiento y cirugía de la obesidad, salvo el tratamiento médico de la obesidad cuando exista una patología orgánica subyacente. 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.

5.14 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.

5.15 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 4.1.7 "MEDICINA PREVENTIVA" de estas Condiciones Generales.

5.16 La asistencia sanitaria u hospitalización por problemas de tipo social.

5.17 El coste de cualquier otro tipo de prótesis y su colocación (salvo las intersomáticas, vertebrales y las interespinosas, y los injertos óseos), las piezas anatómicas, ortopédicas y de osteosíntesis salvo las expresamente señaladas en el Apartado 4.1.9.4 Prótesis de estas Condiciones Generales, así como en el Apartado 4.2.1. SALUD DENTAL si se ha contratado dicha cobertura.

5.18 Las enfermedades congénitas del recién nacido si no han transcurrido, al menos, ocho meses desde que la madre tenga derecho efectivo a las prestaciones de la cobertura de "ASISTENCIA OBSTÉTRICA Y AL NEONATO". En caso de estar amparado por la cobertura alcanzará exclusivamente el primer año de vida del recién nacido.

5.19 La asistencia relacionada con la medicina legal y forense.

5.20 La asistencia sanitaria ambulatoria u hospitalaria prestada al Asegurado por personas que se encuentran ligadas al Tomador del seguro o al Asegurado, por lazos de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad.

5.21 Las consultas, medios de diagnóstico o de tratamiento así como técnicas quirúrgicas consideradas como experimentales o en proceso de investigación, o no aceptadas por el común de los médicos en España.

5.22 La asistencia sanitaria ambulatoria, domiciliaria u hospitalaria meramente paliativa, siempre que existan procedimientos médicos o quirúrgicos resolutivos alternativos y la situación clínica del Asegurado permita la aplicación de estos últimos.

Artículo 6º - Toma de efecto de los servicios contratados y periodos de carencia

Todas las prestaciones que en virtud de la Póliza asuma el Asegurador, serán facilitadas a partir de las 24 horas del día en que se haya perfeccionado el Contrato, mediante la firma de la Póliza por las partes contratantes y haya sido satisfecho el primer recibo de la Prima. No obstante, se exceptúan del anterior principio general los casos y supuestos que posteriormente se citan, a los que se les aplicará los periodos de carencia siguientes:

6.1 Para Medios de diagnóstico

Seis meses en todos los medios de diagnóstico contemplados en el apartado 4.1.4. "Medios de diagnóstico", excepto para la radiología convencional y los análisis bioquímicos y hematológicos que no tendrán periodo de carencia.

6.2 Para Hospitalización e intervenciones quirúrgicas

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. Para los casos específicos del apartado 6.3 "Tratamientos especiales" y 6.7 "Asistencia Obstétrica y al Neonato", se estará a lo allí dispuesto.

6.3 Para tratamientos especiales

Doce meses para los tratamientos de hemodiálisis y riñón artificial, litotricia renal, laserterapia, quimioterapia, cobaltoterapia y acelerador lineal.

Doce meses para los tratamientos anticonceptivos.

Seis meses para los tratamientos de rehabilitación.

Veinticuatro meses para el diagnóstico de la esterilidad.

6.4 Para medicina preventiva

Doce meses para que el Asegurado pueda hacer uso de los servicios de medicina preventiva, salvo para la prevención infantil y el chequeo anual ginecológico, en cuyo caso no será preciso que transcurra periodo de carencia alguno.

6.5 Para segunda opinión Doce meses en todos los supuestos.

6.6 Para otros servicios

Doce meses para que el Asegurador sufrague la cobertura de colocación y coste de las prótesis.

6.7 Para Asistencia Obstétrica y al Neonato

Todas las prestaciones relacionadas o con motivo de un embarazo, parto o puerperio estarán sujetas a una carencia de ocho meses a contar desde la fecha de alta de la persona asegurada.

Queda excluida de esta consideración la asistencia al parto distócico de urgencia vital y parto prematuro (entendiéndose como tal el que se produzca con anterioridad al cumplimiento de la 28ª semana de gestación), para los que no se aplicará periodo de carencia alguno.

6.8 Para Psicología clínica

Seis meses para todas las prestaciones relacionadas con la Psicología Clínica.

Artículo 7º - 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:

7.1 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.

7.2 Elección de un facultativo o centro hospitalario

El Asegurado podrá elegir cualquiera de los facultativos o centros hospitalarios que forman parte en cada uno de los Cuadros Médicos de las distintas provincias, coincidan o no con la suya de residencia.

No obstante **cuando esta elección recaiga en un facultativo cuyo ámbito territorial de actuación no incluya el domicilio del Asegurado, el Asegurador no estará obligado a prestarle la atención domiciliaria ni los gastos relacionados con el traslado.**

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

7.3 Medicina general, pediatría, puericultura y A.T.S./D.U.E.

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.

7.4 Visita domiciliaria

La visita domiciliaria de medicina general, pediatría y puericultura de zona, y A.T.S./D.U.E., se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta, 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 a su Cuadro Médico 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.

7.5 Autorización de servicios

La hospitalización o prestación de los servicios para los que el cuadro médico así se determina, será ordenada por escrito por un médico del Asegurador, y el Asegurado deberá obtener la conformidad de éste telefónicamente o personándose en las oficinas que al efecto establezca el Asegurador. Una vez otorgada ésta, vinculará económicamente al Asegurador.

En los casos de urgencia vital el Asegurado deberá obtener 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 asistencia. 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.

7.6 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 que se entrega al Asegurado.

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.

7.7 Servicio a desplazados dentro del territorio nacional

El Asegurado desplazado temporalmente utilizará los servicios concertados por el Asegurador y que constan en el Cuadro Médico de la provincia en la que se encuentra 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 la asistencia 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 7.6 "Servicio de urgencias".

Cuando las necesidades asistenciales de carácter excepcional así lo requieran, el Asegurador podrá remitir o trasladar al Asegurado a cualquier centro hospitalario para su tratamiento médico u hospitalización.

7.8 "Servicio de urgencias".

Cuando las necesidades asistenciales de carácter excepcional así lo requieran, el Asegurador podrá remitir o trasladar al Asegurado a cualquier centro hospitalario para su tratamiento médico u hospitalización.

7.9 Honorarios de facultativos u hospitales ajenos al Cuadro Médico

El Asegurador no se hace responsable de los honorarios de facultativos ajenos a él, ni de los gastos de ingreso hospitalario 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 apartado 7.6. "Servicio de urgencias".

7.10 Documentos identificativos

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 este a anular la extraviada o sustraída y emitir una nueva.

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 establece en las Condiciones Particulares, y como la Prima, podrá actualizarse, quedando establecido siempre dentro del límite que, en su caso, fijen las disposiciones aplicables.

Condiciones Generales del Contrato de Seguro

Artículo 8º - Pago de Primas

8.1 El Tomador del Seguro está obligado al pago de la Prima.

8.2 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 de la Prima debida en vía ejecutiva con base en la Póliza. En todo caso, si la Prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación, salvo pacto en contrario.

8.3 En caso de falta de pago de la segunda y sucesivas Primas, la cobertura quedará suspendida un mes después del día del vencimiento del recibo, y si el Asegurador no reclama el pago dentro de los seis meses siguientes a dicho vencimiento, se entenderá que el Contrato queda extinguido. Si el Contrato no hubiera sido resuelto o extinguido conforme a las condiciones anteriores, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas siguientes al día en que el Tomador pague la Prima. En cualquier caso, cuando el Contrato esté en suspenso, el Asegurador sólo podrá exigir el pago de la Prima del periodo en curso.

8.4 El Asegurador sólo queda obligado en virtud de los recibos librados por sus representantes legalmente autorizados. Los recibos de Prima de este seguro serán emitidos por él mismo.

8.5 Podrá convenirse en las Condiciones Particulares el cobro de los recibos de Prima por medio de cuentas abiertas en Bancos o Cajas de Ahorro.

Artículo 9º - Otras obligaciones, facultades y deberes del Tomador del Seguro o Asegurado

9.1 El Tomador del Seguro y, en su caso el Asegurado, tienen las siguientes obligaciones:

9.1.1 El Tomador del Seguro tiene el deber, antes de la conclusión del Contrato, de declarar al Asegurador, de acuerdo con el cuestionario que éste le someta, todas las circunstancias por él conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedará exonerado de tal deber si el Asegurador no le somete Cuestionario o cuando, aún sometiéndoselo, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no están comprendidas en él.

9.1.2 Comunicar al Asegurador, durante el curso del Contrato y tan pronto como le sea posible, todas las circunstancias que, de acuerdo con el Cuestionario de estado de salud del Asegurado presentando previamente, agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por el Asegurador en el momento de la perfección del Contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas.

9.1.3 Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, el cambio de domicilio.

9.1.4 Comunicar al Asegurador, tan pronto como le sea posible, las altas y bajas de Asegurados que se produzcan durante la vigencia del presente Contrato, adaptándose la Prima a la nueva situación. Los hijos recién nacidos del Asegurado serán incorporados de forma inmediata en la Póliza, con todos sus derechos y obligaciones, a menos que durante el embarazo sean excluidos expresamente por el Tomador, no aplicándose periodo de carencia superior al que en el momento del nacimiento faltase por consumir a la madre.

9.1.5 Aminorar las consecuencias del siniestro, empleando los medios a su alcance para el pronto restablecimiento. El incumplimiento de este deber, con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, liberará a éste de toda prestación derivada del siniestro.

9.1.6 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.

9.2 El Tomador del Seguro podrá reclamar al Asegurador, en el plazo de un mes desde la entrega de la Póliza, que se subsanen las divergencias existentes entre éste y la Proposición de Seguro o las cláusulas acordadas.

Artículo 10º - Otras obligaciones del Asegurador

10.1 Además de prestar la asistencia contratada, el Asegurador entregará al Tomador del Seguro la Póliza o, en su caso, el documento de cobertura provisional o el que proceda, así como un ejemplar del Cuestionario de salud y demás documentos que haya suscrito el Tomador.

10.2 Igualmente entregará al Tomador el documento identificativo del Asegurado o Asegurados y, como información básica de los medios sanitarios que ponen a su disposición, un ejemplar del Cuadro Médico correspondiente a su provincia de residencia, con especificación del centro o centros permanentes de urgencia médica y quirúrgica, del servicio permanente de asistencia ambulatoria, de los hospitales y clínicas, de las direcciones y horarios de consulta de los facultativos.

Artículo 11º - Duración del seguro

El seguro se estipula por años prorrogables, siendo su primer vencimiento anual el 31 de diciembre del año de contratación, independientemente de la fecha de efecto. Por consiguiente, el primer año se abona la parte proporcional de la Prima anual que corresponde al periodo de tiempo anteriormente citado. Las renovaciones posteriores se producirán automáticamente el 1 de enero de cada año, salvo que algunas de las partes se opongan a la prórroga, mediante notificación por escrito a la otra parte afectada y con antelación no inferior a dos meses para el Asegurador y 1 para el Tomador, a la conclusión del seguro en curso.

No obstante lo anterior, la Entidad Aseguradora no se opondrá a la prórroga del contrato en los siguientes supuestos y siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

1. No oponerse a la prórroga de Contratos de Seguro que tengan asegurados con determinadas situaciones de enfermedad grave, siempre y cuando el primer diagnóstico se haya producido durante su período de alta en la póliza. Serán enfermedades con tratamiento en curso dentro del contrato de las que se enumeran a continuación:
 - Procesos oncológicos activos.
 - Enfermedades cardíacas tributarias de tratamiento quirúrgico o intervencionista.
 - Trasplante de órganos.
 - Cirugía ortopédica compleja en fase de evolución.
 - Enfermedades degenerativas y desmielinizantes del sistema nervioso.
 - Insuficiencia renal aguda.
 - Insuficiencia respiratoria crónica tórpida.
 - Hepatopatías crónicas (Excluidas las de origen alcohólico).
 - Infarto Agudo de Miocardio con insuficiencia cardíaca.
 - Degeneración macular.
2. No ejercitar oposición a la prórroga respecto de Contratos de Seguro que tengan asegurados mayores de 65 años, cuando su permanencia acreditada en la entidad, sin impagos, alcanzara una antigüedad continuada de 5 o más años.
3. **Los compromisos anteriores no serán de aplicación o quedarán sin efecto en aquellos supuestos en los que:**
 - **El Asegurado hubiese incumplido sus obligaciones o hubiese existido reserva o inexactitud por parte del mismo a la hora de declarar el riesgo.**
 - **Se produjese impago de la prima o negativa a aceptar su actualización por parte del Tomador.**
4. **La renuncia por parte de la compañía a su derecho de oponerse a la continuidad de la póliza requiere de forma inexcusable que el Tomador acepte la prima y la participación en el coste de los servicios que le correspondan, y que la Aseguradora podrá actualizar periódicamente para adecuarlos a la evolución de los costes del seguro, siempre conforme a criterios actuariales y dentro de los límites de la ley y del contrato.**

Si en la Póliza están incluidos los familiares que convivan habitualmente con el Tomador del Seguro, cuando alguno de ellos deje de vivir de manera habitual en el domicilio del Tomador, hecho que deberá ser comunicado al Asegurador, el seguro se extinguirá para estas personas. Si estas personas contratan un nuevo seguro, antes de transcurrir un mes de la anterior comunicación, el Asegurador les mantendrá los derechos de antigüedad adquiridos por ellas, siempre y cuando se suscriban las mismas

Garantías. Si en la nueva Póliza suscrita se consideran servicios no contenidos en la Póliza de procedencia y existieran periodos de carencia para su utilización, se respetarán estos periodos como si de nuevo ingreso se tratara.

La cobertura del seguro cesará automáticamente desde la fecha de extinción de la Póliza, o desde la fecha de la baja de cualquiera de los Asegurados. No obstante, si el Asegurado está en tratamiento por alguna enfermedad, el Asegurador se obliga a prestarle la asistencia incluida en dicho tratamiento mientras dure el mismo.

Artículo 12º - Bases, pérdida de derechos, rescisión e indisputabilidad del Contrato

12.1 El presente Contrato ha sido concertado sobre las bases de las declaraciones efectuadas por el Tomador del Seguro y el Asegurado en el Cuestionario-Solicitud del Seguro, sobre su estado de salud y profesión habitual. Dichas declaraciones constituyen la base para la aceptación del riesgo del presente Contrato y forman parte integrante del mismo.

12.2 El Asegurado pierde el derecho a la prestación garantizada:

12.2.1 **Si al cumplimentar el cuestionario el Tomador del Seguro o Asegurado ha sido inexacto o ha omitido dolosamente cualquier circunstancia por él 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.**

12.2.2 **En caso de agravación del riesgo, si el Tomador del Seguro o el Asegurado no lo comunican al Asegurador y han actuado de mala fe.**

12.2.3 **Cuando el siniestro hubiese sido causado por mala fe del Asegurado.**

12.3 El Tomador podrá rescindir el Contrato cuando se varíe el cuadro facultativo, siempre que afecte al médico de cabecera, o al tocólogo, o al puericultor de zona, o al 50% de los especialistas que integren el Cuadro Médico del Asegurador, quien tendrá a disposición del Asegurado en todo momento en sus oficinas la relación completa y actualizada de dichos especialistas, para su consulta.

12.4 La Póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado y el Asegurador no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores, una vez transcurrido UN AÑO contado desde la fecha de efecto del presente Contrato para las coberturas sin periodo de carencia y contado desde la finalización de los periodos de carencia para aquellas coberturas que sí los tienen, salvo que el Tomador del Seguro o el Asegurado hayan actuado dolosamente.

12.5 En el supuesto de indicación inexacta de la fecha de nacimiento del Asegurado, el Asegurador sólo podrá impugnar el Contrato si la verdadera edad del Asegurado, en el momento de la entrada en vigor del Contrato, excede de los límites de admisión establecidos por aquel.

En otro caso, si como consecuencia de una declaración inexacta de la edad la Prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, el Asegurado vendrá obligado a abonar al Asegurador la diferencia existente entre las cantidades efectivamente satisfechas a este en concepto de Primas y las que realmente le hubiere correspondido pagar según su verdadera edad.

Si por el contrario la Prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, el Asegurador estará obligado a restituir el exceso de las Primas percibidas sin intereses.

Artículo 13º - Comunicación de un siniestro

A efectos de este seguro se entiende comunicado el siniestro al solicitar el Asegurado la prestación de la asistencia, salvo en los casos especificados en el artículo 7 "Formas de prestar la asistencia sanitaria" en los que se actuará conforme a lo allí estipulado.

Artículo 14º - Comunicaciones

14.1 Las comunicaciones que efectúe el Tomador del Seguro al agente de seguros que haya mediado en el Contrato surtirán los mismos efectos que si se hubiesen realizado directamente al Asegurador. Las comunicaciones efectuadas por un corredor al Asegurador en nombre del Tomador del Seguro surtirán los mismos efectos que si las realizara el mismo Tomador, salvo indicación en contrario de éste.

Artículo 15º - Actualización de Primas

15.1 El Asegurador podrá actualizar anualmente las Primas en aplicación de lo dispuesto en el artículo 9.4 de la Ley de Ordenación y Supervisión y Solvencia de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras 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 a las coberturas garantizadas de innovaciones tecnológicas de aparición o utilización posterior a la perfección del Contrato, u otros hechos de consecuencias similares.

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

15.2 El Asegurador comunicará al Tomador del seguro con 2 meses de antelación a la renovación del mismo, tanto la modificación de la prima como los cambios en la estructura de tramos de edad existentes en el momento de la contratación.

Artículo 16º - Estructura tarifaria según la edad y provincia

La Prima a satisfacer por el Tomador del Seguro y, en su caso, por el Asegurado variarán en función de la edad y provincia.

Cuando el Asegurado pase a una tabla de edad superior o cambie de provincia el domicilio de la prestación, se le aplicará automáticamente la Prima que corresponda a la nueva situación.

Artículo 17º - Prescripción

Las acciones que deriven de Contrato prescribirán a los cinco años, a contar desde el día en que pudieran ejecutarse.

Artículo 18º - Pacto adicional

Este contrato de seguro comprende de forma indisociable, integrando un todo unitario, las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, las Especiales si las hubiere, el cuestionario y/o solicitud y los Apéndices que recojan las modificaciones de cualquiera de las anteriores acordadas por las partes.

El Tomador/Asegurado declara haber leído y entendido todas las limitaciones y exclusiones contenidas en la presente Póliza, aceptándolas expresamente.

**El Tomador/Asegurado
Firmado**

Anexo de Garantía Asistencia en Viaje

Artículo 1º - Definiciones

A efectos de esta Garantía se entiende por:

1.1 Personas aseguradas

La persona física, residente en España, beneficiaria del seguro de asistencia sanitaria.

1.2 Ámbito del seguro y duración

El seguro tiene validez en el mundo entero y en España fuera de la provincia del domicilio habitual del Asegurado. Su duración va ligada a la del seguro de asistencia sanitaria.

1.3 Validez

Para poder beneficiarse de las prestaciones garantizadas, el Asegurado debe tener su domicilio en España, residir habitualmente en él y su tiempo de permanencia fuera de dicha residencia habitual, no exceder de los 90 días por viaje o desplazamiento.

Artículo 2º - Garantías cubiertas

2.1 Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos

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

- a) De los gastos de transporte en ambulancia hasta la clínica y hospital más próximo.
- b) **Del control por parte de su equipo médico, en contacto con el médico que atienda al Asegurado herido o enfermo para determinar las medidas convenientes al mejor tratamiento a seguir y el medio más idóneo, para su eventual traslado hasta otro centro hospitalario más adecuado o hasta su domicilio.**
- c) De los gastos de traslado por el medio de transporte más adecuado del herido o enfermo, hasta el centro hospitalario prescrito o a su domicilio habitual. Si el Asegurado fuera ingresado en un centro hospitalario no cercano a su domicilio, el Asegurador se hará cargo en su momento, del subsiguiente traslado hasta el mismo.

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

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

2.2 Envío de un médico

Si el estado de gravedad del Asegurado no permitiera su traslado y la asistencia que le pudiera ser prestada no fuera suficientemente idónea, el Asegurador enviará un médico al lugar donde se encuentre.

2.3 Transporte o repatriación de los Asegurados acompañantes

Cuando a uno de los Asegurados se le haya trasladado o repatriado por enfermedad o accidente en aplicación de la Garantía 2.1 (Transporte o repatriación sanitaria de heridos y enfermos) anterior y esta circunstancia impida al resto de los familiares también Asegurados el regreso hasta su domicilio por los medios inicialmente previstos, el Asegurador se hará cargo de los gastos correspondientes a:

- a) El transporte de los restantes Asegurados hasta el lugar de su residencia habitual o hasta el lugar donde este hospitalizado el Asegurado trasladado o repatriado.
- b) La puesta a disposición de una persona para que viaje y acompañe a los restantes asegurados de los que se trata en el punto a) anterior, cuantos éstos fueran hijos menores de 15 años del Asegurado repatriado y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje de regreso.

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

Si en el transcurso de un viaje falleciera el cónyuge, ascendiente o descendiente en primer grado, hermano o hermana del Asegurado y en el caso de que el medio utilizado para su viaje o el billete contratado de regreso no le permitiera anticipar el mismo, el Asegurador se hará cargo de los gastos de su transporte hasta el lugar de inhumación en España del familiar y, en su caso, de los de un billete de regreso al lugar donde se encontraba al producirse el evento, si por motivos profesionales o personales precisara proseguir su viaje, o dos billetes hasta su domicilio habitual siempre que el acompañante tenga la condición de Asegurado.

2.5 Billete de ida y vuelta para un familiar y gastos de hotel en el extranjero

Cuando el Asegurado se encuentre hospitalizado y su internación se prevea de duración superior a los 5 días, el Asegurador pondrá a disposición de un familiar del mismo billete de ida y vuelta a fin de acudir a su lado. Si dicha hospitalización es en el extranjero, el Asegurador se hará cargo de los gastos de estancia del familiar en un hotel, contra los justificantes oportunos, **hasta 90 euros por día con límite de 10 días y 900 euros.**

2.6 Asistencia domiciliaria a la familia

Si en el transcurso de un viaje y como consecuencia de un accidente o enfermedad, el Asegurado debiera ser hospitalizado, y su cónyuge se desplazara hasta el lugar del acaecimiento de los hechos, por aplicación de coberturas de la Póliza, siempre que ello determinase que las personas mayores de 70 años y/o menores de 15 que convivan habitualmente con el Asegurado quedasen solas en su domicilio, el Asegurador satisfará **hasta 50 euros diarios y por un máximo de siete días, para que una persona los cuide.**

El Asegurador se hará cargo de este pago o reembolso de los gastos contra presentación de facturas y previa autorización.

2.7 Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero

Si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente en el extranjero el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica farmacéutica u hospitalaria, el Asegurador se hará cargo de:

- a) los gastos y honorarios médicos y quirúrgicos.
- b) los gastos farmacéuticos prescritos por un médico.
- c) Los gastos de hospitalización.

La cantidad máxima cubierta por Asegurador, por el conjunto de los citados gastos que se produzcan en el extranjero, es de 12.000 euros.

2.8 Gastos de prolongación de estancia en un hotel en el extranjero

Cuando sea de aplicación la Garantía anterior de pago de gastos médicos, el Asegurador se hará cargo de los gastos de prolongación de estancia del Asegurado en un hotel en el extranjero, después de la hospitalización y bajo prescripción médica, **hasta un importe de 90 euros por día y con un máximo de 900 euros.**

2.9 Gastos para tratamientos odontológicos de urgencia en el extranjero

Si a consecuencia de la aparición de problemas odontológicos agudos como infecciones, dolores o traumas en el extranjero que requieran un tratamiento de urgencia, el Asegurador se hará cargo de los gastos inherentes al citado tratamiento **hasta un máximo de 120 euros.**

2.10 Envío de medicamentos en el extranjero

Si el Asegurado desplazado en el extranjero hubiera hecho uso de la Garantía 2.7 (Gastos médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y de hospitalización en el extranjero), el Asegurador se encargará del envío de los medicamentos necesarios para la curación del Asegurado, prescritos por un facultativo, y que no puedan encontrarse en el lugar donde éste se encuentre.

2.11 Orientación asistencial a distancia

Si el Asegurado precisara durante su viaje una información de carácter médico que no se le fuera posible obtener localmente, podrá solicitar la misma telefónicamente al Asegurador a través de la Central Permanente de Asistencia. El Asegurador facilitará el asesoramiento de las cuestiones sanitarias incluidas en la Póliza bajo supervisión de su equipo médico, sin que de las actuaciones emprendidas por el titular pueda considerarse responsable el Asegurador.

2.12 Transporte o repatriación de fallecidos y de los Asegurados acompañantes

El Asegurador se hará cargo de todas las formalidades a efectuar en el lugar del fallecimiento del Asegurado, así como de su repatriación hasta el lugar de su inhumación o incineración en España.

En el caso de que los familiares también Asegurados que le acompañaran en el momento de la defunción no pudieran regresar por los medios inicialmente previstos o por no permitírsele su billete de regreso contratado, el Asegurador se hará cargo el transporte de los mismos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

Si los familiares fueran hijos menores de 15 años del Asegurado fallecido y no contaran con un familiar o persona de confianza para acompañarles en el viaje, el Asegurador pondrá a su disposición una persona para que viaje con ellos hasta el lugar de la inhumación o de su domicilio en España.

2.13 Búsqueda y transporte de equipajes y efectos personales

En caso de robo, pérdida o extravío de equipajes y efectos personales, el Asegurador prestará asesoramiento al Asegurado para la denuncia de los hechos. También y si los mismos fueran recuperados, el Asegurador se encargará de su expedición hasta el lugar donde se encuentre el Asegurado de viaje o hasta su domicilio.

2.14 Transmisión de mensajes

El Asegurador se encargará de transmitir los mensajes urgentes que le encarguen los Asegurados, derivados de los eventos cubiertos por las presentes Garantías.

2.15 Información de viajes

El Asegurador facilitará, a petición del Asegurado, información referente a:

- a) Vacunación y petición de Visados para países extranjeros así como aquellos requisitos que están especificados en la publicación más reciente del T.I.M. (Travel Information Manual) Manual de Información sobre Viajes, publicación conjunta de catorce miembros de líneas aéreas de I.A.T.A.

El Asegurador no se responsabiliza de la exactitud de la información contenida en el T.I.M. ni de las variaciones que puedan realizarse en la citada publicación.

- b) Direcciones y números de teléfono de las embajadas españolas y consulados en todo el mundo, donde los hubiere, según figura en la "Guía de las Representaciones de España en el extranjero" editada por el Ministerio de Asuntos Exteriores.

2.16 Envío y/o reenvío de objetos olvidados y/o robados en el transcurso del viaje

El Asegurador organizará y tomará a su cargo el coste de reenvío al domicilio del Asegurado de aquellos objetos que hubiere olvidado éste en el lugar o lugares donde hubiera estado durante su viaje.

Esta Garantía se extiende a los objetos que se hubieran recuperado después de un robo en este viaje. Asimismo, el Asegurador enviará al Asegurado donde este se encuentre, aquellos objetos (de acuerdo con la legislación del país) que se puedan considerar de primera necesidad y que el Asegurado hubiera olvidado en su domicilio al emprender el viaje, siempre que fueran de reemplazamiento difícil o costoso en el lugar donde se halle el Asegurado.

En todos los casos señalados en la: presente Garantía, el Asegurador únicamente asumirá la organización del envío así como el coste de este, **hasta la cantidad de 120 euros**.

2.17 Adelanto de fondos en el extranjero

Si a consecuencia del robo de sus medios de pago (dinero, tarjetas de crédito, cheques de viaje, etc.), el Asegurado se quedase sin fondos para proseguir su viaje, el Asegurador se encargará de facilitarle un adelanto de fondos **hasta un máximo de 600 euros**.

El Asegurador se reserva el derecho a solicitar del Asegurado algún tipo de aval, garantía o depósito que le asegure el cobro del anticipo.

Para la prestación de esta garantía será indispensable la prestación por parte del Asegurado de la denuncia ante las autoridades competentes.

Artículo 3º - Delimitaciones de la cobertura de asistencia en viaje, exclusiones

- a) **Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas al Asegurador y que no hayan sido efectuadas con o por su acuerdo, salvo en, casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas.**

- b) **Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas.**
- c) **Cuando el viaje tenga por objeto recibir tratamiento médico, salvo que se acredite debidamente por el Asegurado o sus causahabientes que la enfermedad o accidente, o fallecimiento en su caso, no guarda relación con el tratamiento médico origen del desplazamiento.**
- d) **Los siniestros ocurridos en caso de guerra, manifestaciones y movimientos populares, actos de terrorismo y sabotaje, huelgas, detenciones por parte de cualquier autoridad por delito no derivado de accidente de circulación, restricciones a la libre circulación o cualquier otro caso de fuerza mayor, a menos que el Asegurado pruebe que el siniestro no tiene relación con tales acontecimientos.**
- e) **La muerte por suicidio o enfermedades y lesiones resultantes del intento o causadas intencionadamente por el titular, así mismo, así como las derivadas de acciones criminales del titular directa o indirectamente.**
- f) **El tratamiento de enfermedades o estados patológicos provocados por intencionada ingestión o administración de tóxicos (drogas), narcóticos, o por la utilización de medicamentos sin prescripción médica.**
- g) **Los gastos de prótesis, gafas y lentillas, los partos y embarazos excepto complicaciones imprevisibles durante sus primeros seis meses, y cualquier tipo de enfermedad mental.**
- h) **Las lesiones sobrevenidas en el ejercicio de una profesión de carácter manual.**
- i) **Los eventos ocasionados en la práctica de deportes en competición, en los deportes o actividades de alto riesgo (rafting, parapente, alpinismo, etc.), así como el rescate de personas en mar, montaña o desierto.**
- j) **Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9 euros.**
- k) **En el traslado o repatriación de fallecidos: los gastos de inhumación o incineración y ceremonia.**

Artículo 4º - Disposiciones adicionales de la cobertura de asistencia en viaje

En las comunicaciones telefónicas solicitando la asistencia de las Garantías señaladas, deben indicar: nombre del Asegurado, número de Póliza de asistencia sanitaria, el lugar donde se encuentra, número de teléfono y tipo de asistencia que precisa.

No se responde de los retrasos o incumplimientos debidos a causas de fuerza mayor o a 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 a España, o en su caso de necesidad, en cuanto se encuentre en un país donde se concurren las anteriores circunstancias, de los gastos en que hubiera incurrido y se hallen garantizados, mediante la presentación de los correspondientes justificantes.

Si el Asegurado tuviera derecho a reembolso por la parte del billete no consumida, al hacer uso de la Garantía de repatriación, dicho reembolso revertirá al Asegurador.

Las indemnizaciones fijadas en las Garantías serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener cubriendo los mismos riesgos, de las prestaciones de la seguridad social o de cualquier otro régimen de previsión colectiva.

El Asegurador queda subrogado en los derechos y acciones que puedan corresponder al Asegurado por hechos que hayan motivado la intervención de aquél y hasta el total del importe de los servicios prestados o abonados.

Para la prestación, por el Asegurador, de los servicios inherentes a las anteriores Garantías es indispensable que el Asegurado solicite su intervención, desde el momento del suceso, al teléfono que figura en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Helvetia Compañía Suiza
Sociedad Anónima de Seguros y Reaseguros

Sede Social Sevilla

Paseo de Cristóbal Colón 26
41001 Sevilla (España)
T +34 954 593 200
F +34 902 366 050
www.helvetia.es

Registro Mercantil de Sevilla, Tomo 136, Libro 14
Sección 3ª de Sociedades, Folio 47, Hoja 869
C.I.F. A 41003864
Capital Social
Suscrito y Desembolsado: 21.434.838,24 euros

