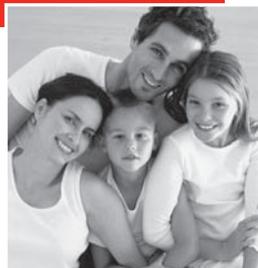


Condiciones Generales

**Asistencia
Sanitaria**



Condiciones Generales

MAPFRE
Salud



MAPFRE

MAPFRE ESPAÑA
COMPAÑÍA DE SEGUROS
Y REASEGUROS, S.A.
DOMICILIO SOCIAL
Edificio MAPFRE.
Carretera de Pozuelo, n.º 50.
28222 MAJADAHONDA
(Madrid)

Teléf. 918 365 365

MAPFRE **Salud**

Asistencia Sanitaria

De acuerdo con lo establecido en la Ley 50/80, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro se destacan en letra negrita las exclusiones y las cláusulas limitativas de los derechos de los asegurados contenidas en las Condiciones Generales de la póliza.

	<u>Pág</u>
Condiciones Generales	
Artículo Preliminar	3
Artículo 1º. Marco Jurídico que Regula la Póliza	3
Artículo 2º. Objeto y Extensión del Seguro	3
Artículo 3º. Descripción de las Garantías de Asistencia Sanitaria	4
3.1. Garantía Extrahospitalaria	4
3.1.1. Asistencia Primaria	4
3.1.2. Asistencia Especializada Ambulatoria	5
3.1.2.1. Coberturas Complementarias a la Asistencia Especializada Ambulatoria	7
3.1.2.2. Servicios Especiales	10
3.1.3. Asistencia Especializada	12
3.2. Garantía Hospitalaria	13
3.2.1. Hospitalización Quirúrgica	15
3.2.2. Hospitalización No Quirúrgica	15
3.2.3. Hospitalización Obstétrica	16
3.3. Garantía de Segundo Diagnóstico Internacional	17
3.4. Garantía de Acceso a la Red Hospitalaria en Estados Unidos de América	18
Artículo 4º. Garantía Bucodental	18
Artículo 5º. Garantía de Adopción Nacional e Internacional	19
Artículo 6º. Periodos de Carencia	20
Artículo 7º. Participación del Asegurado en el Coste de los Servicios	21
Artículo 8º. Autorización de Prestaciones de Asistencia Sanitaria	21
Artículo 9º. Tarjeta MAPFRE ESPAÑA	22
Artículo 10º. Asistencias y/o Gastos no cubiertos por la póliza	22
Artículo 11º. Garantías Adicionales	26
11.1. Protección de Pagos	26
11.2. Fallecimiento por Accidente	31
11.3. Asistencia en Viaje	32
Artículo 12º. Bases del Contrato	39
Artículo 13º. Perfección, efecto y duración del Contrato	40
Artículo 14º. Contratación a distancia del seguro	40
Artículo 15º. Importe, Pago de la Prima y Efectos de su Impago	41
Artículo 16º. Comunicaciones	44
Artículo 17º. Prescripción y Jurisdicción	44
Artículo 18º. Cláusula de Indemnización por el Consorcio de Compensación de Seguros	45
Riesgos Extraordinarios	
Resumen de las Normas Legales	46
Definiciones	
Definiciones	48
Anexo I	
Especialidades Cubiertas	55
Servicios Diagnósticos/Terapéuticos	58
Conceptos Especiales a Mencionar	59
Catálogo de Prótesis e Implantes Cubiertos	60
Franquicias	61

Condiciones Generales

ARTÍCULO PRELIMINAR

Los productos denominados “ASISTENCIA SANITARIA” incorporan distintas garantías que pueden ser contratadas de forma discrecional. En las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, se especifican las garantías suscritas por el Tomador en relación con cada Asegurado.

ARTÍCULO 1º. MARCO JURIDICO QUE REGULA LA PÓLIZA

El presente contrato de seguro se rige por lo establecido en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales, sus Anexos y Suplementos, el Certificado Individual de Seguro, en su caso, y, salvo pacto en contrario que resulte más beneficioso para el Asegurado, por la Ley de Contrato de Seguro (Ley 50/1980, de 8 de octubre), la Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (Ley 20/2015, de 14 de julio) y sus normas reglamentarias de desarrollo.

MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., en lo sucesivo la Aseguradora, tiene su domicilio social en España, siendo el Ministerio de Economía y Competitividad de dicho Estado, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, la autoridad encargada del control del ejercicio de su actividad.

Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro o de las cláusulas acordadas, el Tomador del Seguro, o en su caso el Asegurado, podrá reclamar a la Aseguradora en el plazo de un mes a contar desde la entrega de la póliza para que subsane la divergencia existente. Transcurrido dicho plazo sin efectuar la reclamación, se estará a lo dispuesto en la póliza.

ARTÍCULO 2º. OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la póliza, de acuerdo con las garantías contratadas por el Tomador y en relación con los riesgos que se describen en las presentes Condiciones Generales, mediante el pago de la prima y la participación del Asegurado en el coste de los servicios que, en su caso corresponda, la Aseguradora se compromete a:

Asumir directamente el coste de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que el Asegurado precise a consecuencia de enfermedad o lesión, incluido el derivado de los accidentes de tráfico y accidentes y/o enfermedades laborales, la cual se prestará a través de los servicios concertados por la Aseguradora a tal efecto.

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

El ámbito de aplicación de las garantías será España, excepto en las asistencias prestadas por la garantía de “Asistencia en Viaje”.

Condiciones Generales

Las garantías de la póliza tendrán validez siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. Si éste trasladara su domicilio fuera de España, las garantías de la póliza se extinguirán automáticamente.

ARTÍCULO 3º. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS DE ASISTENCIA SANITARIA

Las garantías contratadas se harán constar en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Seguro, y se prestarán exclusivamente a través de Servicios Concertados por la Aseguradora, conforme a lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza, en estas Condiciones Generales y en sus Anexos y, en su caso, en las Condiciones Especiales.

Se podrán contratar las siguientes garantías:

3.1. GARANTÍA EXTRAHOSPITALARIA

Esta garantía comprende la consulta con facultativo, cirugía menor en régimen ambulatorio, así como los procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos que en cada una de las asistencias específicamente se detallan a continuación, conforme a lo pactado en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Seguro.

La garantía extrahospitalaria incluye la atención de urgencias domiciliarias y ambulatorias.

3.1.1. Asistencia Primaria

Qué se cubre

La asistencia sanitaria en la consulta del facultativo y/o en el domicilio del Asegurado designado en la póliza, amparando los siguientes servicios:

- **Medicina General.**
- **Pediatría y Puericultura.** Comprende la asistencia a niños hasta 14 años de edad, así como el programa de medicina preventiva denominado “Programa del Niño Sano”. Este programa de Asistencia Primaria va dirigido fundamentalmente a todos los niños desde su nacimiento hasta los 11 años, y comprende:
 - Exploración neonatal y detección precoz de anomalías.
 - Exámenes periódicos de salud para el control de la nutrición y el desarrollo psicofísico.
 - Vacunaciones de acuerdo con el Calendario Oficial.
 - Registro de incidencias y enfermedades detectadas.
 - Promoción y educación para la salud infantil.
- **Medios de diagnóstico:** Análisis clínicos básicos y radiología convencional sin contraste.
- **Enfermería.**
- **Atención de urgencias domiciliarias y ambulatorias a través de Servicios Concertados.**

Cómo se presta el servicio

El Asegurado podrá elegir y concertar cita directamente con cualquier Servicio Concertado por la Aseguradora.

Los servicios de medicina general y enfermería incluyen la asistencia en consulta o en el domicilio del Asegurado, si bien este último supuesto sólo procederá cuando, a criterio del facultativo, el enfermo no pueda desplazarse por razón de la enfermedad o lesión que padezca.

La utilización de medios de diagnóstico y del servicio de enfermería requerirá la prescripción escrita de un facultativo que figure comprendido entre los Servicios Concertados por la Aseguradora, indicándose, en el caso del servicio de enfermería, si la asistencia es en consulta o en el domicilio.

Para la asistencia domiciliaria, la elección de un médico general o ATS fuera de la localidad en la que el Asegurado tenga su domicilio, precisará la aceptación previa del Servicio Concertado.

Las urgencias extrahospitalarias se cubrirán únicamente cuando sean prestadas en los Servicios de Urgencias no Hospitalarias indicados en la Guía Médica Asistencial vigente. En caso de duda, el Asegurado deberá contactar con el Servicio Telefónico de Urgencias de la Aseguradora, donde le dirigirán al Servicio Concertado más cercano para que reciba la asistencia necesaria. Las urgencias domiciliarias requerirán la obtención de autorización previa de la Aseguradora. En los casos de desplazamiento temporal fuera del domicilio, la autorización se solicitará a través del Servicio Telefónico de Urgencias de la Aseguradora.

3.1.2. Asistencia Especializada Ambulatoria

Qué se cubre

La asistencia por facultativo de las distintas especialidades médico-quirúrgicas que más adelante se detallan, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos y cirugía menor que **exclusivamente se realicen en consulta y/o sala de curas**. Adicionalmente, dentro de esta Asistencia Especializada se incluyen los contrastes radiológicos utilizados en las exploraciones de diagnóstico por la imagen.

Especialidades médicas cubiertas:

- **Alergología. Las vacunas y autovacunas serán a cargo del Asegurado.**
- **Análisis Clínicos.**
- **Anatomía Patológica.**
- **Anestesiología y Reanimación. Sólo será objeto de cobertura la anestesia en procesos quirúrgicos ambulantes.**
- **Angiología y Cirugía Vascular Periférica. No serán objeto de cobertura los tratamientos esclerosantes venosos.**
- **Aparato Digestivo.**
- **Cardiología.**
- **Cirugía Cardiovascular.**

Condiciones Generales

- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- **Cirugía Maxilofacial.**
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica y Reparadora.**
- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología.**
- **Diagnóstico por la Imagen.**
- **Endocrinología y Nutrición.**
- **Genética: Únicamente incluye los actos que figuren recogidos en el listado incluido en el Anexo I y sólo cuando en el marco de un cuadro clínico sean necesarios para la confirmación del diagnóstico genético que condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.**
- **Geriatría.**
- **Ginecología y Obstetricia.**
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Medicina Interna.**
- **Medicina Nuclear.**
- **Nefrología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía.**
- **Neurofisiología Clínica.**
- **Neurología.**
- **Odontostomatología. Incluye únicamente propuesta de tratamiento, una limpieza de boca anual, radiografías simples y extracciones dentarias simples. No será objeto de cobertura la periodoncia, endodoncia, empastes, ortodoncia, prótesis dentales, implantes y demás tratamientos dentales, salvo que se contrate la Garantía Bucodental de la presente póliza.**
- **Oftalmología. No será objeto de cobertura la terapia fotodinámica, la cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía) y la cirugía de la presbicia.**
- **Oncología Médica. Incluye únicamente consultas.**
- **Oncología Radioterápica. Incluye únicamente consultas.**
- **Otorrinolaringología.**
- **Podología. Comprende los tratamientos de la patología del pie, en lo referente a tumores superficiales benignos y las patologías de las uñas. Se incluyen en esta cobertura 4 sesiones de quiropodia al año, el tratamiento quirúrgico de la uña encarnada y el tratamiento podológico del papiloma.**
- **Psiquiatría. Incluye únicamente la consulta en procesos psiquiátricos agudos o reagudizados. No serán objeto de cobertura los tratamientos de deshabitación de patologías adictivas, así como el hospital de día por hospitalización psiquiátrica.**
- **Rehabilitación y Logofoniatría. Incluye los tratamientos necesarios hasta que el Asegurado haya conseguido la total o, en su defecto, máxima recuperación funcional, por haber entrado el proceso en un estado de estabilización insuperable o el tratamiento se constituya como terapia de mantenimiento u ocupacional. Un facultativo**

designado por la Aseguradora valorará la recuperación funcional conseguida. **Los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos para el Daño Cerebral Adquirido, en régimen extrahospitalario, con cobertura limitada a una sola vez por asegurado durante la vigencia de la póliza y un máximo de 90 días. Los tratamientos para rehabilitación del suelo pélvico tendrán un límite de 8 sesiones por Asegurado y año.**

- **Reumatología.**
- **Tratamiento del Dolor.**
- **Traumatología y Ortopedia.**
- **Urología. No será objeto de cobertura la hipertermia prostática.**
- **Ventiloterapia, Aerosolterapia, Oxigenoterapia.** Podrán prestarse en consulta o a domicilio según las especificaciones del facultativo. **No serán objeto de cobertura el CPAP, BIPAP y los monitores de apnea.**
- **Crio-preservación de las células madre de la sangre y del tejido del cordón umbilical.** Siempre que se haya solicitado este servicio **vinculado a que al menos uno de los dos progenitores sea asegurado en la póliza con anterioridad al parto y a la incorporación del recién nacido en la póliza en un plazo no inferior a 10 días desde su nacimiento**, la Aseguradora asumirá, por cuenta de los Asegurados, el abono de las cuotas anuales de mantenimiento devengadas durante el tiempo en que permanezca asegurado en la póliza del progenitor hasta un límite de treinta años.

Cómo se presta el servicio

El Asegurado podrá elegir y concertar cita directamente con los Servicios Concertados por la Aseguradora en todo el territorio nacional, salvo para determinados métodos terapéuticos o pruebas diagnósticas, que requerirán la obtención previa de autorización expresa de la Aseguradora para su cobertura y realización. La relación de las prestaciones sujetas a autorización se recoge en la Guía Médica Asistencial vigente.

El traslado para acceder a especialistas o centros médicos siempre será a cargo del Asegurado.

3.1.2.1. Coberturas Complementarias a la Asistencia Especializada Ambulatoria

Comprende los Programas de Medicina Preventiva diseñados por la Aseguradora que a continuación se indican, prestados en los centros específicamente concertados a tal efecto, y en los que se incluyen actuaciones médicas, exploraciones clínicas y utilización de medios de diagnóstico específicamente encaminados a la prevención de enfermedades.

Cuando no existan Servicios Concertados por la Aseguradora en la provincia de residencia del Asegurado, estos programas podrán realizarse, previa consulta con la Aseguradora, en Servicios Concertados de otras provincias.

● **Planificación familiar**

Este programa incluye:

- Técnicas de implantación del DIU (incluido el coste del DIU convencional o estándar).

Condiciones Generales

- Ligadura de trompas
- Vasectomía.

● Diagnóstico precoz de enfermedades de la mama

Este programa incluye:

- Análisis del riesgo de la Asegurada a partir del cuestionario establecido al efecto.
- Consulta y exploración por el médico especialista.
- Ecografía mamaria.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

Si como consecuencia de las anteriores pruebas se detectase una situación de riesgo, se efectuaría una mamografía.

El programa de diagnóstico precoz de enfermedades de la mama está dirigido fundamentalmente a mujeres mayores de 40 años que no hayan tenido hijos o que el primer hijo lo hayan tenido después de los 35 años, que hayan tenido la menarquia (aparición de la primera regla) antes de los 12 años, que hayan tenido la menopausia después de los 50 años, que estén en tratamiento hormonal y que tengan antecedentes de enfermedad mamaria o antecedentes familiares de cáncer de mama.

● Diagnóstico precoz de enfermedades ginecológicas

Este programa incluye:

- Análisis del riesgo de la Asegurada a partir del cuestionario establecido al efecto.
- Consulta y exploración por el médico especialista.
- Colposcopia y citología vaginal.
- Ecografía ginecológica.
- Analítica específica.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

El programa de enfermedades ginecológicas está dirigido fundamentalmente a mujeres mayores de 25 años que hayan tenido un embarazo antes de los 20 años, que padezcan infecciones genitales, que hayan tenido la menarquia (aparición de la primera regla) antes de los 12 años, que hayan tenido la menopausia después de los 50 años, con alteraciones en general de la regla y antecedentes familiares de cáncer ginecológico o que presenten obesidad, diabetes, hipertensión o tabaquismo.

● Diagnóstico precoz de enfermedades coronarias

Este programa incluye:

- Análisis del riesgo del Asegurado a partir del cuestionario establecido al efecto.
- Consulta y exploración por el médico especialista.
- Electrocardiograma.
- Prueba de esfuerzo.
- Analítica específica.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

Si como consecuencia de las anteriores pruebas se detectase una situación de riesgo, se practicaría un ecocardiograma.

El programa está dirigido fundamentalmente a personas mayores de 40 años, hombres o mujeres, que presenten colesterol elevado, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, obesidad, vida sedentaria o que tengan antecedentes familiares de enfermedad coronaria.

● **Diagnóstico precoz de enfermedades de la próstata**

Este programa incluye:

- Análisis del riesgo del Asegurado a partir del cuestionario establecido al efecto.
- Consulta y exploración por el médico especialista.
- Ecografía urológica.
- Analítica específica.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

El programa está dirigido fundamentalmente a varones mayores de 50 años, con o sin síntomas en la micción, que quieran conocer el estado de su próstata.

● **Diagnóstico precoz de la diabetes y seguimiento del enfermo diabético**

Este programa incluye:

- Diagnóstico precoz de la diabetes con consulta y exploración por el especialista, electrocardiograma, fondo de ojo, analítica específica, informe y recomendaciones.
- Seguimiento y tratamiento de enfermos diabéticos con control y seguimiento por especialista, consulta diabetológica de seguimiento anual con ficha personalizada del paciente, analítica específica y otras exploraciones diagnósticas.

El programa del diagnóstico precoz de la diabetes está dirigido a todas aquellas personas que presenten historia familiar de diabetes, obesidad, mayores de 40 años con hipertensión arterial y colesterol alto y aquellas personas que presenten cansancio excesivo, aumento del apetito, de la sed, del volumen de orina emitido al día y adelgazamiento.

El programa de seguimiento y tratamiento de enfermos diabéticos está dirigido a todas las personas diagnosticadas de diabetes.

● **Diagnóstico precoz del glaucoma**

Este programa incluye:

- Cuestionario de valoración del riesgo.
- Consulta y exploración por médico especialista en oftalmología examinando la agudeza visual y el nervio óptico, con toma de tensión intraocular.
- Examen con lámpara de hendidura de segmento anterior del ojo.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

Si se detectase aumento de presión intraocular y/o afectación del nervio óptico se practicaría gonioscopia y campimetría para determinar el estado de la enfermedad.

Este programa está dirigido fundamentalmente a aquellas personas que presenten antecedentes familiares de glaucoma, que sean miopes, que estén afectas de enfermedad cardiovascular, migrañas o diabetes, que hayan estado tomando medicación que pueda subir la tensión intraocular en los últimos 2 años (antidepresivos o corticoides fundamental-

Condiciones Generales

mente) o mayores de 40 años que no se hayan realizado una exploración oftalmológica en los últimos 3 años.

- **Detección precoz de la sordera en niños.**

Este programa incluye:

- Consulta y exploración.
- Otoemisiones acústicas.
- Potenciales evocados auditivos del tronco cerebral.

Este programa está dirigido a Asegurados desde su nacimiento hasta los 7 años de edad, siendo imprescindible para su prestación que en el momento del nacimiento la madre o el padre tuvieran una antigüedad en póliza superior a 8 meses.

Se incluyen las sesiones de logopedia, **hasta un límite máximo de 20 sesiones por Asegurado y año.**

- **Rehabilitación cardiaca**

Este programa incluye:

- Consulta y valoración por especialistas.
- Sesiones de rehabilitación cardiaca mediante ejercicios físicos bajo control y monitorización cardiológica, **hasta un límite máximo de 30 sesiones por Asegurado y año.**
- Ergometría de control.

Comprende los programas de rehabilitación dirigidos a enfermos coronarios y post-operados de intervenciones quirúrgicas cardíacas, con la finalidad de mejorar su condición física y psicológica, facilitando la reincorporación del paciente, lo antes posible, a su vida laboral y social.

Los Asegurados desplazados podrán recibir parte del tratamiento en el centro de rehabilitación concertado por la Aseguradora, y el resto realizarlo en su propio domicilio siguiendo los protocolos dados por el centro y bajo la supervisión del cardiólogo responsable del paciente.

3.1.2.2. Servicios Especiales

- **Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal**

Qué se cubre

Este servicio incluye consulta con el psicólogo y tratamiento, **hasta un límite máximo de 20 sesiones por Asegurado y año, salvo para trastornos de la alimentación, en cuyo caso se amplía hasta 40 sesiones por Asegurado y año.**

Cómo se presta el servicio

El Asegurado deberá obtener autorización previa de la Aseguradora. Asimismo, el tratamiento debe haber sido prescrito por un psiquiatra comprendido entre los Servicios Concertados por la Aseguradora, como tratamiento complementario a patologías psiquiátricas.

La prescripción se acompañará, en todo caso, de un informe del médico prescriptor que justifique que el tratamiento solicitado se encuentra dentro de las coberturas de la póliza. **Existirá una franquicia a cargo del Asegurado, la cual se recogerá en el Anexo I de estas Condiciones Generales. Dicha franquicia se revisará anualmente y podrá variar en función de las variaciones de los costes asistenciales previa comunicación al Asegurado.**

● Osteopatía

Qué se cubre

El tratamiento prescrito por el osteópata con un **máximo de 8 sesiones por asegurado y año.**

Cómo se presta el servicio

El Asegurado deberá acudir a un osteópata de la Guía Médica Asistencial **previa autorización de la Compañía. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado, la cual se recogerá en el Anexo I de estas Condiciones Generales. Dicha franquicia se revisará anualmente y podrá variar en función de las variaciones de los costes asistenciales previa comunicación al Asegurado.**

● Estudio biomecánico de la marcha

Qué se cubre

El estudio, a través de un sistema especializado en el análisis de la marcha, observando las posibles alteraciones que puedan repercutir en su estructura esquelética con la finalidad de prevenir lesiones o corregir problemas ya instaurados.

En adultos se cubre la realización de un estudio cada cinco años y en niños (hasta los 14 años de edad) la realización de un estudio cada dos años.

Cómo se presta el servicio

Para la realización del estudio, el Asegurado deberá acudir a los centros recomendados por la Aseguradora y previa prescripción médica.

Una vez realizado el estudio, el Asegurado, si lo desea, **podrá solicitar a su cargo, la digitalización del estudio, que permite obtener un molde virtual del pie en tres dimensiones, y la fabricación de unas plantillas personalizadas, debiendo abonar los importes de los mismos al centro o servicio que los realice.**

● Reproducción Asistida

Qué se cubre

El tratamiento y estudio de la esterilidad/infertilidad de la pareja, técnicas de inseminación artificial y de fecundación "in vitro". **Será necesario que ambos miembros de la pareja sean Asegurados de la póliza, que ninguno de ellos haya sido sometido a cirugía anticonceptiva (vasectomía o ligadura de trompas), que se haya confirmado el diag-**

Condiciones Generales

nóstico de esterilidad de uno de los miembros, que no hayan cumplido la edad de 40 años y que no hayan tenido descendencia ni de forma natural ni mediante técnicas de reproducción asistida. La cobertura alcanza a dos intentos de inseminación artificial y un intento de fecundación “in vitro “ durante la vigencia de la póliza.

Cómo se presta el servicio

En la reproducción asistida, la prescripción y elección del tratamiento lo realizará el especialista en técnicas de reproducción asistida designado por la Aseguradora, basándose en los estudios de esterilidad correspondientes. El tratamiento se llevará a cabo en los centros médicos y hospitalarios y por los facultativos designados al efecto por la Aseguradora, los cuales no tienen por qué estar necesariamente ubicados en la provincia del domicilio de los Asegurados.

En caso de aplicación de las técnicas ICSY o micro inyección espermática existirá una franquicia a cargo del Asegurado, la cual se recogerá en el Anexo I de estas Condiciones Generales. Dicha franquicia se revisará anualmente y podrá variar en función de las variaciones de los costes asistenciales previa comunicación al Asegurado.

La aplicación de técnicas de reproducción asistida se ajustará, en todo caso, a la legislación vigente.

3.1.3. Asistencia Especializada Obstétrica

Qué se cubre

La asistencia del obstetra o del ginecólogo en régimen ambulatorio, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios del seguimiento del embarazo de la Asegurada, siempre y cuando no se precise el ingreso hospitalario. En concreto, esta asistencia cubre en régimen ambulatorio y en los Servicios Concertados a tal efecto por la Aseguradora: las citologías, ecografías, laparoscopia, cariotipos, genotipos, amniocentesis, amnioscopia y la monitorización materno-fetal.

Dentro de esta asistencia se incluyen los siguientes Programas de Medicina Preventiva:

- **Preparación al parto**

Dirigido fundamentalmente a mujeres gestantes a partir del segundo trimestre del embarazo. Comprende el conjunto de técnicas respiratorias y de relajación, gimnasia prenatal y psicoterapia de grupo, que se aplican con la finalidad de que la gestante se encuentre preparada física y psicológicamente para el momento del parto. **El tratamiento completo tendrá una duración máxima de 15 horas.**

- **Seguimiento y tratamiento de la diabetes en el embarazo**

Dirigido a mujeres diabéticas embarazadas o aquellas que, durante el transcurso del embarazo, presenten alteración en su glucemia. Comprende el diagnóstico precoz, la interconsulta y la educación diabetológica, analítica y exploraciones específicas.

Cómo se presta el servicio

La Asegurada podrá elegir y concertar cita directamente con los Servicios Concertados por la Aseguradora en todo el territorio nacional, salvo para determinados métodos terapéuticos o pruebas diagnósticas, que requerirán la obtención de autorización expresa de la Aseguradora. **La relación de las prestaciones sujetas a autorización se recogerá en la Guía Médica Asistencial vigente.**

3.2. GARANTÍA HOSPITALARIA

Qué se cubre

Esta garantía incluye la estancia en un centro hospitalario de los Servicios Concertados por la Aseguradora, con uso de habitación individual, manutención del Asegurado ingresado, cama de acompañante (si el hospital dispone de ellas), utilización de quirófano, material fungible, material de osteosíntesis, prótesis, implantes (según Anexo I de las Condiciones Generales de la póliza), medicamentos, tratamientos y pruebas diagnósticas, así como los honorarios devengados por los Servicios Concertados por la Aseguradora que intervengan durante la hospitalización.

Se cubrirán las prestaciones por Cirugía Mayor Ambulatoria y las realizadas en hospitales de día, tanto para procesos quirúrgicos como médicos (incluidas la medicación, productos y medios de diagnóstico utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario), conforme a lo pactado en las presentes Condiciones Generales y Particulares.

A efectos de este contrato, se entiende por hospitalización, el registro de entrada del paciente y su encamamiento en el hospital durante un mínimo de 24 horas, los ingresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y los ingresos en hospital de día.

La prestación del servicio hospitalario se ajustará, en todo caso, a las características y posibilidades del centro hospitalario y de las diferentes unidades especiales de hospitalización.

Dentro de esta garantía hospitalaria, se incluye también la Unidad de Vigilancia Intensiva, Unidad Coronaria, Unidades de Aislamiento, la hospitalización a domicilio, así como el servicio de ambulancia convencional o medicalizada, en la modalidad hospitalaria que corresponda. Este servicio de ambulancia será efectuado por uno de los Servicios Concertados por la Aseguradora para el traslado del Asegurado a uno de los centros hospitalarios incluidos en la Guía Médica Asistencial vigente.

Las urgencias hospitalarias se cubrirán en los Servicios Concertados indicados en la Guía Médica Asistencial vigente. En caso de duda, el Asegurado deberá contactar con el Servicio Telefónico de Urgencias de la Aseguradora, donde le dirigirán al Servicio Concertado más cercano para que reciba la asistencia necesaria.

● Servicio de Ambulancia

Este servicio comprende los traslados en ambulancia ordinaria o medicalizada en los casos que se especifican más adelante, **siempre que un facultativo lo ordene por escrito y concurren circunstancias especiales de imposibilidad física que impidan**

Condiciones Generales

al enfermo la utilización de los servicios de transporte ordinarios (servicios públicos, taxi, vehículo propio y/o similares). El servicio se refiere exclusivamente a ambulancias terrestres y no se establece limitación de kilómetros en el mismo:

- Traslado del asegurado al hospital en caso de urgencia.
- Traslados interhospitalarios del asegurado.
- Traslado del asegurado desde el hospital a su domicilio una vez reciba el alta hospitalaria.
- Traslados del asegurado en régimen de hospitalización a domicilio para acudir a una consulta, o realizar rehabilitación, fisioterapia o pruebas diagnósticas.

Cómo se presta el servicio

Con carácter general, para cualquier tipo de hospitalización, **deberá solicitarse autorización previa a la Aseguradora con una antelación de, al menos, 48 horas.**

La prescripción del especialista para la asistencia hospitalaria deberá recaer en un Servicio Concertado por la Aseguradora, indicándose el motivo del internamiento.

En los casos de hospitalización urgente, bastará la prescripción escrita o el informe de ingreso emitido por el Servicio Concertado. En estos casos, el Asegurado deberá identificarse ante los servicios administrativos de la clínica como Asegurado de MAPFRE ESPAÑA, debiendo comunicar el ingreso a la Aseguradora en el plazo máximo de las 72 horas siguientes, ello a los efectos de obtener la autorización correspondiente.

Si se tratara de urgencia extrema o vital, el Asegurado podrá ser atendido por el médico o centro hospitalario más próximo. En este caso, el Asegurado u otra persona en su nombre, deberá comunicarlo de forma fehaciente (telegrama, telefax, o comparecencia personal) dentro de las 72 horas siguientes a la atención y/o al ingreso y obtener la autorización de la Aseguradora. Asimismo, deberán presentar informe médico que justifique la urgencia extrema o vital. Los servicios médicos especialmente designados por la Aseguradora podrán decidir el traslado del Asegurado a un Servicio Concertado, siempre que para ello no haya contraindicación médica y, en todo caso, valorar la gravedad de la urgencia que motivó la asistencia por servicios no concertados por la Aseguradora.

Si el Asegurado o la persona que lo represente no acepta el traslado indicado en el párrafo anterior, la Aseguradora no se hará cargo de los gastos que se devenguen desde el momento de su comunicación. Igualmente, la Aseguradora no se hará cargo de los gastos cuando el tipo de urgencia no justifique su atención por servicios no concertados.

El servicio de hospitalización a domicilio requerirá, en todos los casos, la obtención de autorización previa de la Aseguradora, cuya concesión estará supeditada a la existencia en la localidad del domicilio del Asegurado de Servicios Concertados que lo puedan prestar. Comprenderá, exclusivamente, la atención médica por médico general y la intervención de personal de enfermería para la aplicación de inyectables, sueroterapia, sondajes y curas.

3.2.1. Hospitalización Quirúrgica

Qué se cubre

La hospitalización para tratamiento de enfermedades o lesiones que precisen de cirugía en las distintas especialidades quirúrgicas, incluida la cirugía endoscópica, el endoláser en Angiología y Cirugía Vasculat, el láser KTP y láser Holmium en Urología, láser en Oftalmología y Cirugía General y del Aparato Digestivo, así como la cirugía mayor ambulatoria.

Programa de tratamiento de la sordera en niños, dirigido a Asegurados desde su nacimiento hasta los 7 años de edad, siendo imprescindible para su prestación que en el momento del nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 8 meses. **Exclusivamente** en los casos de sordera bilateral y mayor de 40 dBHL en el oído más sano, la Aseguradora cubrirá, además de lo indicado anteriormente, lo siguiente:

- Un implante coclear, con un límite máximo de 22.000€ por Asegurado y para toda la vigencia de la póliza.
- Dos audífonos, **uno para cada oído**, para toda la vigencia de la póliza y con un límite máximo de 2.000€ cada uno.

La asistencia médico-quirúrgica para los trasplantes de córnea, corazón, hígado, riñón, pulmón, páncreas y médula ósea. El trasplante se realizará por el equipo médico y en el centro hospitalario que designe la Aseguradora.

El reintegro, hasta el límite económico previamente fijado, del coste de adquisición de las prótesis, implantes que, **exclusivamente**, se recogen en la Relación de Prótesis e Implantes del Anexo I de estas Condiciones Generales, y que hayan sido utilizados en una intervención quirúrgica autorizada por la Aseguradora. El reintegro se efectuará tras la presentación de la correspondiente factura de la empresa suministradora de la prótesis y/o implante, una vez abonada por el Asegurado. **La Aseguradora se reserva el derecho a modificar cada anualidad de vigencia de la póliza los importes a reintegrar así como a incluir y/o eliminar elementos en la relación, previa comunicación al asegurado.**

3.2.2. Hospitalización no Quirúrgica

Qué se cubre

La hospitalización para el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades o lesiones que precisen ingreso hospitalario en las distintas especialidades médicas que, a juicio de un médico especialista que figure en los Servicios Concertados por la Aseguradora, deban realizarse en régimen de internamiento hospitalario. No existe límite en el número de estancias.

En caso de **Daño Cerebral Adquirido** (traumático, vascular, etc.) y **Daño Medular**: se cubren los tratamientos médico-quirúrgicos, tratamientos de rehabilitación funcional motor y rehabilitador en unidades específicas de lesionados medulares, así como los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos **con un límite de 60 días en régimen de internamiento hospitalario. Esta cobertura alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza**

Condiciones Generales

La hospitalización psiquiátrica para el tratamiento de enfermos mentales afectados de procesos agudos o crónicos reagudizados. Presenta un límite máximo de 60 días por Asegurado y año, en régimen de internamiento hospitalario o en hospital de día.

En el caso de hospitalizaciones pediátricas no existe límite de estancia.

3.2.3. Hospitalización Obstétrica

Qué se cubre

Comprende **exclusivamente** la cobertura hospitalaria por motivos obstétricos, la asistencia al parto o cesárea en régimen de hospitalización, la asistencia al neonato no incorporado a la póliza con un límite **máximo de 3 días para parto normal y 5 días para parto por cesárea** y la garantía de crio-preservación de las células madre de la sangre y del tejido del cordón umbilical. Incluye la anestesia epidural, a petición de la Asegurada, siempre que exista indicación médica y el centro disponga de los medios técnicos y profesionales que lo permitan.

● Crio-preservación de células madre de la sangre y del tejido del cordón umbilical (SCU y TCU)

Servicio vinculado a que al menos uno de los progenitores sea asegurado en la póliza con anterioridad al parto y a la incorporación del recién nacido en la póliza en un plazo inferior a 10 días desde la fecha de nacimiento.

Qué se cubre

La Aseguradora asumirá **el pago del coste anual de mantenimiento** de la muestra en el banco de células.

En qué consiste

Siempre que se cumplan los requisitos mencionados, esta garantía incluye el servicio de crio-preservación de las células madre del cordón umbilical (obtenidas del tejido y/o de la sangre según la modalidad contratada por el asegurado).

Este servicio comprende:

- Kit de extracción.
- Procesamiento de la muestra.
- Determinación de la viabilidad.
- Confirmada la viabilidad, el almacenamiento y mantenimiento de la muestra en el banco de células por un período de 30 años. (Cubierto a través de la garantía de Asistencia Especializada, según se indica en el punto 3.3.1. de estas Condiciones Generales).

Cómo se presta este servicio

El servicio se prestará exclusivamente a través de los proveedores concertados por la Aseguradora. El Asegurado solicitará el servicio a la Aseguradora y esta le indicará el procedimiento para acceder al mismo.

Para la contratación del servicio (kit de extracción, procesamiento y determinación de viabilidad) y almacenamiento de la muestra en el banco de células, el Asegurado deberá satisfacer el importe detallado en el Anexo I de estas Condiciones Generales. Por su parte, la Aseguradora asumirá por cuenta de los Asegurados, el abono de las cuotas anuales de mantenimiento devengadas durante el tiempo en que permanezca asegurado en la póliza del progenitor hasta un límite de treinta años. Si la muestra resultase inviable a todos los efectos o de su procesamiento se obtuviera un número de células insuficiente, la Aseguradora no asumirá pago alguno de las cuotas de mantenimiento.

3.3. GARANTÍA DE SEGUNDO DIAGNÓSTICO INTERNACIONAL

Siempre que se haga constar la inclusión de esta garantía en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, estará cubierto un segundo diagnóstico internacional en los términos que aquí se especifican.

Qué se cubre

La realización de una interconsulta clínica con otro especialista o centro hospitalario acreditado a nivel mundial, con el fin de confirmar un diagnóstico o diferentes alternativas terapéuticas, según la relevancia de la patología a tratar.

Cómo se presta el servicio

El Asegurado o el médico responsable del tratamiento con el previo consentimiento escrito de éste, podrán solicitar una interconsulta llamando al centro de atención telefónica de MAPFRE ESPAÑA o contactando directamente con el servicio médico de la Aseguradora, quienes analizarán cada caso en particular y lo enviarán al hospital que tenga más experiencia y prestigio en esa patología relevante.

El facultativo especialista de la Aseguradora, responsable de la asistencia, confeccionará el expediente clínico del Asegurado, que se hará llegar a través de la Aseguradora al especialista o centros que estén acreditados como los más idóneos a nivel mundial en esa patología relevante.

Los servicios médicos de la Aseguradora, con la debida confidencialidad, remitirán la respuesta de la consulta a quien haya solicitado la misma.

Condiciones Generales

3.4. GARANTIA DE ACCESO A LA RED HOSPITALARIA EN ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

Siempre que se haga constar la inclusión de esta garantía en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, estará cubierto el acceso a la red hospitalaria en los Estados Unidos de América en los términos que aquí se especifican.

Qué se cubre

Esta garantía comprende las gestiones necesarias para el tratamiento del Asegurado en régimen hospitalario en EE.UU., con acceso a una amplia red seleccionada por la Aseguradora en ese país, **así como el reintegro al Asegurado del 60 por ciento de los gastos médicos y hospitalarios que se originen con ocasión de dicho tratamiento, si, como consecuencia de la garantía del “Segundo Diagnóstico Internacional”, se desprendiera la necesidad de que el Asegurado se someta al mismo.**

Cómo se presta el servicio

La Aseguradora solicitará el presupuesto de los gastos médicos y hospitalarios al centro médico de la red seleccionado por el Asegurado y, una vez aceptado, tramitará su traslado así como las citaciones con el centro hospitalario, y la contratación de intérpretes si éstos fuesen necesarios.

El Asegurado será hospitalizado en el centro hospitalario elegido, a precios preferenciales, **siendo a su cargo los gastos ocasionados por el traslado, tanto ordinario como en medios medicalizados, los gastos causados por acompañantes y los derivados de la utilización de servicios de auxilio, tales como intérpretes.**

La Aseguradora, con el apoyo de especialistas concertados a este fin, auditará la factura hospitalaria que emita el centro médico en el que se haya efectuado la hospitalización.

Una vez confirmada la exactitud de la factura hospitalaria, **el Asegurado procederá a su pago íntegro.** Posteriormente, la Aseguradora efectuará el reintegro del 60 % de los gastos médicos y hospitalarios devengados durante la hospitalización.

ARTÍCULO 4º. GARANTÍA BUCODENTAL

Siempre que se haga constar la inclusión de esta garantía en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, estará cubierta la asistencia bucodental en los términos que aquí se especifican.

Qué se cubre

Esta garantía comprende una serie de actos odontoestomatológicos básicos, de los que el Asegurado podrá hacer uso sin coste alguno, y otros actos específicos con un coste franquiciado, y ello conforme a lo estipulado en las Condiciones Especiales correspondientes a esta garantía.

Incluye una ampliación de las coberturas odontoestomatológicas de la garantía de asistencia especializada ambulatoria conforme lo estipulado en las Condiciones Especiales de ésta garantía “Garantía Bucodental” (Franquicia Dental).

Cómo se presta el servicio

El Asegurado podrá elegir y concertar cita directamente con un especialista en Odontoes-tomatología concertado con la Aseguradora a nivel nacional.

El Asegurado se identificará como tal ante el Servicio Concertado, presentando a tal efecto su tarjeta sanitaria antes de la realización de ningún tipo de acto o tratamiento odontoló-gico.

El Servicio Concertado le realizará el examen oportuno, facilitándole con posterioridad un documento denominado Presupuesto Bucodental, que deberá ser firmado por ambas par-tes.

El Asegurado participará en el coste de los servicios mediante el abono de las fran-quicias que figuran en las Condiciones Especiales de esta garantía. Las franquicias establecidas son válidas para el año natural de contratación del seguro, reserván-dose la Aseguradora el derecho de modificar el importe de las mismas, así como a someter a franquicia prestaciones que no la tenían prevista al contratar el seguro, previa comunicación al Asegurado, para los siguientes periodos de vigencia.

El Asegurado abonará directamente al Servicio Concertado las franquicias dentales que correspondan a los actos que figuran en el presupuesto bucodental. El importe deberá coincidir con las cantidades indicadas en el apartado ACTOS GARANTIZADOS de las Condiciones Especiales de esta garantía. El Servicio Concertado facilitará al Asegurado comprobantes de todos los actos realizados y justificantes de las franquicias pagadas.

ARTÍCULO 5º. GARANTÍA DE ADOPCIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL

Qué se cubre

El Asegurado tendrá derecho al reembolso de dichos gastos siempre que tenga contratada en su póliza tanto la Garantía Extrahospitalaria como la Garantía Hospitalaria.

El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional, **hasta un máximo de 12.000 euros por adopción**, a todos aque-llos Asegurados que cumplan las particularidades y condiciones exigidas por la ley en materia de adopciones y que hayan solicitado el inicio de los trámites **48 meses después de la fecha de alta en la póliza**. En ningún caso serán reembolsables los trámites de adopción iniciados antes de la fecha de efecto de la cobertura en póliza.

Comprende el reembolso de los gastos ocasionados por la realización de las siguientes actividades: expedición del certificado de idoneidad y, en su caso, del compromiso de seguimiento, obtención de cualesquiera documentos relacionados con la adopción, legali-zaciones o autenticaciones de dichos documentos, traducciones, donaciones a orfanatos o casa cuna, emisión de pasaportes o visados y gastos de viaje, alojamiento y manuten-ción en el lugar donde se realice la adopción. **No serán objeto de reembolso los gastos de adopción derivados de un proceso de gestación por sustitución.**

Condiciones Generales

Cómo se presta el servicio

Para el reconocimiento del derecho a esta prestación, el Asegurado deberá hacer entrega a la Aseguradora, una vez finalizados todos los trámites, de una copia del certificado de idoneidad así como de la solicitud del mismo y del compromiso de seguimiento, en los casos en que así lo exija el país de origen del adoptado, así como de la resolución que acuerde la adopción inscrita en el Registro Civil o cualquier otra documentación que acredite la adopción simple junto con la resolución favorable de la Comunidad Autónoma correspondiente para tramitar la adopción plena. Asimismo, deberá aportar las facturas y recibos originales, debidamente cumplimentados, con las garantías legales suficientes de autenticidad.

Verificada esta documentación, si es procedente el reembolso, éste se hará efectivo mediante transferencia bancaria a la cuenta designada por el Asegurado en la póliza.

Los gastos en moneda distinta al euro se abonarán en esta moneda, calculándose el cambio de la divisa al cambio oficial que el Banco de España tuviera fijado para el día en que se hubiera producido el gasto.

ARTÍCULO 6º. PERIODOS DE CARENCIA

Las prestaciones se entenderán cubiertas una vez que haya tomado efecto la póliza, salvo que la causa determinante de la prestación sea la enfermedad, en cuyo caso deberán haber transcurrido los siguientes periodos de carencia, excepto pacto en contrario recogido en las Condiciones Particulares de la póliza:

Intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento	6 meses
Hospitalización de cualquier tipo, salvo urgencia extrema o vital	6 meses
T.A.C. coronario	6 meses
Resonancia magnética, PET, radiología vascular e intervencionista, polisomnografía, medicina nuclear e isótopos radioactivos	6 meses
Hemodinámica	6 meses
Diálisis	6 meses
Litotricia	6 meses
Oncología médica o radioterápica	6 meses
Acceso a la Red Hospitalaria de Estados Unidos de América	6 meses
Rehabilitación y Rehabilitación cardiaca	6 meses
Consulta/Tratamientos de psicoterapia breve	6 meses
Consulta/Tratamientos de osteopatía	6 meses
Genética	6 meses
Embarazo, cariotipos, genotipos, amniocentesis preparación al parto y asistencia al parto o cesárea	8 meses
Estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida (deben estar incluidos ambos miembros de la pareja, computándose el periodo de carencia desde la fecha de inclusión del miembro más reciente)	48 meses

Adopción Nacional e Internacional (el inicio de los trámites de adopción debe haberse solicitado 48 meses después de la fecha de alta del Asegurado en póliza) 48 meses

En los supuestos en que la causa determinante de la prestación sea un accidente no se aplicará período de carencia alguno.

El cómputo del periodo de carencia se iniciará desde la fecha de inclusión de cada Asegurado en cada una de las garantías contratadas.

ARTÍCULO 7º. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS

El Asegurado participará en el coste de los servicios mediante el abono de una cantidad establecida para cada servicio que figura en el Anexo I de estas Condiciones Generales así como en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro.

El importe de la participación del Asegurado en el coste de los servicios se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales.

Las cantidades a abonar por el Asegurado son válidas para el año natural de contratación del seguro, reservándose la Aseguradora el derecho a modificar su importe, así como a establecer el abono de una cantidad en prestaciones que no la tenían prevista al contratar el seguro, previa comunicación al Asegurado, para los siguientes periodos de vigencia.

ARTÍCULO 8º. AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA

El Asegurado deberá cumplir las siguientes normas:

Comprobar, antes de acudir al profesional o centro sanitario, que sea un Servicio Concertado por la Aseguradora.

Cada acto sanitario prestado requerirá de un único pase de tarjeta, que se podrá efectuar en soporte papel o por datáfono.

Para aquellas prestaciones que requieran autorización expresa de la Aseguradora, el Asegurado deberá facilitar informe médico en el que se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, fecha de diagnóstico, causas, origen y evolución de la dolencia sufrida.

En caso de que la prestación derive de un accidente, será necesario aportar informe asistencial del servicio de urgencias, y, en su caso, parte de accidente, atestado y diligencias judiciales.

No anticipar el pago de los gastos ocasionados por la utilización de Servicios Concertados, los cuales serán abonados por la Aseguradora en su nombre, directamente a los profesionales y/o centros sanitarios que hayan prestado el servicio.

ARTÍCULO 9º. TARJETA MAPFRE ESPAÑA

La Aseguradora facilitará a los Asegurados la tarjeta MAPFRE ESPAÑA, la cual tiene una validez limitada por un período de tiempo determinado.

El Asegurado deberá identificarse en el Servicio Concertado como Asegurado de MAPFRE ESPAÑA mediante la exhibición de su tarjeta, a la que acompañará, obligatoriamente, su documento nacional de identidad, número de identificación de extranjero o pasaporte. En caso de menores de edad o incapacitados, la identificación se realizará por su tutor o representante legal.

La tarjeta MAPFRE ESPAÑA es personal e intransferible, reservándose la Aseguradora las acciones legales que procedan en el supuesto de uso fraudulento de la misma. En caso de robo, hurto o extravío, el Asegurado está obligado a comunicar esta circunstancia a la Aseguradora a la mayor brevedad posible; asimismo, el Asegurado deberá devolver la tarjeta de la Aseguradora al finalizar la relación contractual.

ARTÍCULO 10º. ASISTENCIAS Y/O GASTOS NO CUBIERTOS POR LA PÓLIZA

No están cubiertos por la póliza las asistencias y/o gastos indicados a continuación:

1. Salvo autorización expresa de MAPFRE ESPAÑA no está cubierta en ningún caso la asistencia sanitaria prestada por médicos, servicios o centros no concertados con MAPFRE ESPAÑA ya sean de titularidad pública o privada (aun cuando ésta haya sido ordenada por servicios concertados), así como los gastos médicos, hospitalarios y de cualquier clase derivados de prestaciones que los médicos, servicios o centros no concertados puedan prescribir, ni los reembolsos de dichos gastos o cualquier otro tipo de indemnización.

En caso de urgencia extrema y vital el Asegurado podrá ser atendido por el médico o centro hospitalario más próximo, según se recoge en el epígrafe 3.2 “Garantía Hospitalaria”, de las presentes Condiciones Generales.

La Aseguradora podrá reclamar al Asegurado los gastos que haya tenido que abonar al sistema sanitario público por la asistencia que le hayan prestado en supuestos no cubiertos, de conformidad con lo establecido en estas Condiciones Generales.

- 2. La asistencia sanitaria y/o los gastos derivados de enfermedades, defectos y malformaciones preexistentes a la fecha de contratación del seguro que, siendo conocidas por el Asegurado, no hayan sido declaradas en el correspondiente cuestionario de salud.**
- 3. Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.**
- 4. Todos aquellos procedimientos médicos, quirúrgicos y medios de diagnóstico que sean considerados técnicas novedosas o de nueva implantación conforme a lo establecido en estas Condiciones Generales.**

5. Las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas en general, salvo si la operación de cirugía plástica o reparadora o el tratamiento son necesarios como consecuencia de un accidente cubierto por la póliza.
6. La cirugía reductora y reconstructora de la mama, salvo después de mastectomía por cáncer de la mama afectada, así como la cirugía de la obesidad y/o bariátrica.
7. Los tratamientos e intervenciones esclerosantes venosos, los tratamientos cosméticos y de la alopecia androgénica.
8. Las piezas anatómicas ortopédicas, material ortopédico, los injertos osteoconductores, osteoinductores, terapias celulares, así como los factores de crecimiento, las prótesis e implantes, salvo los incluidos en el Anexo I de estas Condiciones Generales y hasta los límites económicos fijados en la póliza.
9. Las órtesis, miembros u órganos artificiales y, en general, cualquier material ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empañadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, monitorizaciones, así como los gastos de mantenimiento y reparación de los mismos y en general cualquier producto o asistencia utilizados con fines sociales. Los productos farmacéuticos, vacunas (excepto las incluidas en el Programa del Niño Sano), autovacunas y jeringuillas, así como el D.I.U. (salvo en los Programas de Medicina Preventiva).
10. El mantenimiento de los audífonos incluidos en el Programa de Tratamiento de la Sordera en Niños.
11. Los tratamientos con cámara hiperbárica, así como CPAP, BIPAP, los monitores de apnea, tratamientos farmacológicos y concentradores de oxígeno portátiles.
12. Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, tales como organometría, acupuntura, homeopatía y similares.
13. La asistencia sanitaria y todos los gastos médico-quirúrgicos derivados de el tratamiento de patologías adictivas.
14. Medicación complementaria a tratamientos quimioterápicos.
15. La cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas.
16. Cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía), cirugía de la presbicia, así como los costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos. Terapia fotodinámica en Oftalmología.
17. Cirugías preventivas, chequeos, exámenes médicos generales de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de Medicina Preventiva expresamente pactados en la póliza, siempre que se utilicen los Servicios concertados por la Entidad.
18. Periodoncia, endodoncia, empastes, ortodoncia, prótesis dentales, implantes y demás tratamientos dentales, salvo que se contrate la Garantía Bucodental y se utilicen los Servicios Concertados por la Aseguradora.

Condiciones Generales

19. Los traslados requeridos para asistencia a consultas médicas, realización de pruebas diagnósticas, así como para tratamientos de fisioterapia y rehabilitación, salvo que concurren las circunstancias establecidas para enfermos en régimen de Hospitalización, según lo recogido en la descripción del “Servicio de Ambulancia”, así como los gastos de desplazamiento originados para asistir a centros médicos y hospitales fuera de la localidad de residencia del Asegurado.
20. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de tentativa de suicidio o autolesión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
21. En relación con los trasplantes de órganos, la póliza únicamente cubre la asistencia médico-quirúrgica para los trasplantes recogidos expresamente en estas Condiciones Generales, y en ningún caso la gestión, el transporte, y los gastos derivados de la obtención y conservación de órganos.
22. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de las consecuencias de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y las producidas por la práctica como profesional de cualquier deporte, así como por la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, torero, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo.
23. La asistencia sanitaria y/o los gastos médicos derivados de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.
24. La asistencia sanitaria y los gastos médicos derivados de las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radiactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como “catástrofe o calamidad nacional”, así como en las epidemias declaradas oficialmente.
25. Los servicios hosteleros y sociales tales como teléfono, televisión, comidas alternativas o del acompañante, servicio privado de enfermería, habitaciones tipo suites y similares, así como la cama del acompañante en los ingresos del paciente en unidades especiales.
26. Los tratamientos y/o internamientos para curas de reposo o de adelgazamiento. Las estancias en residencias asistidas, geriátricos, o asilos y los tratamientos o permanencias en balnearios, así como cualquier hospitalización en la que concurren circunstancias de tipo social.
27. La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario en procesos psiquiátricos crónicos. La hospitalización, el hospital de día y el tratamiento extrahospitalario para la realización de test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis,

sofrolgía, tratamiento para la narcolepsia y rehabilitación psicosocial o neuropsicológica en procesos psiquiátricos agudos.

28. La póliza no cubre la asistencia sanitaria y/o los gastos correspondientes a la atención a recién nacidos, salvo que se incluyan en la póliza, según lo dispuesto en las presentes Condiciones Generales.
29. El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional iniciado con anterioridad a la fecha de alta del asegurado en la póliza.
30. La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.
31. Cualquier estudio genético, excepto cuando, en el marco del cuadro clínico, la confirmación del diagnóstico genético condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación y siempre que en este caso el estudio necesario figure en el listado incluido en el Anexo I. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.
32. Partos en medios acuáticos, a domicilio y por medios alternativos así como las técnicas de recuperación postparto.
33. Cirugía de cambio de sexo.
34. La educación para el lenguaje, salvo cuando haya patología orgánica de los órganos de la fonación, la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos, la terapia de mantenimiento u ocupacional, así como los tratamientos de rehabilitación en régimen extrahospitalario para el Daño Medular.
35. Toda técnica quirúrgica o procedimiento terapéutico que use el láser, salvo los expresamente incluidos en el epígrafe 3.2.1 “Hospitalización Quirúrgica” de las presentes Condiciones Generales. La cirugía del Parkinson y la cirugía de la Epilepsia.
36. La digitalización del estudio biomecánico de la marcha y la fabricación de las plantillas personalizadas.
37. En reproducción asistida, la medicación, la congelación/descongelación de embriones, esperma y óvulos, el diagnóstico preimplantacional, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma.
38. El tratamiento quirúrgico de la impotencia coeundi y la hipertermia prostática.
39. Los relacionados con procesos de gestación por sustitución cualquiera que sea el país en el que se haya seguido.
40. Tratamientos farmacológicos en Oncología, Reumatología o cualquier otra especialidad que no precisan aplicación en un centro hospitalario, aunque se dispensen los medicamentos en el propio hospital.

Todos los supuestos especificados en este artículo se refieren tanto a la enfermedad, accidente o hecho que se señala, como a las secuelas, complicaciones, reagu-

Condiciones Generales

dizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como los siniestros causados por o a consecuencia de todo lo anterior, por lo que no resultan cubiertos ninguno de ellos.

ARTÍCULO 11º. GARANTÍAS ADICIONALES

Siempre que consten contratadas en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, la Aseguradora prestará las siguientes garantías de acuerdo con los términos que aquí se establecen:

11.1 PROTECCIÓN DE PAGOS

1. OBJETO Y EXTENSIÓN DE LAS GARANTÍAS

El Asegurador se compromete a pagar al Asegurado una prestación equivalente a la prima mensual del seguro, por cada 30 días consecutivos que éste se encuentre en situación de incapacidad temporal o desempleo en los términos y con los límites estipulados en la presente garantía.

Las presentes garantías son de aplicación únicamente al Asegurado Titular del seguro que haya cumplido 16 años y no haya alcanzado los 65 años; no se encuentre jubilado o haya sido declarado incapacitado antes de la fecha de efecto de la garantía y la suma de la edad en el momento de contratación más la duración del seguro de Salud no sea superior a 65 años; que se encuentre trabajando remuneradamente en el Estado español un mínimo de 13 horas semanales y esté dado de alta en la Seguridad Social o institución análoga.

Estas garantías se extinguirán automáticamente cuando se produzca alguno de los siguientes supuestos:

- Que el Asegurado alcance la edad de 65 años.
- Fallecimiento o declaración del estado de incapacidad permanente total o absoluta del Asegurado.
- El traslado del domicilio del asegurado fuera de España.

2. RIESGOS ASEGURADOS

PRESTACIÓN POR DESEMPLEO

A efectos de esta garantía, se considera desempleo aquella situación en que se encuentran, quienes pudiendo y queriendo trabajar remuneradamente por cuenta ajena, pierdan su empleo o vean reducida su jornada de trabajo y sean privados de su salario, conforme a las condiciones establecidas en la póliza.

La garantía cubre exclusivamente a los Asegurados empleados por cuenta ajena con contrato laboral indefinido, excepto a los funcionarios.

A efectos de este contrato, se entiende por relación laboral el trabajo asalariado realizado por el Asegurado dentro del territorio del Estado español bajo un contrato de trabajo de duración determinada o indefinido (incluidos los de los trabajadores fijos discontinuos) celebrado con un empleador por un mínimo de 13 horas semanales en los términos y condiciones exigidos por la legislación laboral aplicable.

MAPFRE ESPAÑA pagará al Asegurado una cantidad mensual equivalente a la prima mensual del seguro por cada 30 días consecutivos de desempleo del Asegurado, a partir del momento de su entrada en dicha situación, siempre que el Asegurado esté trabajando remuneradamente en España y la situación de desempleo sobrevenga durante la vigencia del seguro y se produzca por alguna de las siguientes circunstancias:

- Extinción de la relación laboral:
 - a) En virtud de expediente de regulación de empleo o despido colectivo.
 - b) Por muerte o incapacidad de su empresario individual, siempre que estas causas determinen la extinción del contrato de trabajo.
 - c) Por despido declarado improcedente.
 - d) Por despido o extinción del contrato basado en causas objetivas.
 - e) Por resolución voluntaria por parte del Asegurado en los supuestos previstos en los artículos 40 (movilidad geográfica), 41 (modificaciones sustanciales de las condiciones de trabajo) y 50 (extinción por incumplimiento del empleador) del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 marzo).
- Suspensión de la relación laboral en virtud de expediente de regulación de empleo o reducción a la mitad, como mínimo, de la jornada de trabajo por dicha causa.

No se tendrá derecho a percibir la prestación por desempleo si se tiene derecho a percibir la de incapacidad temporal. El pago de la prestación se devengará por cada 30 días consecutivos en situación de desempleo.

PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL

A efectos de esta garantía se considera como incapacidad temporal, aquella situación física temporal motivada por enfermedad o accidente, determinante de la incapacidad del Asegurado para el ejercicio de su profesión o actividad laboral. La incapacidad temporal cubierta por la póliza debe ser diagnosticada por un médico competente de la Seguridad Social o asimilado o por un profesional médico aprobado por MAPFRE ESPAÑA.

La garantía cubre exclusivamente a los Asegurados empleados por cuenta ajena sin contrato laboral indefinido, autónomos y funcionarios.

MAPFRE ESPAÑA pagará al Asegurado una cantidad mensual equivalente a la prima mensual del seguro por cada 30 días consecutivos de incapacidad temporal del Asegurado, a partir del momento del diagnóstico de dicha incapacidad, siempre que la misma sobrevenga mientras el Asegurado esté trabajando remuneradamente en España, ocurra durante la vigencia del seguro y sea diagnosticada inmediatamente después de su acaecimiento.

El derecho a devengo de la indemnización cesará en el momento en que el Asegurado pueda reanudar o reanude su trabajo, aún de manera parcial y a pesar de no haber alcanzado su total curación, siempre que haya reanudado su empleo remunerado, y también si su estado pasa a ser de incapacidad permanente en los términos descritos por la normativa de la Seguridad Social española.

Condiciones Generales

No se tendrá derecho a percibir la prestación por incapacidad temporal si se tiene derecho a percibir la prestación por desempleo.

El pago de la prestación se devengará por cada 30 días consecutivos en situación de incapacidad temporal.

3. LÍMITES A LAS PRESTACIONES POR DESEMPLEO E INCAPACIDAD TEMPORAL

MAPFRE ESPAÑA pagará al Asegurado la prestación indicada en la cláusula 2 anterior, con el límite de seis mensualidades consecutivas o alternas al año.

4. PAGO DE LAS PRESTACIONES

Establecida la existencia del siniestro, al término del análisis de la documentación y de las comprobaciones pertinentes, el Asegurador pagará al Asegurado, la prestación pactada en las Condiciones Particulares de la póliza.

No procederá el pago al Asegurado de las prestaciones previstas en esta garantía salvo que el Asegurador haya recibido del Tomador la prima correspondiente al seguro y en el momento de ocurrencia del siniestro se cumplan todas las condiciones previstas para generar el derecho a su percepción.

El pago de estas prestaciones solo se producirá si el siniestro se hubiera producido transcurrido el período de carencia previsto para cada garantía.

5. PERÍODOS DE CARENCIA

PRESTACIÓN POR DESEMPLEO

Se establece un período de carencia de dos meses a computar desde la fecha de efecto de la garantía hasta la fecha de la notificación al Asegurado del cese en el empleo.

En caso de producirse situaciones de desempleo subsiguientes al primer desempleo, se procederá al pago de nuevas prestaciones si el asegurado ha estado vinculado de forma activa a una nueva relación laboral por un período mínimo de seis meses. **En caso contrario no se pagará cantidad alguna.**

PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL

Se establece un período de carencia de un mes en caso de que la causa determinante de la incapacidad sea la enfermedad. En los supuestos en que dicha causa sea el accidente, no se aplicará período de carencia alguno.

En caso de producirse incapacidades temporales subsiguientes a la primera incapacidad temporal, se procederá al pago de nuevas prestaciones si el Asegurado ha estado trabajando remuneradamente por un período mínimo de seis meses desde el fin de la última incapacidad temporal, si la causa de la incapacidad es la misma que la que ocasionó la anterior incapacidad; si la causa fuera otra, el período mínimo de trabajo remunerado exigible para acceder al pago de nuevas prestaciones se establece en un mes.

No obstante lo anterior, en caso de siniestros sucesivos al primero dentro de la misma anualidad del seguro no será necesario el cumplimiento de los plazos de carencia antes indicados para las prestaciones por desempleo e incapacidad temporal, si no se ha alcanzado, por razón del anterior siniestro, la suma asegurada en el pago de la prestación

correspondiente. En tal caso, el Asegurador abonará, las prestaciones que correspondan por el nuevo siniestro hasta el límite de la suma asegurada.

6. RIESGOS NO ASEGURADOS

PRESTACIÓN POR DESEMPLEO

No se considera en situación de desempleo a los efectos de esta garantía, al Asegurado que se encuentre en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Cuando cese voluntariamente en el trabajo, salvo por las causas previstas en los artículos 40, 41 y 50 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo).
- Cuando haya sido despedido y no reclame en tiempo y forma oportunos contra la decisión empresarial, salvo por extinción de contrato o despido basado en las causas objetivas previstas en el artículo 52 del Estatuto de los Trabajadores (R.D.L. 1/1995 de 24 de marzo) en cuyo caso no sería necesaria dicha reclamación.
- Cuando el despido sea declarado improcedente o nulo por sentencia firme y comunicada por el empleador la fecha de reincorporación al trabajo, no se ejerza tal derecho por parte del Asegurado o no se haga uso, en su caso, de las acciones previstas en la legislación vigente.
- Cuando no haya solicitado el reingreso al puesto de trabajo en el caso en que la opción entre indemnización o readmisión correspondiera al trabajador, cuando fuera delegado sindical o representante legal de los trabajadores, o se estuviera en excedencia y venciera el período fijado para la misma.
- Cuando su contrato se extinga por jubilación del empresario o empleador individual del Asegurado.
- Cuando su contrato se extinga por despido declarado legalmente procedente.
- Cuando sea trabajador fijo de carácter discontinuo en los períodos en que carezca de ocupación efectiva.

Asimismo, el Asegurador no tiene obligación de satisfacer la prestación por desempleo en ninguno de los siguientes supuestos:

- Si se produce la situación de desempleo dentro del período de carencia.
- Si inmediatamente antes de la fecha de inicio del desempleo el Asegurado:
 - a) No ha tenido relación laboral durante un período continuado de, al menos, seis meses.
 - b) Ha estado vinculado por una relación laboral en la que el despido es una característica regular o recurrente o en caso de que el Asegurado conociera o debiera conocer su paso inmediato a situación de desempleo.
- Si su relación laboral lo fuera con una empresa propiedad de su ámbito familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, así como en los casos en que el Asegurado o un familiar suyo hasta el segundo grado de consanguinidad o el tercer grado de afinidad fuera administrador de la empresa; y también si el Ase-

Condiciones Generales

gurado fuera socio con presencia o representación directa en los órganos de administración de la Sociedad.

- Si el Asegurado rechaza, dentro de su ámbito geográfico, un puesto de trabajo alternativo ofrecido por el mismo u otro empresario que esté acorde con su formación y previa experiencia.
- Si el desempleo se produce después de que el Asegurado haya alcanzado la edad legal de jubilación con respecto a la actividad que llevaba a cabo, y reúne todos los requisitos legales necesarios para acceder a la pensión de jubilación.
- Si el Asegurado tiene derecho a percibir un salario por parte del empleador. Se exceptúan de este supuesto los complementos salariales pactados colectivamente en los expedientes de suspensión de contrato.

PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL

No tienen la consideración de incapacidad temporal y, consecuentemente, no se paga prestación alguna por aquellos siniestros que resulten o sean consecuencia de las siguientes situaciones:

- Las intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos demandados por el Asegurado exclusivamente por razones estéticas, siempre que no se deban a secuelas de accidentes, así como las lesiones o enfermedades causadas voluntariamente por el Asegurado.
- Las producidas cuando el Asegurado se encuentre bajo la influencia del alcohol en la sangre, drogas tóxicas o estupefacientes no prescritos médicamente; los que ocurran en estado de perturbación mental, sonambulismo o en desafío, lucha o riña, excepto caso probado de legítima defensa; así como los derivados de una actuación delictiva del Asegurado, declarada judicialmente.
- Cualquier enfermedad, dolencia, lesión o estado cuando el Asegurado haya recibido diagnóstico y/o tratamiento por el mismo en los 12 meses anteriores a la fecha de efecto de esta garantía.
- Dolores de espalda, cefaleas y lumbalgias salvo que existan evidencias objetivadas por estudios médicos complementarios (radiologías, gammagrafías, scanners, T.A.C., etc.) y sean causantes de la incapacidad temporal.
- Enfermedades psiquiátricas, mentales o nerviosas, incluyendo el estrés y afecciones similares aún cuando dichas enfermedades y afecciones hayan sido diagnosticadas y tratadas por un médico especialista.
- Las causadas por terremotos, erupciones volcánicas, inundaciones, radiación nuclear o contaminación radiactiva, guerras, declaradas o no y fenómenos de carácter terrorista así como cualquier otro fenómeno de naturaleza sísmica o meteorológica de carácter extraordinario.
- Interrupción voluntaria del embarazo, así como toda indemnización relacionada con dicha interrupción.

Estas exclusiones comprenden tanto la enfermedad, accidente o hecho que se señala, como las secuelas, complicaciones, reagudizaciones, tratamientos específicos y demás consecuencias, así como, los siniestros causados por o a consecuencia de todo lo anterior.

7. COMUNICACIÓN DEL SINIESTRO

El plazo de comunicación del siniestro al Asegurador establecido en la Condiciones Generales queda ampliado a treinta días a partir de la fecha de diagnóstico, en el caso de Incapacidad temporal o de veinte días desde el inicio de la situación de desempleo.

11.2 FALLECIMIENTO POR ACCIDENTE

La Aseguradora garantiza el pago a los beneficiarios de un capital máximo de 12.000 euros si como consecuencia de un accidente ocurrido durante la vigencia de la póliza se produjese el fallecimiento del Asegurado inmediatamente o en el plazo máximo de 365 días, a contar desde la fecha del accidente. A los efectos de esta garantía se entiende por:

Asegurado: cualquier asegurado incluido en póliza que no esté incapacitado y que sea de edad superior a catorce años e inferior a sesenta y cinco.

Beneficiario: las personas a quienes el Asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización en caso de fallecimiento. A falta de designación expresa por parte del Asegurado se considerarán beneficiarios, por riguroso orden de preferencia, los siguientes: el cónyuge no separado legalmente, los hijos del Asegurado, los padres del Asegurado por partes iguales o el superviviente de los dos, los herederos legales del Asegurado.

Esta garantía cubre los accidentes sufridos por el Asegurado en todo el mundo, excepto aquellos ocurridos en regiones inexploradas o desérticas o en viajes que tengan carácter de exploración. En cualquier caso se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros producidos por causa de naturaleza extraordinaria, de conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

Asimismo, a efectos de esta garantía no tendrán la consideración de accidentes y, por tanto, quedan excluidos de cobertura:

- a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la incorporación del Asegurado en la póliza, los causados por la participación en actos delictivos, duelos, riñas, actos de imprudencia temeraria o negligencia grave así como los que se produzcan cuando esté bajo los efectos del alcohol o las drogas.**
- b) Los actos provocados intencionadamente por el Asegurado o los Beneficiarios como el suicidio o tentativa de suicidio consciente o inconsciente y las autoleSIONES.**
- c) Los accidentes ocasionados por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no está en posesión de la autorización administrativa correspondiente, así como los que sufra como pasajero en medios de transporte que no cumplan los requisitos legales vigentes.**
- d) Los ocurridos con ocasión de guerras declaradas o no, revoluciones, invasiones, asonadas, sediciones, rebeliones así como medidas de carácter militar.**

Condiciones Generales

La indemnización será satisfecha al término de las investigaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y sus consecuencias. Para obtener el pago, los Beneficiarios deberán remitir a la Aseguradora los siguientes documentos justificativos:

- a) Certificado literal de la inscripción de la defunción del Asegurado en el Registro Civil correspondiente.
- b) Certificado o informe del médico o médicos que hayan asistido al Asegurado, indicándose el origen, la naturaleza y la evolución de las consecuencias del accidente que ha originado su fallecimiento, o en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.
- c) Documentos que acrediten la personalidad del o de los Beneficiarios mediante testamento o declaración legal de herederos, cuando dichos Beneficiarios hayan sido designados en la póliza.
- d) Carta de pago o autoliquidación provisional del impuesto sobre sucesiones debidamente cumplimentada por la Delegación o Administración de Hacienda. No obstante, la Aseguradora queda autorizada a retener aquella parte del capital asegurado en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación sobre el impuesto sobre sucesiones.

Si en un mismo Asegurado coincidieran varias pólizas emitidas por la Aseguradora, en caso de siniestro, se abonará una única indemnización a los Beneficiarios.

11.3 ASISTENCIA EN VIAJE

ÁMBITO TERRITORIAL Y TEMPORAL DE LA ASISTENCIA

La Garantía de Asistencia en Viaje se extiende a todos los países del Mundo **salvo al territorio español**, con excepción de la cobertura de “Traslado o repatriación sanitaria, en caso de enfermedad o accidente del Asegurado desplazado”, que se prestará también en España **a partir del kilómetro veinte desde el domicilio habitual del Asegurado**.

Se cubrirá la asistencia en los desplazamientos del Asegurado fuera del territorio español durante los primeros 90 días consecutivos de un viaje.

PRESTACIONES CUBIERTAS POR LA GARANTÍA

1. ASISTENCIA MÉDICA URGENTE POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE DEL ASEGURADO DESPLAZADO FUERA DE ESPAÑA.

En caso de enfermedad o accidente del Asegurado, sobrevenidos mientras se encuentra desplazado **fuera de España que requieran asistencia médica urgente**, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de hospitalización, de las intervenciones quirúrgicas, de los honorarios médicos, de los gastos de enfermería y de los productos farmacéuticos prescritos por el facultativo que le atienda hasta conseguir la estabilización que permita continuar el viaje o el traslado a su domicilio habitual u hospital próximo a éste, **hasta un límite de 12.000 €**.

El equipo médico de la Aseguradora mantendrá los contactos telefónicos necesarios con el centro y con los facultativos que atiendan al Asegurado para supervisar que la asistencia sanitaria sea la adecuada.

Los gastos de servicios de odontología de urgencia se aplicarán **hasta un límite de 120,20 €**.

En caso de que el coste de la asistencia supere cualquiera de las cantidades antes señaladas, el Asegurado deberá abonar directamente la diferencia.

2. DESPLAZAMIENTO DE ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO HOSPITALIZADO

En caso de hospitalización del Asegurado, motivada por un accidente o enfermedad sobrevenidos mientras se encuentra desplazado **fuera de España**, que se prevea **superior a cinco días**, la Aseguradora pondrá a disposición de una persona designada por el Asegurado y residente en España un billete de ida y vuelta o dos de ida en avión (clase turista) o tren (primera clase) desde su lugar de residencia, a fin de acudir al lugar donde el Asegurado se encuentre hospitalizado.

3. ALOJAMIENTO DE ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO HOSPITALIZADO

En caso de hospitalización del Asegurado, motivada por un accidente o enfermedad sobrevenidos mientras se encuentra desplazado **fuera de España**, que se prevea **superior a cinco días**, la Aseguradora se hará cargo de los gastos de alojamiento, en la localidad donde se encuentre hospitalizado, de la persona acompañante que haya sido designada por el Asegurado **hasta 45 € diarios y con un límite máximo de 450 € o diez días**.

4. PROLONGACIÓN DE LA ESTANCIA DEL ASEGURADO POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

La Aseguradora se hará cargo del alojamiento del Asegurado cuando, por enfermedad o accidente sobrevenidos mientras se encuentra desplazado **fuera de España**, precise, durante un viaje, prolongar la estancia fuera de su domicilio para recibir asistencia médica por prescripción facultativa, **hasta 45 € diarios y con un límite máximo de 450 € o diez días**.

5. ENVÍO DE MEDICAMENTOS

La Aseguradora se encargará de gestionar el envío de los medicamentos que, con carácter urgente, hayan sido prescritos por un médico al Asegurado y no puedan hallarse en el lugar donde se encontrase desplazado ni ser sustituidos por medicamentos de similar composición.

En ningún caso la Aseguradora se hará cargo del coste de los medicamentos.

6. TRASLADO O REPATRIACIÓN SANITARIA, EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE DEL ASEGURADO DESPLAZADO

En caso de accidente o enfermedad del Asegurado desplazado en viaje **fuera de su localidad de residencia habitual**, la Aseguradora se hará cargo, cuando sea necesario, del traslado o repatriación del Asegurado hasta un centro sanitario convenientemente equipado y/o hasta su lugar de residencia habitual.

El equipo médico de la Aseguradora decidirá, en función de la situación de urgencia o gravedad en la que se encuentre el Asegurado, a qué centro sanitario se realizará el traslado

Condiciones Generales

y/o si es necesaria la repatriación y, estará en contacto permanente con los médicos que atiendan al Asegurado supervisando que éste recibe la atención adecuada.

El equipo médico de la Aseguradora, en función de la situación médica del Asegurado y, exclusivamente cuando dicho Asegurado se encuentre desplazado en el ámbito territorial de “Europa y países ribereños del Mediterráneo”, podrá autorizar la utilización de un avión sanitario.

A efectos de esta Garantía, se considera que forman parte del ámbito territorial “**Europa y ribereños Mediterráneo**” los siguientes países:

Países europeos: Albania, Austria, Alemania, Andorra, Armenia, Azerbaiyán, Bélgica, Bielorrusia, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Ciudad del Vaticano, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Italia, Letonia, Liechtenstein, Lituania, Luxemburgo, ARY Macedonia, Malta, Moldavia, Mónaco, Montenegro, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania, **Rusia (aquella parte que se encuentra en el continente europeo)**, San Marino, Serbia, Suecia, Suiza, Turquía y Ucrania.

Países ribereños del Mediterráneo no europeos: Siria, Israel, Egipto, Libia, Túnez, Argelia y Marruecos.

No se considerarán dentro del ámbito Europa y ribereños del Mediterráneo, aquellos territorios de los países arriba recogidos que no se encuentren en el territorio geográfico europeo o ribereño del Mediterráneo.

Países no ribereños del Mediterráneo pero también incluidos: Jordania.

No se incluyen en esta Garantía los gastos derivados del rescate en caso de que sea necesario ni los derivados de afecciones o lesiones que puedan ser tratadas “in situ” y/o no impidan proseguir el viaje

7. TRASLADO O REPATRIACIÓN DE LOS ASEGURADOS ACOMPAÑANTES DEL ASEGURADO ENFERMO O ACCIDENTADO

Cuando la enfermedad o accidente de uno de los Asegurados sobrevenidos mientras se encuentra desplazado **fuera de España** impida la continuación del viaje, la Aseguradora pondrá un billete de ida en avión (clase turista) o en tren (primera clase), a disposición de cada uno de los Asegurados acompañantes, que hubieren contratado el viaje conjuntamente con el Asegurado enfermo o accidentado, que les permita llegar hasta el lugar donde aquél se encuentre hospitalizado y/o hasta su lugar de residencia habitual.

8. TRASLADO O REPATRIACIÓN DE LOS ASEGURADOS ACOMPAÑANTES MENORES O DISCAPACITADOS DEL ASEGURADO ENFERMO O ACCIDENTADO

Cuando la enfermedad o accidente de uno de los Asegurados impida la continuación del viaje, si alguno de los Asegurados acompañantes citados en el artículo anterior, fuera menor de quince años o discapacitado y no tuviera quién le acompañase, la Aseguradora pondrá a su disposición la persona adecuada para que le atienda durante el viaje hasta el lugar donde aquél se encuentre hospitalizado y/o hasta su lugar de residencia habitual.

9. TRASLADO O REPATRIACIÓN DEL ASEGURADO FALLECIDO

En caso de fallecimiento del Asegurado fuera de España, la Aseguradora efectuará los trámites correspondientes para su traslado o repatriación y asumirá los gastos imprescindibles para el traslado hasta el lugar de inhumación, cremación o ceremonia funeraria en su lugar de residencia habitual.

No son objeto de cobertura de esta Garantía los gastos de inhumación, cremación o ceremonia funeraria.

10. TRASLADO O REPATRIACIÓN DE LOS ASEGURADOS ACOMPAÑANTES DEL ASEGURADO FALLECIDO

En caso de fallecimiento de un Asegurado la Aseguradora pondrá un billete de ida en avión (clase turista) o en tren (primera clase) a disposición de cada uno de los Asegurados acompañantes, que hubieren contratado el viaje conjuntamente con el Asegurado fallecido, que les permita regresar a su lugar de residencia habitual.

11. TRASLADO O REPATRIACIÓN DE LOS ASEGURADOS ACOMPAÑANTES MENORES Y/O DISCAPACITADOS DEL ASEGURADO FALLECIDO

Cuando el fallecimiento de uno de los Asegurados impida la continuación del viaje, si alguno de los Asegurados acompañantes del artículo anterior fuera menor de quince años o discapacitado y no tuviera quién le acompañase, la Aseguradora pondrá a su disposición la persona adecuada para que le atienda durante el viaje hasta su lugar de residencia habitual.

12. DESPLAZAMIENTO DE ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO FALLECIDO

La Aseguradora pondrá a disposición de un familiar del Asegurado fallecido un billete de ida y vuelta en avión (clase turista) o tren (primera clase) a fin de acudir al lugar del fallecimiento y si es posible acompañar el cuerpo del fallecido en su repatriación.

13. RETORNO ANTICIPADO DEL ASEGURADO POR FALLECIMIENTO DE UN FAMILIAR

Cuando el Asegurado tenga que interrumpir el viaje por fallecimiento de un familiar, la Aseguradora pondrá a su disposición un billete de ida y vuelta o dos de ida en avión (clase turista) o tren (primera clase) a fin de que le permita llegar a su lugar de residencia habitual o al lugar de inhumación en España **siempre que no pueda efectuar tal desplazamiento con el medio de transporte propio o contratado para realizar el viaje.**

El Asegurado deberá aportar los justificantes o certificados del hecho que hubiera producido la interrupción del viaje (certificado de defunción).

A estos efectos, se consideran familiares los cónyuges, hijos, padres, abuelos, hermanos, suegros, yernos, nueras y cuñados del Asegurado.

14. RETORNO ANTICIPADO DEL ASEGURADO POR SINIESTRO GRAVE EN SU RESIDENCIA HABITUAL O LOCALES PROFESIONALES

La Aseguradora pondrá a disposición del Asegurado un billete de ida y vuelta o dos de ida en avión (clase turista) o tren (primera clase), debido a la ocurrencia de un evento de incen-

Condiciones Generales

dio o explosión, inundación o robo en su residencia habitual o secundaria o en sus locales profesionales propios o alquilados que los hiciera inhabitables o con grave riesgo de que se produzcan mayores daños que justifiquen de forma imprescindible e inmediata su presencia y la necesidad del viaje, **siempre que no pueda efectuar tal desplazamiento con el medio de transporte propio o contratado para realizar el viaje.**

El Asegurado deberá aportar los justificantes o certificados del hecho que hubiera producido la interrupción del viaje (informe original de bomberos, denuncia en la policía, informe de la Aseguradora o documentación similar).

15. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES

La Aseguradora gestionará la transmisión de mensajes del Asegurado, urgentes y justificadas, relativos a cualquiera de los eventos cubiertos por esta Garantía.

16. INFORMACIÓN GENERAL

La Aseguradora atenderá telefónicamente las consultas, dudas o problemas que le formule el Asegurado sobre los siguientes aspectos:

- Recomendaciones del Ministerio de Asuntos Exteriores.
- Información de embajadas, consulados, visados y trámites necesarios de entrada a un país.
- Divisas.
- Vacunación y recomendaciones higiénico-sanitarias para el viajero.
- Teléfonos, prefijos y husos horarios.
- Meteorología.

17. GESTIÓN DE ENTREGA DE EFECTIVO EN EL EXTRANJERO

Si durante un viaje por el extranjero el Asegurado se viera privado de dinero en efectivo por motivo de robo, pérdida de equipaje, enfermedad o accidente, la Aseguradora gestionará un envío de efectivo, previa presentación de los justificantes, certificados o denuncias correspondientes, **hasta 1.502,23 € debiendo previamente ser depositada la cantidad solicitada a través de un ingreso en la cuenta bancaria de la Aseguradora.**

ASISTENCIAS Y/O GASTOS NO CUBIERTOS POR ESTA GARANTÍA

Además de las asistencias y/o gastos no cubiertos que se recogen en el artículo 10 de estas Condiciones Generales no serán objeto de cobertura los siguientes hechos y sus consecuencias:

- 1. Los causados directa o indirectamente por la mala fe del Asegurado, por su participación en actos delictivos, o por sus acciones dolosas, gravemente negligentes o de imprudencia grave.**
- 2. Acontecimientos extraordinarios, entendiéndose como tales:**
 - a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caída de cuerpos siderales y aerolitos.**

- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín o tumulto popular.
 - c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.
3. Las consecuencias de las acciones del Asegurado en estado de enajenación mental o bajo tratamiento psiquiátrico.
4. Los hechos acaecidos en aquellos países que figuren como no recomendados en la información suministrada por el Ministerio de Asuntos Exteriores de España, o que se hallen sujetos a embargo del Consejo de Seguridad de la ONU o de otros organismos internacionales a los que España esté adherida, y los hechos acaecidos en cualesquiera conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.
5. Los que se produzcan con ocasión de la participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas, salvo en caso de legítima defensa o necesidad.
6. Los riesgos y sus consecuencias derivados de:
- a) La práctica del esquí y/o deportes afines.
 - b) La práctica de los siguientes deportes: automovilismo, motociclismo, bicicleta de montaña (BTT), ruta 4x4, karting, quads, enduro, raid 4x4, caza mayor, hípica, buceo, pesca deportiva en mar abierto, kayak, vela, surf, windsurf, kite-surf, esquí náutico, moto de agua, rafting, hidrospeed, espeleología, paracaidismo, salto base, wingfly, skysurf, globo aerostático, ala delta, parapente, vuelo sin motor, escalada en rocódromo, tirolina, paint-ball, montañismo, alpinismo, escalada, descenso de cañones, boxeo, lucha y artes marciales, navegación en aguas internacionales en embarcaciones no destinadas al transporte público de pasajeros.
 - c) Los que se produzcan con ocasión de la participación del Asegurado en competiciones y pruebas preparatorias o entrenamientos.
 - d) La utilización, como pasajero o tripulante, de medios de navegación aérea no autorizados para el transporte público de viajeros, así como de helicópteros.
7. Los servicios que el Asegurado haya concertado por su cuenta, sin la previa comunicación o sin el consentimiento de la Aseguradora, salvo en caso de urgente necesidad. En ese caso, el Asegurado deberá justificar la urgencia y presentar los justificantes y facturas originales de dichos servicios.
8. Los gastos producidos una vez que el Asegurado se encuentre en España, los incurridos fuera del ámbito de aplicación de las garantías del seguro, y en todo caso, los ocasionados una vez transcurridos 90 días desde el inicio del viaje o desplazamiento.
9. Las prestaciones requeridas para la atención de enfermedades preexistentes que no tengan carácter de urgencia vital. Esta exclusión no se aplicará para la cobertura de “Traslado o repatriación del Asegurado fallecido”.

Condiciones Generales

10. Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
11. Los derivados de la renuncia o retraso del traslado acordado por el servicio médico de la Aseguradora, por causa imputable al Asegurado o a sus acompañantes.
12. Los tratamientos de rehabilitación.
13. Las revisiones médicas periódicas o preventivas.
14. Las relativas a prótesis, material ortopédico u órtesis y material de osteosíntesis.
15. Los ocurridos durante un viaje cuando se hubiere iniciado por los siguientes motivos: a) con la intención de recibir tratamiento médico, b) porque haya sido diagnosticada al Asegurado una enfermedad terminal.
16. Los accidentes laborales ocurridos durante la realización de las siguientes actividades:
 - Trabajo en obras, andamios o alturas, pozos o muelle de carga.
 - Utilización de maquinaria del tipo prensa, corte, torno, sierra en obras o labores agrícolas.
 - Utilización de instrumentos de corte del tipo cuchillos, machetes o cizallas.
 - Manejo o manipulación de mercancías u objetos pesados o peligrosos.
 - Manipulación de productos tóxicos, corrosivos, explosivos o inflamables.
 - Trabajo en fuerzas armadas o seguridad.

USO DE LAS PRESTACIONES

Las prestaciones o coberturas de esta Garantía, serán efectuadas bajo petición expresa del Asegurado o persona que tenga derecho a la misma a MAPFRE ESPAÑA a través del teléfono nº (34) 91 581 67 17 indicando sus datos identificativos, el nº de póliza, el lugar donde se encuentre y clase de servicios que precisa, y siempre dentro del plazo máximo de siete días de haberse conocido el hecho que da lugar a la prestación.

La cobertura de Asistencia Médica alcanza únicamente a la Asistencia Sanitaria en los Centros Médicos designados por la Aseguradora (excepto cuando no existan en la zona Centros Médicos con los que la Aseguradora tengan un acuerdo para prestar dicha asistencia) y no se reembolsará gasto alguno realizado por el Asegurado, salvo aquellos gastos en que este haya incurrido por recibir atención en un supuesto de urgencia vital o hayan sido previamente autorizados por la Aseguradora.

Tampoco se reembolsarán gastos por el resto de coberturas, salvo en los supuestos en que expresamente se establezca.

La Aseguradora queda exenta de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor no pueda facilitar cualquiera de las prestaciones y servicios previstos en la póliza.

Normas Generales

ARTÍCULO 12º. BASES DEL CONTRATO

1. El presente contrato se establece con base en las declaraciones manifestadas por el Tomador del Seguro y/o los Asegurados, que tienen el deber, antes de la conclusión del contrato, de declarar a la Aseguradora, de acuerdo con el cuestionario de salud que ésta le someta, todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo.
2. En caso de reserva o inexactitud en la declaración, la Aseguradora podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud. Corresponderá a la Aseguradora, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración. Si dicha reserva o inexactitud es exclusivamente imputable a uno de los Asegurados, la Aseguradora podrá excluir al mismo de la póliza mediante comunicación dirigida al Tomador del Seguro.
3. En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, la Aseguradora podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del mismo excede de los límites de admisión establecidos por la Aseguradora.

Si como consecuencia de dicha inexactitud la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, el Tomador o el Asegurado estarán obligados a satisfacer a la Aseguradora la diferencia existente entre la prima convenida y la que se hubiese aplicado de haberse conocido la verdadera edad del Asegurado. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, la Aseguradora estará obligada a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

4. El Tomador del Seguro y, en su caso, los Asegurados deberán, durante el curso del contrato, comunicar a la Aseguradora tan pronto como sea posible todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por la Aseguradora en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para aquellos. Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán poner en conocimiento de la Aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo.

El Tomador también deberá comunicar a la Aseguradora, tan pronto como le sea posible, el cambio del domicilio familiar.

5. Altas de nuevos Asegurados en la póliza.

El alta en la póliza, en caso de que la compañía acepte su aseguramiento, no surtirá efectos hasta que se haya emitido el suplemento y abonado la prima correspondiente, que vendrá determinada por la aplicación de las tarifas que el Asegurador tenga en vigor en la fecha en que se produzca el alta.

6. Alta de recién nacidos.

Cuando se trate de recién nacidos hijos de Asegurado/a nacidos en España, o fuera de España cuando la madre sea Asegurada y el parto resulte cubierto, se incorporarán a la

Normas Generales

póliza desde la fecha de su nacimiento en idénticas condiciones a las que hubiera contratado el Asegurado/a, no computándose más carencias que las que fueran de aplicación a éstos, siempre y cuando concurren los siguientes requisitos:

- Que se solicite la incorporación a la póliza del recién nacido en el plazo de diez días hábiles desde la fecha de su nacimiento mediante la cumplimentación de la solicitud establecida a tal efecto.
- Que el alta del Asegurado/a haya tomado efecto en un tiempo igual o superior a los 8 meses inmediatamente anteriores al nacimiento.

En caso de no cumplirse los anteriores requisitos, la incorporación del recién nacido se someterá a las normas de selección y contratación de la Aseguradora.

Con independencia de lo establecido en los apartados precedentes, si el recién nacido tuviese alguna enfermedad y/o malformación congénita, la Aseguradora garantiza la aceptación de su alta en el seguro previo siempre el abono de la prima correspondiente, y siendo requisito imprescindible, adicional, que el alta de la madre o del padre en la póliza haya tomado efecto con al menos 8 meses de antelación al nacimiento.

7. Subrogación de la Aseguradora.

La Aseguradora, una vez prestada la asistencia, podrá ejercitar los derechos y las acciones que por razón del siniestro correspondieran al Asegurado frente a las personas responsables del mismo.

El Asegurado será responsable de los perjuicios que, con sus actos u omisiones, pueda causar a la Aseguradora en el derecho de subrogación aquí regulado.

ARTÍCULO 13º. PERFECCIÓN, EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

1. El seguro entrará en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que, salvo pacto en contrario, la Aseguradora haya cobrado el primer recibo de prima.
2. El seguro se estipula por el período señalado en las Condiciones Particulares y a su vencimiento se prorrogará automáticamente por períodos anuales, salvo que alguna de las partes se oponga a la prórroga mediante notificación escrita a la otra, efectuada con un plazo de, al menos un mes de antelación a la conclusión del periodo en curso cuando quien se oponga a la prórroga sea el tomador, y de dos meses cuando sea la Aseguradora.
3. La cobertura del seguro cesará automáticamente desde la fecha de extinción de la póliza. Desde ese momento, el Asegurado no tendrá derecho a prestaciones sanitarias posteriores aunque tengan su origen en enfermedades o accidentes anteriores a la citada fecha de extinción.

ARTÍCULO 14º. CONTRATACIÓN A DISTANCIA DE SEGURO

En caso de contratación a distancia, se aplicará lo dispuesto en este artículo. Se considera que existe contratación de un seguro a distancia cuando para su negociación y celebración

se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros similares.

En caso de caso de contratación a distancia, el seguro entrará en vigor a las 0 horas del día siguiente a aquel en que el tomador haya prestado su consentimiento, salvo que, por acuerdo expreso se concierte otra fecha. En todo caso, la fecha de efecto quedará reflejada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Sin perjuicio de lo indicado en los párrafos anteriores, el contrato y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito. La Aseguradora está obligada a entregar al tomador del seguro la póliza. El tomador deberá devolver a la Aseguradora un ejemplar firmado por él de las Condiciones Particulares de la póliza, así como la documentación acreditativa de las circunstancias que configuren el riesgo.

El Tomador, cuando sea consumidor, esto es, persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, dispondrá de un plazo de 14 días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro.

Dicho plazo se contará desde el día de la celebración del contrato o desde la fecha en que la Aseguradora entregue la póliza.

El tomador habrá de comunicarlo la Aseguradora por un procedimiento que permita dejar constancia de la notificación de cualquier modo admitido en Derecho y estará obligado a pagar la prima correspondiente hasta el momento del desistimiento. En caso de que la prima hubiera sido cobrada, la Aseguradora reembolsará al Tomador, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, dicho importe, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia hasta el momento del desistimiento.

ARTÍCULO 15º. IMPORTE, PAGO DE LA PRIMA Y EFECTOS DE SU IMPAGO

A) NORMAS GENERALES

1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de las primas en las condiciones estipuladas en la póliza.
2. Los recibos de primas deberán hacerse efectivos por el Tomador en sus correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas. No obstante, podrá pactarse el fraccionamiento del pago de la prima, aplicándose el recargo correspondiente. Dicho fraccionamiento y el recargo que corresponda se harán constar en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro.
3. Si en la póliza no se determina ningún lugar para el pago de la prima, se entenderá que este ha de hacerse en el domicilio del Tomador del Seguro.
4. La prima es indivisible y se debe y corresponde a la Aseguradora por entero durante todo el período de duración del contrato pactado, aun en el caso de que se haya acordado el fraccionamiento del pago. En caso de extinción del contrato antes de la fecha

Normas Generales

de vencimiento pactada, o de cualquiera de sus prórrogas, la Aseguradora no está obligado a reintegrar al Tomador cantidad alguna correspondiente a la prima que haya sido satisfecha íntegramente, salvo en los supuestos legalmente previstos.

- 5. La Aseguradora sólo queda obligada por los recibos por ella librados. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al Corredor, no se entenderá realizado a la Aseguradora salvo que, a cambio, el Corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima emitido por la Aseguradora.**
6. La Aseguradora podrá aplicar un Sistema de Reajuste Individual de Primas en función de los gastos generados por la póliza.

B) PRIMA INICIAL

1. La prima inicial es la que se fija en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, que corresponde al periodo inicial de cobertura señalado en las mismas.
2. Si por culpa del Tomador del Seguro, la primera prima no ha sido pagada, o la prima única no lo ha sido a su vencimiento, la Aseguradora tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva con base en la póliza.
- 3. Salvo pacto en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, la Aseguradora quedará liberada de su obligación.**

C) PRIMAS SUCESIVAS

1. Para el caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los períodos sucesivos será la que resulte de aplicar las tarifas de prima que tenga establecidas la Aseguradora en cada momento, fundadas en criterios técnico-actuariales teniendo en cuenta, además, las modificaciones de garantías o las causas de agravación o disminución del riesgo que se hubieran producido conforme a lo previsto en estas Condiciones Generales, las edades de los Asegurados y el historial de siniestralidad de la póliza registrado en los períodos de seguro precedentes.
2. Si la prima fijada para el nuevo periodo de cobertura implicase un incremento respecto a la del periodo precedente, la Aseguradora, al menos dos meses antes del vencimiento del contrato, comunicará al Tomador del seguro el importe de la prima para el nuevo periodo de cobertura, mediante envío de un aviso de cobro del recibo correspondiente en el domicilio declarado a tal fin o, en su defecto, en el domicilio habitual del Tomador, conforme a lo establecido en el artículo 16º de estas Condiciones Generales para las comunicaciones.
- 3. La falta de pago de una de las primas sucesivas dará lugar a que la cobertura quede suspendida un mes después del día de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, la Aseguradora podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso.**

No serán indemnizables los siniestros que se produzcan cuando las coberturas se encuentren suspendidas.

Si la Aseguradora no reclamara el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. La Aseguradora cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso. Si el contrato no hubiera sido resuelto o extinguido, la cobertura vuelve a tener efecto a las veinticuatro horas del día en que el Tomador pague la prima.

D) FRACCIONAMIENTO DEL PAGO

1. Podrá pactarse el fraccionamiento de pago de la prima anual en los plazos y de acuerdo con las estipulaciones que se establezcan en las Condiciones Particulares del contrato.
2. Si el Tomador del Seguro no pagase uno de los recibos en que se hubiese fraccionado el pago de la prima, la Aseguradora puede exigir al Tomador el pago de todos los recibos pendientes de vencimiento, pago que habrá de hacerse efectivo en el plazo máximo de los treinta días siguientes a aquél en el que el Tomador recibió la notificación de la Aseguradora por medios fehacientes; de no producirse el pago, el seguro quedará en suspenso un mes después del día del vencimiento de la primera fracción de prima impagada.
3. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado precedente y en tanto no se haya producido la suspensión de la cobertura, **en caso de siniestro, la Aseguradora podrá deducir en la indemnización el importe de las fracciones de primas vencidas y no satisfechas por el Tomador del Seguro.**

E) PAGO A TRAVÉS DE ENTIDAD FINANCIERA O DE CRÉDITO

Si se pacta, como forma de pago, la domiciliación bancaria de los recibos de prima, el Tomador del Seguro entregará a la Compañía carta dirigida al Banco o Entidad de Crédito, dando la orden correspondiente, y serán de aplicación, además de las de carácter general, las normas siguientes:

• Primera prima

La prima se supondrá satisfecha desde el día del efecto del contrato salvo que, intentado el cobro dentro del plazo de un mes a partir de dicho efecto, la Entidad Financiera o de Crédito designada devolviera el recibo impagado. En tal caso, la Aseguradora notificará por escrito al Tomador del Seguro el impago producido y que tiene el recibo en el domicilio de la Aseguradora durante 15 días para su pago. Transcurrido este plazo sin que la prima hubiera sido satisfecha, el contrato quedara resuelto.

• Primas sucesivas

Si la Entidad Financiera o de Crédito devolviera el recibo impagado, la Aseguradora notificará el impago al Tomador del Seguro indicándole que tiene el recibo en el domicilio de ésta para su pago. El seguro quedará en suspenso si no se realiza el pago dentro del mes siguiente al día de vencimiento del seguro o dentro del plazo de 15 días desde la citada notificación del impago al Tomador, si hubiese transcurrido dicho mes.

ARTÍCULO. 16º. COMUNICACIONES

1. Las comunicaciones del Tomador del Seguro, del Asegurado o del Beneficiario sólo se considerarán válidas si han sido dirigidas por escrito a la Aseguradora.

En caso de contratación a distancia, cuando el contrato se haya perfeccionado por el consentimiento de las partes manifestado de forma verbal, las comunicaciones relativas a las declaraciones de los factores de riesgo y demás datos necesarios para la suscripción y emisión de la póliza o sus suplementos se harán verbalmente.

Las partes se autorizan mutuamente a grabar las conversaciones telefónicas que se mantengan a tales efectos.

2. Todas las comunicaciones entre el Tomador, Asegurado o Beneficiario y la Aseguradora que puedan efectuarse por razón de esta Póliza, podrán realizarse y serán válidas, además de por carta, por cualquier otro medio escrito, incluido correo electrónico, SMS, o fax, en la dirección que tanto la Aseguradora como el Tomador hubieran facilitado, ya sea al contratar la Póliza o en un momento posterior, debiendo el Tomador comunicar a la Aseguradora, tan pronto como sea posible, cualquier cambio del domicilio, teléfono, fax o dirección de correo electrónico facilitado.
3. Las comunicaciones efectuadas a la Aseguradora por un corredor de seguros, en nombre del Tomador del seguro, surtirán los mismos efectos que si las realizase éste, salvo expresa indicación en contrario por su parte.

ARTÍCULO 17º. PRESCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN

PRESCRIPCIÓN

Las acciones que se deriven de este contrato prescribirán en el término de 5 años. El plazo de prescripción comenzará a contar desde la fecha en que las acciones puedan ejercitarse.

RECLAMACIONES Y JURISDICCIÓN

1. El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará uno en España si estuviese domiciliado en el extranjero.
2. Conforme a la normativa establecida para la protección de los usuarios de los servicios financieros, en el caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato de seguro, el Tomador del seguro, el Asegurado, los Beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes, podrán formular reclamación mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por carta (Apartado de correos 281-28220 Majadahonda, Madrid), por correo electrónico (reclamaciones@mapfre.com), o a través del teléfono 900 205 009, de conformidad con el Reglamento para la solución de conflictos entre las sociedades del Grupo MAPFRE y los usuarios de sus servicios financieros, que puede consultarse en la página web “mapfre.es”, y a las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato.

3. Asimismo, podrán formular reclamaciones y quejas los clientes de la Aseguradora, así como sus derechohabientes, en relación con la actuación de sus agentes de seguros y operadores de bancaseguros, de conformidad con el Reglamento y el procedimiento antes citados.
4. La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de Firma Electrónica.
5. Desestimada dicha reclamación o transcurrido el plazo de dos meses a contar desde la fecha en que el reclamante la haya presentado, podrá éste formular reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana 44, 28046, Madrid; correo electrónico: reclamaciones.seguros@mineco.es, Oficina virtual: oficinavirtual.dgsfp@mineco.es).
6. Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de mediadores o árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

ARTÍCULO 18º. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS DE LAS PÉRDIDAS DERIVADAS DE ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS EN SEGUROS DE PERSONAS

De conformidad con lo establecido en el texto refundido del Estatuto legal del Consorcio de Compensación de Seguros, aprobado por el Real Decreto Legislativo 7/2004, de 29 de octubre, el tomador de un contrato de seguro de los que deben obligatoriamente incorporar recargo a favor de la citada entidad pública empresarial tiene la facultad de convenir la cobertura de los riesgos extraordinarios con cualquier entidad aseguradora que reúna las condiciones exigidas por la legislación vigente.

Las indemnizaciones derivadas de siniestros producidos por acontecimientos extraordinarios acaecidos en España o en el extranjero, cuando el asegurado tenga su residencia habitual en España, serán pagadas por el Consorcio de Compensación de Seguros cuando el tomador hubiese satisfecho los correspondientes recargos a su favor y se produjera alguna de las siguientes situaciones:

- a) Que el riesgo extraordinario cubierto por el Consorcio de Compensación de Seguros no esté amparado por la póliza de seguro contratada con la entidad aseguradora.

- b) Que, aun estando amparado por dicha póliza de seguro, las obligaciones de la entidad aseguradora no pudieran ser cumplidas por haber sido declarada judicialmente en concurso o por estar sujeta a un procedimiento de liquidación intervenida o asumida por el Consorcio de Compensación de Seguros.

El Consorcio de Compensación de Seguros ajustará su actuación a lo dispuesto en el mencionado Estatuto legal, en la Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro, en el Reglamento del seguro de riesgos extraordinarios, aprobado por el Real Decreto 300/2004, de 20 de febrero, y en las disposiciones complementarias.

RESUMEN DE LAS NORMAS LEGALES

1. ACONTECIMIENTOS EXTRAORDINARIOS CUBIERTOS

- a) Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos; inundaciones extraordinarias, incluidas las producidas por embates de mar; erupciones volcánicas; tempestad ciclónica atípica (incluyendo los vientos extraordinarios de rachas superiores a 120 km/h y los tornados); y caídas de cuerpos siderales y aerolitos.
- b) Los ocasionados violentamente como consecuencia de terrorismo, rebelión, sedición, motín y tumulto popular.
- c) Hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz.

Los fenómenos atmosféricos y sísmicos, de erupciones volcánicas y la caída de cuerpos siderales se certificarán, a instancia del Consorcio de Compensación de Seguros, mediante informes expedidos por la Agencia Estatal de Meteorología (AEMET), el Instituto Geográfico Nacional y los demás organismos públicos competentes en la materia. En los casos de acontecimientos de carácter político o social, así como en el supuesto de daños producidos por hechos o actuaciones de las Fuerzas Armadas o de las Fuerzas o Cuerpos de Seguridad en tiempo de paz, el Consorcio de Compensación de Seguros podrá recabar de los órganos jurisdiccionales y administrativos competentes información sobre los hechos acaecidos.

2. RIESGOS EXCLUIDOS

- a) **Los que no den lugar a indemnización según la Ley de Contrato de Seguro.**
- b) **Los ocasionados en personas aseguradas por contrato de seguro distinto a aquellos en que es obligatorio el recargo a favor del Consorcio de Compensación de Seguros.**
- c) **Los producidos por conflictos armados, aunque no haya precedido la declaración oficial de guerra.**
- d) **Los derivados de la energía nuclear, sin perjuicio de lo establecido en la Ley 12/2011, de 27 de mayo, sobre responsabilidad civil por daños nucleares o producidos por materiales radiactivos.**
- e) **Los producidos por fenómenos de la naturaleza distintos a los señalados en el apartado 1.a) anterior y, en particular, los producidos por elevación del nivel**

freático, movimiento de laderas, deslizamiento o asentamiento de terrenos, desprendimiento de rocas y fenómenos similares, salvo que estos fueran ocasionados manifiestamente por la acción del agua de lluvia que, a su vez, hubiera provocado en la zona una situación de inundación extraordinaria y se produjeran con carácter simultáneo a dicha inundación.

- f) Los causados por actuaciones tumultuarias producidas en el curso de reuniones y manifestaciones llevadas a cabo conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 9/1983, de 15 de julio, reguladora del derecho de reunión, así como durante el transcurso de huelgas legales, salvo que las citadas actuaciones pudieran ser calificadas como acontecimientos extraordinarios de los señalados en el apartado 1.b) anterior.
- g) Los causados por mala fe del asegurado.
- h) Los correspondientes a siniestros producidos antes del pago de la primera prima o cuando, de conformidad con lo establecido en la Ley de Contrato de Seguro, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se halle suspendida o el seguro quede extinguido por falta de pago de las primas.
- i) Los siniestros que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como de «catástrofe o calamidad nacional».

3. EXTENSIÓN DE LA COBERTURA

- 1. La cobertura de los riesgos extraordinarios alcanzará a las mismas personas y las mismas sumas aseguradas que se hayan establecido en las pólizas de seguro a efectos de la cobertura de los riesgos ordinarios.
- 2. En las pólizas de seguro de vida que de acuerdo con lo previsto en el contrato, y de conformidad con la normativa reguladora de los seguros privados, generen provisión matemática, la cobertura del Consorcio de Compensación de Seguros se referirá al capital en riesgo para cada asegurado, es decir, a la diferencia entre la suma asegurada y la provisión matemática que la entidad aseguradora que la hubiera emitido deba tener constituida. El importe correspondiente a la provisión matemática será satisfecho por la mencionada entidad aseguradora.

Comunicación de daños al Consorcio de Compensación de Seguros

- 1. La solicitud de indemnización de daños cuya cobertura corresponda al Consorcio de Compensación de Seguros, se efectuará mediante comunicación al mismo por el tomador del seguro, el asegurado o el beneficiario de la póliza, o por quien actúe por cuenta y nombre de los anteriores, o por la entidad aseguradora o el mediador de seguros con cuya intervención se hubiera gestionado el seguro.
- 2. La comunicación de los daños y la obtención de cualquier información relativa al procedimiento y al estado de tramitación de los siniestros podrá realizarse:
 - Mediante llamada al Centro de Atención Telefónica del Consorcio de Compensación de Seguros (900 222 665 o 952 367 042).
 - A través de la página web del Consorcio de Compensación de Seguros (www.consorseguros.es).

3. Valoración de los daños: La valoración de los daños que resulten indemnizables con arreglo a la legislación de seguros y al contenido de la póliza de seguro se realizará por el Consorcio de Compensación de Seguros, sin que éste quede vinculado por las valoraciones que, en su caso, hubiese realizado la entidad aseguradora que cubriese los riesgos ordinarios.
4. Abono de la indemnización: El Consorcio de Compensación de Seguros realizará el pago de la indemnización al beneficiario del seguro mediante transferencia bancaria.

Definiciones

A efectos de este contrato se entenderá por:

- **Accidente:** Lesión corporal debida a una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. No se considerarán como accidentes las enfermedades cardiovasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.
- **Adopción:** Acto formal sometido a aprobación judicial por el que se considera padres e hijos a quienes no lo son por naturaleza.
- **Ambulancia convencional:** Vehículo terrestre no medicalizado destinado al transporte de enfermos que lo precisen por causas médicas justificadas, pero cuyo estado no haya de prever la necesidad de asistencia médica sanitaria en ruta.
- **Ambulancia medicalizada:** Vehículo terrestre destinado al transporte de enfermos que lo precisen por causas médicas justificadas, dotado con el personal asistencial y la tecnología necesarios para abordar situaciones de extrema gravedad y urgencia en ruta, lo que lo diferencia de ambulancia convencional.
- **Análisis clínicos básicos:** Se incluyen las determinaciones analíticas siguientes: Hemograma, glucosa, urea, creatinina, colesterol, TG, GOT, GPT, GGT, Ac. Úrico, y análisis de orina simple.
- **Asegurado:** Las personas que figuran como tales en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Seguro.
- **Asegurado Titular:** Cada uno de los Asegurados que satisface las condiciones de adhesión al seguro y que, en defecto del Tomador del Seguro, asume las obligaciones derivadas del contrato.
- **Aseguradora:** MAPFRE ESPAÑA DE SEGUROS Y REASEGUROS S.A., entidad emisora de esta póliza, que mediante el cobro de la prima, asume la cobertura del riesgo contratado con arreglo a las condiciones de la póliza.
- **Asegurados dependientes:** Tendrán tal consideración las personas que convivan con el Asegurado Titular, de forma permanente en el domicilio familiar y se encuentren incluidas en la póliza.
- **Asistencia ambulatoria:** Atención sanitaria prestada a un enfermo o lesionado en un consultorio médico u hospital, sin que se produzca su hospitalización por un período de tiempo superior a 24 horas.
- **Beneficiario:** La persona titular del derecho a percibir, en su caso, la prestación derivada de la póliza. En esta modalidad de seguro, este derecho corresponde al Asegurado.

- **Carencia:** Periodo de tiempo durante el cual no tiene vigencia alguna de las garantías de la póliza, cuyo cómputo se inicia a partir de la fecha de efecto de inclusión del Asegurado en la póliza.
- **Cirugía menor ambulatoria:** Se considera Cirugía Menor Ambulatoria los actos quirúrgicos practicados bajo la responsabilidad de un médico, realizados mediante procedimientos terapéuticos o diagnósticos de baja complejidad y mínimamente invasivos, con bajo riesgo de hemorragia, que se practican bajo anestesia local y que no requieren cuidados postoperatorios, en pacientes que no precisan ingreso.
- **Cirugía mayor ambulatoria:** Se trata de un módulo organizativo de atención a los pacientes que precisan asistencia quirúrgica, ya sea con anestesia general, local, regional o sedación, que requieren de cuidados postoperatorios de corta duración y escasa complejidad, por lo que no precisan de ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta a las pocas horas de ser intervenidos quirúrgicamente. Se incluyen los procedimientos quirúrgicos que no requieren más de 24 horas.
- **Consulta:** Acción y efecto de atender y examinar al médico a un enfermo, realizando las exploraciones habituales para, con o sin apoyo de otras pruebas de diagnóstico complementarias, obtener un diagnóstico, un pronóstico y prescribir un tratamiento.
- **Domicilio familiar:** Lugar designado en la póliza en el que conviven el Asegurado Titular y sus familiares de él dependientes. Es el que se considera a los efectos de la asistencia domiciliaria.
- **Enfermedad congénita:** Es aquella alteración de la salud con la que se nace, bien por ser hereditaria o por haberse contraído en el seno del útero materno.
- **Enfermedad o lesión:** Toda alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico y que haga precisa la asistencia facultativa. No se considerarán enfermedades a efectos de cobertura, a título meramente enunciativo y no limitativo: los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo, los tratamientos psicológicos, las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, los defectos o dolencias congénitas, el alcoholismo y las toxicomanías.
- **Enfermedad, defecto o malformación preexistente:** Es aquella alteración de la salud que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro y que normalmente hubiera sido percibida por signos o síntomas, independientemente de que exista un diagnóstico médico.
- **Esterilidad de la pareja:** Es la incapacidad de la pareja para lograr la concepción después de dos años de mantener relaciones sexuales sin métodos de planificación.
- **Factores de Crecimiento:** Sustancias proteicas que se implantan en el organismo con la finalidad de estimular la proliferación y la supervivencia celular y que son utilizados en terapia biológica.
- **Franquicia:** Cantidad o porcentaje expresamente pactada, a cargo del Asegurado, como participación del mismo en el coste de los servicios sanitarios.
- **Gastos médicos razonables y acostumbrados:** Aquellos que no exceden de las tarifas habitualmente facturadas por los médicos o centros hospitalarios, en el ejercicio privado de su actividad.

Definiciones

- **Grupo familiar:** El conjunto de personas formado por el Asegurado Titular y los Asegurados dependientes.
- **Guía Médica Asistencial:** Lista vigente, considerándose como tal la última publicada, de profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y otros servicios sanitarios concertados directamente por la Aseguradora a los que tiene acceso directo el Asegurado. Como puede sufrir modificaciones se debe confirmar, antes de asistir por primera vez a uno de estos servicios, la validez de los datos que figuran en ella. El Asegurado podrá solicitar información de la Aseguradora sobre las guías de otras provincias.
- **Hospital o Centro Hospitalario:** Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos, intervenciones quirúrgicas, e internamiento superior a 24 horas. Estos centros pueden disponer además de unidades especiales de hospitalización y de hospital de día.

A los efectos de la póliza no se considerarán hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo o convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de enfermedades crónicas, tratamientos de drogadicción o alcoholismo e instituciones similares.

- **Hospitalización:** Supone el registro de entrada del paciente y su encamamiento en el hospital durante un mínimo de 24 horas.
- **Hospitalización en Unidades especiales:** Es la ocupación de una cama hospitalaria, que por sus características respecto a los medios técnicos, médicos y de cuidados de enfermería empleados, la diferencian de la hospitalización general o habitual.

Estas unidades están fundamentalmente destinadas: a la vigilancia y tratamiento intensivo de pacientes graves o de alto riesgo (cuidados intensivos, coronarias, neonatología); al tratamiento específico de ciertas enfermedades o lesiones (unidad de quemados, unidad de lesionados raquimedulares); o al aislamiento del paciente, bien porque éste pueda ser contaminante (unidad de infecciosos, unidad para el tratamiento con isótopos radioactivos) o bien para evitar su contaminación al tener alterado su sistema inmunológico (unidad de aislamiento en enfermos trasplantados).

- **Hospitalización de día:** Asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en hospital.
- **Hospitalización a domicilio:** Consiste en la atención médica y de enfermería al paciente encamado en su propio domicilio, con la colaboración de su familia, que permita la asistencia, sin necesidad de ingreso hospitalario, de enfermedades o lesiones crónicas o la recuperación después de intervenciones quirúrgicas.
- **Implante:** Todo material que se inserta en el organismo con finalidad terapéutica, diagnóstica o estética.

A los efectos de la póliza no se consideran prótesis e implantes:

Las ópticas (gafas, lentillas), auditivas (audífonos), miembros u órganos artificiales (extremidades ortopédicas, prótesis del ojo, de testículo y de mama), prótesis de pene y cualquier otra no recogida explícitamente en la Relación de Prótesis e

Implantes cubiertas por la Aseguradora mediante el reintegro a los Asegurados de cantidades económicas hasta un límite previamente fijado en euros, incluida en el Anexo I de estas Condiciones Generales.

- **Infertilidad de la pareja:** Es la incapacidad de la pareja de finalizar una gestación que lleve al nacimiento de un hijo, después de un año o más de mantener relaciones sexuales sin métodos de planificación.
- **Intervención quirúrgica:** Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por profesional sanitario autorizado con fines terapéuticos.
- **Intervención quirúrgica de carácter urgente:** Aquella en que la demora en su realización pueda significar un peligro grave e inmediato para la vida de la persona o para su capacidad funcional.
- **Material ortopédico:** Aparato de cualquier naturaleza utilizado para corregir o evitar las deformidades del cuerpo humano o para reemplazar parcial o totalmente las funciones de un miembro u órgano.

A los efectos de la póliza se considera material ortopédico: los aparatos ortopédicos en general (sillas de ruedas, camas ortopédicas, corsés, collarines y bastones de apoyo) así como cualquier otra no recogida explícitamente en las presentes Condiciones Generales.

- **Material de osteosíntesis:** Cualquier elemento empleado por la síntesis o unión de los extremos de un hueso.
- **Médico:** Persona que se halla legalmente autorizada para profesar y ejercer la medicina.
- **Póliza:** Conjunto de documentos que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, el cuestionario sobre el estado de salud, las Condiciones Generales, Especiales y Particulares que individualizan el riesgo, así como los suplementos o apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla así como el Certificado Individual de seguro.
- **Prima:** Precio del seguro que se devengará por periodos anuales, en cuyo recibo se incluirán además los recargos e impuestos repercutibles.
- **Prótesis:** Todo material que sustituye a un órgano o a una parte de él para lograr un buen funcionamiento de la parte u órgano sustituido o simplemente para mejorar el efecto estético.

A los efectos de la póliza no se consideran prótesis e implantes:

Las ópticas (gafas, lentillas), auditivas (audífonos), miembros u órganos artificiales (extremidades ortopédicas, prótesis del ojo, de testículo y de mama), prótesis de pene y cualquier otra no recogida explícitamente en la Relación de Prótesis e Implantes cubiertas por la Aseguradora mediante el reintegro a los Asegurados de cantidades económicas hasta un límite previamente fijado en euros, incluida en el Anexo I de estas Condiciones Generales.

- **Radiología convencional sin contraste:** Incluye toda radiografía simple de cualquier parte del cuerpo.

Definiciones

- **Servicios Concertados** (por la Aseguradora): Profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y otros servicios sanitarios concertados directamente por la Aseguradora a nivel nacional. Aparecerán editados en las Guías Médicas Asistenciales cuando sean de acceso directo por el Asegurado, pudiendo éste informarse en la Aseguradora del resto de servicios sanitarios de MAPFRE ESPAÑA.
- **Siniestro:** La ocurrencia de cualquier acontecimiento que sea objeto de la prestación del servicio o el reembolso de los gastos generados por aplicación de alguna de las garantías contratadas en la póliza. Se considerará que constituye un solo y único siniestro el conjunto de daños, secuelas y consecuencias derivadas de un mismo hecho.
- **Técnicas novedosas o de nueva implantación:** Aquellos procedimientos médicos, quirúrgicos y medios de diagnóstico cuya eficacia en las patologías que vayan a ser utilizadas no está suficientemente probada ni avalada por la Sociedad Científica de la especialidad que corresponda, **no incluidos expresamente en la presente póliza**, así como aquellos que, estando probada su eficacia, no sean practicados de modo general en los hospitales, centros y otros establecimientos clasificados como centros u hospitales de referencia por el Ministerio de Sanidad. Para considerar que cualquier técnica o procedimiento se realiza de modo general en centros de referencia deberá practicarse en dichos centros al menos en la mayoría de las Comunidades Autónomas. En el caso de las Comunidades con varios centros hospitalarios de referencia deberá realizarse, además, en la mayoría de dichos centros.
- **Tomador del Seguro:** Persona física o jurídica que, conjuntamente con la Aseguradora, suscribe este contrato y al que corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.
- **Tratamiento de psicoterapia breve o terapia focal:** Tratamiento de apoyo al psiquiatra y prescrito por él.
- **Urgencia extrema o vital:** Cuando en la situación de urgencia, el riesgo de muerte inminente, de grandes lesiones o de grandes incapacidades es inminente y requiere el tratamiento lo más inmediato posible.

ANEXO I

Resumen de Coberturas

ESPECIALIDADES CUBIERTAS

Asma y alergia	
■ Vacunas y Autovacunas.....	No
(excepto vacunaciones de acuerdo con el calendario oficial dentro del Programa del Niño Sano)	
■ Tratamiento farmacológico	No
■ Aerosolterapia	Sí
■ Oxigenoterapia	Sí
■ Ventiloterapia.....	Sí
Aparato digestivo	Sí
Cardiología	Sí
Cirugía Cardiovascular	Sí
Cirugía General y del Aparato Digestivo	Sí
Cirugía Maxilofacial	Sí
Cirugía Pediátrica	Sí
Cirugía Plástica y Reparadora	
■ Accidentes (documentado con parte de atención de urgencias del día del accidente)	Sí
■ Tratamientos estéticos	No
Cirugía Torácica	Sí
Cirugía Vascular y Angiología	Sí
Dermatovenereología	Sí
Endocrinología y nutrición	
■ Enfermedad	Sí
■ Tratamientos para adelgazar	No
Genética Humana	Sí
Incluye exclusivamente los siguientes actos y únicamente cuando en el marco de un cuadro clínico sean necesarios para la confirmación del diagnóstico genético que condicione la instauración de un tratamiento específico o su modificación:	
– ESTUDIO SÍNDROME DE DIGEORGE 22(Q11-Q13).	
– CARIOTIPO EN VELLOSIDADES CORIALES.	
– CARIOTIPO EN LÍQUIDO AMNIÓTICO.	
– CARIOTIPO EN MÉDULA ÓSEA.	
– CARIOTIPO EN OTROS TEJIDOS (PIEL, GÓNADAS, RESTOS ABORTIVOS, ETC).	
– CARIOTIPO EN SANGRE PERIFÉRICA.	
– ANEUPLOIDIAS EN LÍQUIDO AMNIÓTICO (FISH O QF-PCR).	
– ESTUDIO DE SÍNDROME DE WILLIAMS 7(Q11.23-Q31).	
– ESTUDIO GENÉTICO POR TÉCNICA DE FISH EN ONCOHEMATOLOGÍA. POR Sonda (A PARTIR DE LA CUARTA Sonda).	
– ESTUDIO GENÉTICO POR TÉCNICA DE PCR EN ONCOHEMATOLOGÍA (POR ESTUDIO).	

Resumen de Coberturas

- ESTUDIO GENÉTICO POR TÉCNICA DE FISH EN ONCOHEMATOLOGÍA. POR SONDA (LAS TRES PRIMERAS SONDAS).
- CÁNCER DE PULMÓN/COLON/ESTÓMAGO (TUMOR PARAFINADO) EGFR (EXO- NES 19 Y 21).
- CÁNCER DE COLON (TUMOR PARAFINADO) BRAF (MUTACIÓN V600E DEL EXON 15).
- CÁNCER DE COLON (TUMOR PARAFINADO) KRAS (ANÁLISIS DE CODONES 12 Y 13).
- CÁNCER DE MAMA (TUMOR PARAFINADO) HER2.
- CÁNCER DE PULMÓN (TUMOR PARAFINADO) ALK.
- CÁNCER DE MAMA/OVARIO FAMILIAR: BRCA1 Y BRCA2 SECUENCIACIÓN.
- CÁNCER DE MAMA/OVARIO FAMILIAR: BRCA1 Y BRAC2 MLPA.
- FACTOR XII MUTACIÓN C46T.
- ENFERMEDAD DE HUNTINGTON (DETECCIÓN DE LAS EXPANSIONES CAG EN EL GEN FXN).
- CÁNCER DE COLON POLIPÓSICO FAMILIAR: APC SECUENCIACIÓN.
- CÁNCER DE COLON POLIPÓSICO FAMILIAR: APC MLPA.
- CÁNCER DE COLON FAMILIAR NO POLIPÓSICO: MLH1 SECUENCIACIÓN.
- CÁNCER DE COLON FAMILIAR NO POLIPÓSICO: MLH1 MLPA.
- CÁNCER DE COLON FAMILIAR NO POLIPÓSICO: MSH2. SECUENCIACIÓN EXONES 2, 10, 11, 13, 15 Y 16 DEL GEN RET.
- CÁNCER DE COLON FAMILIAR NO POLIPÓSICO: MSH2 MLPA.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO 1: NEM1 SECUENCIACIÓN.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO 1: NEM1 MLPA.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO 2: NEM2 SECUENCIACIÓN.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO 2: NEM2 MLPA.
- MUTACIÓN FAMILIAR CONOCIDA DE CÁNCER HEREDITARIO.
- ATAXIA ESPINOCEREBELOSA SCA GENES MAS FRECUENTES (SCA1, SCA2, SCA3, SCA6 Y SCA7).
- ATAXIA DE FRIEDREICH FRDA EXPANSION GAA.
- DISTROFIA MIOTÓNICA TIPO 1. ENFERMEDAD DE STEINERT (DMPK, DETECCIÓN EXPANSION CTG).
- ENFERMEDAD DE CHARCOT MARIE TOOTH (PMP22 DETECCIÓN DE GRANDES DUPLICIDADES POR MLPA).
- SÍNDROME PRADER WILLI DETECCIÓN DELECCIONES REGIÓN PWS/AS POR MLPA.
- FIBROSIS QUÍSTICA (50 MUTACIONES Y POLI T EN CFTR EN CROMOSOMA 7).
- HEMOCROMATOSIS PCR (HFE-3 MUTACIONES C282Y,H63D,S65C).
- FACTOR V LEYDEN (F5, MUTACIÓN G1691A). TROMBOFILIA.
- FACTOR II PROTOMBINA (F2, MUTACIÓN G20210A). TROMBOFILIA.
- HIPERHOMOCISTEINEMIA MTHFR MUTACIÓN C677T Y A1298C SI NECESARIO.
- SÍNDROME X FRAGIL (FMR1, EXPANSIÓN y TP-PCR SI PROCEDE).
- ESTUDIO MOLECULAR CYP212A. DETECCIÓN MUTACIONES MÁS FRECUENTES PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPERPLASIA ADRENAL CONGÉNITA POR DEFICIT DE 21 HIDROXILASA.

- DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE LA TROMBOFILIA (12 MUTACIONES. INCLUYE FACTOR V FACTOR II Y MTHFR SI PROCEDE.
- ESTUDIO GENÉTICO CELIAQUÍA: HLAS DQ2 Y DQ8.

Geriatría	Sí
Hematología	Sí
Medicina Interna	Sí
Nefrología	Sí
Neonatología	Sí
Neurocirugía	Sí
Neurología	Sí
Neumología	Sí
Obstetricia y Ginecología	
■ Anestesia epidural en parto normal	Sí
■ Embarazo, Parto, Cesárea	Sí
■ Preparación al parto	Sí
■ Revisión ginecológica	Sí
■ Ligadura de Trompas	Sí (carencias según condicionado)
■ Inseminación artificial	Sí (carencias según condicionado)
■ Fecundación "in vitro"	Sí (carencias según condicionado)
■ Esterilidad/infertilidad (Estudio y tratamientos)	Sí (carencias y condiciones según condicionado)
Odontología y/o estomatología	Sí
Oftalmología	
■ Enfermedades	Sí
■ Accidentes	Sí
■ Cirugía Refractiva (de la miopía, hipermetropía y astigmatismo) y Cirugía de la Presbicia	No
■ Revisión oftalmológica	Sí
Oncología	Sí
Osteopatía	Sí (carencias según condicionado)
Máximo 8 sesiones asegurado/año	
Otorrinolaringología	Sí
Máximo 20 sesiones/año de logopedia. Exclusivamente en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la sordera en niños menores de 7 años, siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en pólsa superior a 8 meses.	
Pediatría	Sí
Podología	Sí
4 sesiones quiropodia al año.	
Psiquiatría	Sí
■ Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal	Máximo 20 sesiones asegurado/año
■ Por trastornos de la alimentación	Máximo 40 sesiones asegurado/año
■ En procesos agudos o crónicos reagudizados en régimen de ingresado u hospital de día	Máximo 60 días por asegurado/año

Resumen de Coberturas

Reumatología	Sí
Traumatología	Sí
Urología:	
■ Vasectomía	Sí (carencias según condicionado)
■ Esterilidad/Infertilidad (Estudio y tratamientos)	Sí (carencias y condiciones según condicionado)
■ Revisión urológica	Sí

SERVICIOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÉUTICOS (PREVIA PRESCRIPCIÓN MÉDICA)

Análisis Clínicos	Sí
Anatomía Patológica y Citología	Sí
Endoscopia	Sí
Radiología	
■ Radiografía simple y con contraste	Sí
■ Mamografía	Sí
■ Ortopantomografía	Sí
Servicios Especiales de Diagnóstico	
■ Densitometría Ósea	Sí
■ Ecografía	Sí
■ P.E.T. y P.E.T.-R.N.M.	Sí (carencias según condicionado)
■ T.A.C. (Scanner)	Sí
■ Resonancia Nuclear Magnética	Sí (carencias según condicionado)
Medicina Nuclear	Sí (carencias según condicionado)
Pruebas del Aparato Circulatorio	
■ Arteriografía	Sí (carencias según condicionado)
■ Ecocardiograma	Sí
■ Electrocardiograma	Sí
■ Eco-Doppler	Sí
■ Cateterismo	Sí (carencias según condicionado)
■ Holter	Sí
■ Ergometría	Sí
Pruebas de Obstetricia y Ginecología	
■ Amnioscopia	Sí (carencias según condicionado)
■ Amniocentesis	Sí (carencias según condicionado)
■ Laparoscopia	Sí (carencias según condicionado)
■ Ecografía	Sí
■ Monitorización fetal	Sí (carencias según condicionado)
Pruebas de Neurofisiología	
■ Electroencefalograma	Sí
■ Ecoencefalograma	Sí
■ Electronistagmografía	Sí
■ Electromiografía	Sí
■ Medida de velocidad de conducciones nerviosas	Sí

Conceptos Especiales a Mencionar

Pruebas de Oftalmología

■ Tonometría.....	Sí
■ Angiofluoresceingrafía.....	Sí
■ Campimetría.....	Sí
■ Ecografía.....	Sí

Pruebas de Urología

■ Uretroscistoscopia.....	Sí
■ Citoscopia.....	Sí
■ Estudios Urodinámicos.....	Sí

Pruebas Funcionales del Riñón o Hígado..... Sí

Litotricia..... Sí (carencias según condicionado)

Díalisis y Riñón Artificial..... Sí (carencias según condicionado)

Pruebas de Oncología

■ Uso de Isótopos Radioactivos.....	Sí
-------------------------------------	----

Quimioterapia y Radioterapia..... Sí (carencias según condicionado)

Hemodinámica..... Sí (carencias según condicionado)

Polisomnografía..... Sí (carencias según condicionado)

Láser..... No

(excepto para las especialidades expresamente incluidas)

Rehabilitación..... Sí

En caso de Daño Cerebral Adquirido (traumático, vascular, etc.), se cubren los tratamientos de rehabilitación funcional motor así como los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos **con un límite máximo 60 días en régimen de internamiento hospitalario, y un máximo de 90 días naturales en régimen ambulatorio. En ambos casos, la cobertura está limitada a una sola vez por asegurado durante la vigencia de la póliza.**

En caso de Daño Medular, se cubren los tratamientos de rehabilitación funcional motor y rehabilitador en unidades específicas de lesionados medulares, así como los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos, **con un límite máximo de 60 días en régimen de internamiento hospitalario y una sola vez por asegurado durante la vigencia de la póliza. Excluidos los tratamientos de rehabilitación en régimen ambulatorio.**

Conceptos Especiales a Mencionar

Accidentes de Tráfico..... Sí

Asistencia urgente en el extranjero..... Sí

Cirugía Plástica..... Sólo accidentes (2)

Enfermedades anteriores a la contratación..... No (3)

Escayola..... Sí

Exámenes médicos preventivos

■ Chequeos en general.....	No
----------------------------	----

■ Revisión ginecológica anual (consulta, citología, ecografía, mamografía).....	Sí
--	----

■ Revisión pediátricas.....	Sí
-----------------------------	----

■ Revisión oftalmológica anual.....	Sí
-------------------------------------	----

■ Revisión urológica anual (consulta, PSA, ecografía).....	Sí
--	----

Catálogo de Prótesis e Implantes Cubiertos

Fisioterapia y Rehabilitación	Sí (4)
Gafas, lentes de contacto o Aparatos Auditivos	No (1)
Homeopatía	No
Otros aparatos Ortopédicos	No
Productos farmacéuticos	Sólo en hospital
Prótesis e Implantes en General	No
Excepto los que se detallan en el apartado del Catálogo de Prótesis e Implantes con los límites fijados	
SIDA	No
Sistemas de Inmovilización Externa	
■ Rodilleras, muñequeras, collarines y similares	No
Tratamientos farmacológicos	No
(1) Se cubrirán exclusivamente en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la sordera en niños menores de 7 años, siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 8 meses.	
(2) Documentados con parte de atención de urgencias del día del accidente.	
(3) Salvo aceptación expresa de la Compañía en las Condiciones Particulares de la póliza.	
(4) Carencia de 6 meses, previa prescripción médica.	

Catálogo de Prótesis e Implantes Cubiertos

Estos importes se reintegrarán a los Asegurados hasta el límite previamente fijado	Euros
Anillos valvulares para reconstrucción de válvulas cardíacas	1.600
Audífono (uno por cada oído)	2.000
(Exclusivamente a través del programa de detección precoz y tratamiento de la sordera en niños)	
Bombas de infusión externas	2.400
Bombas de infusión internas	5.400
Desfibrilador autoimplantable	18.000
Electrodos y estimuladores medulares (sólo tratamiento de dolor).....	6.000
Electrodos y estimuladores transcutáneos (sólo tratamiento de dolor)	2.400
Endoprótesis vasculares	1.500
Expansores mamarios (por unidad)	1.000
Fijadores óseos externos	1.200
Fijadores de columna internos (por 1 nivel)	2.400
Fijadores de columna internos (por cada nivel adicional).....	1.200
Implante coclear (un único implante).....	22.000
(Exclusivamente a través del programa de detección precoz y tratamiento de la sordera en niños)	
Injertos óseos (banco de huesos)	1.000
Kit/material para vertebroplastia (por vértebra)	1.200

	Euros
Kit/material para cifoplastia (en su totalidad/por asegurado)	3.000
Kit nucleoplastia	1.200
Kit rizolisis	800
Lente intraocular (por cada ojo)	180
Mallas para hernias	600
Mallas para incontinencia	600
Mallas reconstrucción abdominal	600
Mallas torácicas	600
Marcapasos	4.800
Material de osteosíntesis en fracturas	2.500
Material y sustancias embolizantes (coils y onix, embosferas, etc.) (total/año)	3.000
Material utilizado en ligamentoplastia en su totalidad (ligamento , tornillos, anclajes y suturas)	1.800
Prótesis de cadera cementadas	1.200
Prótesis de cadera no cementadas	3.000
Prótesis de hombro	3.300
Prótesis de rodilla	3.300
Prótesis discales en su totalidad	3.000
Prótesis expansoras de mama (por unidad)	1.200
Prótesis mamarias (por unidad)	700
Prótesis para by-pass	1.800
Prótesis testiculares	600
Reservorios (en tratamientos del dolor y quimioterapia)	450
Stent. (Por unidad)	1.600
Sustitutivos Duramadre	600
Sustitutivos óseos	1.500
Tubo protésico valvulado	6.000
Válvulas cardíacas metálicas (por unidad)	4.200
Válvulas cardíacas biológicas (por unidad)	3.600
Válvulas de hidrocefalia	1.500
Válvulas para glaucoma	540

Franquicias

	Euros
En Reproducción Asistida:	
■ Aplicación de Técnicas ICSY o Micro Inyección Espermiática	360,00
■ Punción Testicular, (obtención de espermatozoides)	300,00

Franquicias

En Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal:

- Consulta / sesión 12,00

En Tratamientos de Osteopatía:

- Consulta / sesión 12,00

En Crío-preservación de Células madre del Cordón umbilical:

a) De la Sangre (SCU)

- Por proceso de crío-preservación..... 1.190,00

b) De la Sangre y del Tejido (SCU y TCU)

- Por proceso de crío-preservación..... 1.515,00



Domicilio Social: Ctra. de Pozuelo, 50 - 28222 Majadahonda, Madrid
Teléfono: 918 365 365

mapfre.es