



→ **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 - 900 822 822

MAPFRE

Salud

Reembolso

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.

Condiciones Generales

Artículo preliminar	3
Artículo 1º. Marco jurídico que regula la póliza	3
Artículo 2º. Objeto y extensión del seguro	3
Artículo 3º. Garantías extrahospitalaria y hospitalaria.....	4
3.1. Descripción de las garantías.....	4
3.2. Garantía extrahospitalaria	5
3.2.1. Asistencia primaria.....	6
3.2.2. Asistencia especializada ambulatoria	7
3.2.3. Asistencia especializada obstétrica.....	16
3.3. Garantía hospitalaria.....	19
3.3.1. Hospitalización quirúrgica.....	24
3.3.2. Hospitalización no quirúrgica.....	27
3.3.3. Hospitalización obstétrica	28
3.4. Reembolso de gastos de farmacia	28
Artículo 4º. Garantía de segundo diagnóstico internacional	29
Artículo 5º. Gran cobertura	29
Artículo 6º. Garantía bucodental /suplemento odontológico	31
Artículo 7º. Servicios recomendados en españa.....	33
Artículo 8º. Garantía de adopción nacional e internacional	36
Artículo 9º. Períodos de carencia	37
Artículo 10º. Asistencias y/o gastos no cubiertos por la póliza	38
Artículo 11º. Tarjeta mapfre españa.....	43
Artículo 12º. Autorización de prestaciones de asistencia sanitaria y reembolso de gastos	43
Artículo 13º. Otras garantías.....	45
13.1. Fallecimiento por accidente.....	46
13.2. Asistencia en viaje.....	47

Normas Generales

Artículo 14º. Bases del contrato.....	61
Artículo 15º. Perfección, efecto y duración del contrato	62
Artículo 16º. Contratación a distancia de seguro	63
Artículo 17º. Importe, pago de la prima y efectos de su impago.....	64
Artículo 18º. Comunicaciones	67
Artículo 19º. Prescripción, jurisdicción e instancias de reclamación	67

Riesgos Extraordinarios

Artículo 20º. Cláusula de indemnización por el consorcio de compensación de seguros	68
---	----

Definiciones

Definiciones	71
--------------------	----

Anexo I

Acceso a los Servicios.....	81
Cirugía Mayor Ambulatoria	82
Resumen de Coberturas	83
Conceptos Especiales a Mencionar	88
Catálogo de Prótesis, Implantes y Kits Cubiertos	89
Franquicias	91

Anexo II

Precios Convenidos Garantía bucodental/Suplemento odontológico.....	95
---	----

Condiciones Generales

ARTÍCULO PRELIMINAR

Los productos denominados “REEMBOLSO” 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, así como los distintos límites -porcentajes, capital máximo asegurado y límites parciales de reembolso- para cada una de las garantías contratadas.

ARTÍCULO 1º. MARCO JURÍDICO 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, y en su actividad aseguradora se halla sometida a la supervisión y control de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

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 cada una de las garantías contratadas por el Tomador cuyos riesgos se describen en las presentes Condiciones Generales, mediante el pago de la prima y la participación del Asegurado que en cada caso corresponda, la Aseguradora se compromete a asumir el reembolso de gastos médicos abonados previamente por el Asegurado, el coste de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria prestada por un Servicio Recomendado por la Aseguradora al Asegurado y/o el abono de las indemnizaciones, según corresponda en cada caso, en función de la garantía de que se trate.

Las garantías de la póliza tendrán validez mundial 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.

Todos los reembolsos derivados de la cobertura de esta póliza se realizarán en España y se abonarán siempre en euros.

ARTÍCULO 3º. GARANTÍAS EXTRAHOSPITALARIA Y HOSPITALARIA

3.1. DESCRIPCIÓN DE LAS GARANTÍAS

A las garantías contratadas por el Tomador a través del Reembolso de Gastos, les será de aplicación lo establecido en estas Condiciones Generales y en sus Anexos, en las Condiciones Particulares o Certificado Individual de Seguro de la póliza, y en su caso, en las Condiciones Especiales.

Siempre que dichas garantías consten contratadas en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, la Aseguradora asumirá el reembolso total o parcial de los gastos abonados previamente por el Asegurado, derivados de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que le sea prestada a consecuencia de una enfermedad o lesión según las condiciones, los porcentajes y límites pactados para cada una de las garantías contratadas.

Cada garantía de reembolso comprende también una garantía alternativa de similares características prestada en España a través de los Servicios Recomendados por la Aseguradora. En este caso, si el Asegurado decide utilizarlos, la Aseguradora abonará directamente a los Servicios Recomendados el coste de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria, que el Asegurado haya precisado a consecuencia de una enfermedad o lesión. La utilización de los Servicios Recomendados se realizará conforme a lo establecido en las presentes Condiciones Generales.

Quedan incluidos tanto el reembolso total y parcial de gastos abonados por el Asegurado como el abono del coste por la Aseguradora al Servicio Recomendado de la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria derivada de accidente y/o enfermedad laboral.

Adicionalmente, cada garantía comprende también otras prestaciones, programas de medicina preventiva y servicios especiales especificados en esta póliza, **cubiertos únicamente cuando se realicen por Servicios Recomendados y que no están amparados por la garantía de reembolso.**

En ningún caso, podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria realizadas a través de los Servicios Recomendados.

Límites de Reembolso de Gastos

La Aseguradora reembolsará los gastos justificados y cubiertos por la póliza, devengados en servicios médicos y hospitalarios, en función de los porcentajes, capitales y límites parciales máximos de reembolso que se indiquen en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro. **El resto de los gastos correrá a cargo del Asegurado.**

A efectos del cómputo de los límites máximos de reembolso, se sumarán los gastos ocasionados como consecuencia de la utilización de las garantías cubiertas a través de Reembolso de Gastos.

Para la Garantía Hospitalaria de reembolso, y a efectos del cómputo del límite máximo de reembolso indicado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, se entenderá como ingreso en un hospital referido a una misma dolencia aquel que sea debido a una misma causa o causas relacionadas con un ingreso anterior, incluyendo sus complicaciones. A estos efectos, será considerado como continuación del anterior y no como una nueva dolencia.

En caso de que el Asegurado deba recibir tratamiento de hemodiálisis o diálisis peritoneal, la Aseguradora se hará cargo del coste del tratamiento en unidades especiales de hemodiálisis y diálisis peritoneal durante un período máximo de 1 año, a contar desde el momento en que el Asegurado haya recibido la primera sesión.

3.2. GARANTÍA EXTRAHOSPITALARIA

Siempre que figure contratada en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, esta garantía comprende el reembolso de los gastos correspondientes a la consulta con facultativo, la cirugía menor ambulatoria, así como los procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos en cada una de las asistencias que 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.

Salvo pacto en contrario fijado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o del Certificado Individual de Seguro, también se incluyen las prestaciones de las

Garantías de Asistencia Extrahospitalaria a través de Servicios Recomendados. En este último caso, la utilización de dichos servicios se realizará conforme a las normas señaladas más adelante.

3.2.1. Asistencia Primaria

Qué se cubre

● Reembolso de Gastos

El reembolso de los gastos correspondientes a la asistencia primaria 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.
- **Medios de diagnóstico:** Análisis clínicos básicos y radiología convencional sin contraste.
- **Enfermería.**
- **Atención de urgencias domiciliarias y ambulatorias.**

● Prestación en Servicios Recomendados

El Asegurado podrá elegir y concertar cita directamente con cualquier Servicio Recomendado por la Aseguradora en todo el territorio nacional para los mismos servicios que cubre el Reembolso de Gastos, **pero en este caso, serán prestados en las siguientes condiciones:**

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 requerirán la prescripción escrita de un facultativo, 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 Recomendado.

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 Recomendado 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.

• Programa de exclusiva realización en Servicios Recomendados complementario al Reembolso de Gastos de Asistencia Primaria

En **Pediatría y Puericultura** y **únicamente en Servicios Recomendados**, se incluye 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 14 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.

3.2.2. Asistencia Especializada Ambulatoria

Qué se cubre

• Reembolso de Gastos

Comprende el reembolso de los gastos correspondientes a la asistencia prestada por un facultativo al Asegurado en las distintas especialidades médico-quirúrgicas, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos, contrastes radiológicos utilizados en las exploraciones de diagnóstico por la imagen y cirugía menor que se especifican a continuación, **exclusivamente cuando se realicen en consulta y/o sala de curas.**

Sin perjuicio de lo anterior, no está cubierta ninguna asistencia o procedimiento de diagnóstico que conlleve sedación.

Especialidades médicas cubiertas:

- **Alergología. Las vacunas y autovacunas serán a cargo del Asegurado.**

- **Análisis Clínicos.**
- **Anatomía Patológica.**
- **Anestesiología y Reanimación.** Incluye únicamente consultas.
- **Angiología y Cirugía Vascular Periférica.** No serán objeto de cobertura los tratamientos esclerosantes venosos.
- **Aparato Digestivo.** La cápsula endoscópica estará cubierta exclusivamente para el estudio diagnóstico de la hemorragia digestiva de origen no identificado después de haber realizado colonoscopia y/o gastroscopia. No incluye la cápsula de patencia.
- **Cardiología.**
- **Cirugía Cardiovascular.**
- **Cirugía General y del Aparato Digestivo.**
- **Cirugía Maxilofacial.**
- **Cirugía Pediátrica.**
- **Cirugía Plástica y Reparadora.**
- **Cirugía Torácica.**
- **Dermatología.**
- **Diagnóstico por la Imagen.** No incluye la radiología intervencionista.
 - Incluye TAC coronario exclusivamente en las siguientes indicaciones:
 - > Pacientes sintomáticos con baja probabilidad de enfermedad coronaria pre-test en los que la prueba de isquemia no es concluyente y sólo si, bajo criterio médico, se puede adquirir un estudio de buena calidad.
 - > Valoración de pacientes con angina estable.
 - > Sospecha clínica de malformación del árbol coronario.No será objeto de cobertura el score cálcico.
 - Incluye colonografía mediante TAC/colonoscopia virtual, exclusivamente cuando exista alguna contraindicación médica para realizar la fibrocolonoscopia, ésta no se haya podido realizar correctamente (intolerancia o estenosis) y/o su resultado no sea concluyente.
 - Incluye elastografía hepática/fibroscan exclusivamente para la evaluación del estado de fibrosis hepática en las hepatopatías crónicas, con exclusión de las relacionadas con el alcoholismo, y un límite máximo de 1 exploración por Asegurado y año.
- **Endocrinología y Nutrición.**
- **Genética:** Únicamente incluye la consulta de consejo genético para asegurados con carga genética familiar de enfermedades hereditarias graves y/o con procesos oncológicos ya diagnosticados, así como 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. Se incluye el uso de las plataformas genómicas designadas por la Aseguradora para análisis del índice de recurrencia de tumores de mama, únicamente tras una intervención quirúrgica cubierta por las garantías de la póliza. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.

- **Geriatría.**
- **Ginecología.**
- **Hematología y Hemoterapia.**
- **Medicina Interna.**
- **Medicina Nuclear. No incluye pruebas terapéuticas. En el caso del PET/TAC incluye únicamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG en indicaciones oncológicas de acuerdo con las especificaciones de la ficha técnica autorizada de dicho radiofármaco. En el caso del PET/RNM se incluyen únicamente los realizados con el radiofármaco 18F-FDG y sólo en patologías oncológicas y/o pacientes pediátricos.**
- **Nefrología.**
- **Neumología.**
- **Neurocirugía.**
- **Neurofisiología Clínica.**
- **Neurología.**
- **Oftalmología. No será objeto de cobertura la cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía) y la cirugía de la presbicia.**
- **Oncología Médica. Incluye únicamente consultas.**
- **Oncología Radioterápica. Incluye únicamente consultas.**
- **Otorrinolaringología. Los tratamientos para rehabilitación vestibular tendrán un límite de 5 sesiones por Asegurado y año.**
- **Rehabilitación, Fisioterapia y Logofoniatría. Con un límite de 30 sesiones por Asegurado y año, salvo en las siguientes indicaciones:**
 - **Los tratamientos para rehabilitación del suelo pélvico tendrán un límite de 8 sesiones por Asegurado y año. Este tratamiento estará cubierto exclusivamente tras embarazo/parto, así como para el tratamiento de la incontinencia urinaria y/o anal.**
 - **Los tratamientos para rehabilitación vestibular tendrán un límite de 5 sesiones por Asegurado y año.**
 - **Los tratamientos de ondas de choque estarán cubiertos exclusivamente en las siguientes patologías siempre y cuando no haya habido respuesta a otros tratamientos, y con un límite máximo de 12 sesiones por Asegurado y año:**

- > **Tendinopatías calcificantes.**
- > **Tendinopatías degenerativas.**
- > **Enfermedad de De Quervain.**
- > **Fracturas de estrés.**
- > **Pseudoartrosis.**
- > **Osteonecrosis.**
- > **Osteocondritis disecante.**

- **Los tratamientos de drenaje linfático estarán cubiertos exclusivamente mediante técnica manual y sólo en aquellos casos relacionados con una cirugía oncológica en la que haya habido una resección de cadenas ganglionares.**

- **Los tratamientos de logofoniatría se cubrirán exclusivamente cuando haya patología orgánica de los órganos de la fonación.**

- **Reumatología.**
- **Tratamiento del Dolor.**
- **Traumatología y Ortopedia.**
- **Urología.**

● **Prestación en Servicios Recomendados**

Para los mismos servicios que cubre el reembolso de gastos, el Asegurado podrá elegir y concertar cita directamente con los Servicios Recomendados 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.

● **Prestaciones de exclusiva realización en Servicios Recomendados**

Adicionalmente se cubrirán las siguientes especialidades médicas que se prestarán **exclusivamente en Servicios Recomendados y en los términos que aquí se especifican:**

- **Odontoestomatología.** Incluye **únicamente** propuesta de tratamiento, una limpieza de boca anual, radiografías simples, ortopantomografías 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.**

- **Podología.** Comprende los tratamientos podológicos de la patología del pie, en lo referente a tumores superficiales benignos y/o las patologías de las uñas. Se incluyen también en esta cobertura los tratamientos quirúrgicos ambulatorios exclusivamente de la uña encarnada y/o del papiloma plantar del pie. **Únicamente los tratamientos de quiropodia tendrán un límite de 4 sesiones por Asegurado y año.**
- **Psiquiatría.** Incluye **únicamente** la consulta en procesos psiquiátricos agudos o reagudizados. **No serán objeto de cobertura los tratamientos de deshabitación de patologías adictivas.**
- **Rehabilitación.** Los tratamientos de neurorrehabilitación y otros específicos para el Daño Cerebral Adquirido tienen un límite máximo de 90 días en asistencia extrahospitalaria. Esta cobertura alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza durante los doce primeros meses posteriores al diagnóstico de Daño Cerebral Adquirido. Este tratamiento estará cubierto exclusivamente en las siguientes indicaciones y, siempre y cuando, existan varios déficits neurológicos simultáneamente como consecuencia del Daño Cerebral Adquirido:
 - Ictus.
 - TCE (Traumatismo craneoencefálico).
 - Secuelas neuroquirúrgicas.
 - Secuelas de infecciosas del sistema nervioso central (meningitis).
- **Ventiloterapia, Aerosolterapia, Oxigenoterapia.** Podrán prestarse en consulta o a domicilio según las especificaciones del facultativo. **No serán objeto de cobertura los monitores de apnea. En caso de que el Asegurado deba recibir tratamiento de CPAP o BIPAP, la Aseguradora se hará cargo del coste del tratamiento durante un periodo máximo de 6 meses, a contar desde el momento en que el Asegurado haya recibido la primera sesión.**
- **Programas de exclusiva realización en Servicios Recomendados Complementarios al Reembolso de Gastos de Asistencia Especializada Ambulatoria**

En ningún caso queda cubierto el reembolso o abono de cantidad alguna.

Esta garantía comprende los Programas de Medicina Preventiva diseñados por la Aseguradora que a continuación se indican, prestados en los centros específicamente Recomendados 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 Recomendados por la Aseguradora en la provincia de residencia del Asegurado, estos programas podrán realizarse, previa consulta con la Aseguradora, en Servicios Recomendados de otras provincias.

● **Planificación familiar.**

Este programa incluye:

- Técnicas de implantación del DIU y del anticonceptivo subdérmico (incluido el coste del DIU convencional o estándar). El coste del DIU hormonal y del implante anticonceptivo subdérmico **únicamente** queda incluido **hasta la cuantía máxima fijada en el Anexo I de estas Condiciones Generales.**

● **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 menarquía (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 menarquía (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 e ictus.**

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 fundamentalmente) 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.**

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:

- Dos audífonos, uno para cada oído, **una sola vez, para toda la vigencia de la póliza y con una cuantía máxima de 2.000€ cada uno.**

● **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 cardiacas, 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.

● **Detección de cáncer de colon.**

Este programa incluye:

- Analítica de sangre oculta en heces.

● **Diagnóstico precoz del melanoma.**

Este programa incluye:

- Consulta y revisión de los cambios de tamaño, color y forma de los nevus displásicos o atípicos por el médico especialista.
- Dermatoscopia digital.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

No se incluyen los estudios genéticos de los genes relacionados con el melanoma.

• Cribaje neuroisquémico del pie diabético.

Este programa incluye:

- Inspección visual realizada por un especialista.
- Test de sensibilidad en el pie.
- Evaluación de pulsos periféricos.
- Evaluación de reflejos miotáticos.
- Valoración del índice tobillo-brazo.

Este programa se realizará anualmente y está dirigido **exclusivamente** a pacientes insulinodependientes de más de 10 años de evolución.

• Diagnóstico precoz del cáncer de pulmón

Este programa incluye:

- Consulta con neumólogo.
- Pruebas de función respiratoria.
- Análisis de sangre con marcadores tumorales.
- TAC de tórax de baja dosis de radiación.

Este programa está dirigido a personas entre 55 y 80 años que sean fumadores en activo o exfumadores en los últimos 15 años y que consumieran 30 o más paquetes al año.

3.2.3. Asistencia Especializada Obstétrica

Qué se cubre

El reembolso de los gastos correspondientes a la asistencia del obstetra o del ginecólogo **exclusivamente en consulta** y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios del seguimiento del embarazo de la Asegurada, siempre y cuando no se precise asistencia hospitalaria. En concreto, esta asistencia cubre las citologías, ecografías, cariotipos, genotipos, amnioscopia y la monitorización materno-fetal.

• Prestación en Servicios Recomendados

Para los mismos servicios que cubre el reembolso de gastos, el Asegurado podrá elegir y concertar cita directamente con los Servicios Recomendados 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.

- **Prestación de exclusiva realización en Servicios Recomendados**

Test prenatal no invasivo en sangre materna / Test DNA fetal **exclusivamente cuando el resultado del índice de riesgo del cribado combinado del primer trimestre esté comprendido entre 1:50 y 1:250.**

- **Programas de exclusiva realización en Servicios Recomendados Complementarios al Reembolso de Gastos de Asistencia Especializada Obstétrica**

En ningún caso queda cubierto el reembolso o abono de cantidad alguna.

Esta garantía comprende los Programas de Medicina Preventiva diseñados por la Aseguradora que a continuación se indican, prestados en los centros específicamente Recomendados 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 Recomendados por la Aseguradora en la provincia de residencia del Asegurado, estos programas podrán realizarse, previa consulta con la Aseguradora, en Servicios Recomendados de otras provincias.

- **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.

- **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.

- **Servicios Especiales de exclusiva realización en Servicios Recomendados**

En ningún caso queda cubierto el reembolso o abono de cantidad alguna.

Condiciones Generales

Esta garantía comprende los servicios que a continuación se especifican, cuando sean prestados por Servicios Recomendados:

• 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, acoso escolar o violencia de género en cuyo caso se amplía hasta 40 sesiones por Asegurado y año.**

Cómo se presta el servicio

El Asegurado deberá acudir a un psicólogo de la Guía Médica Asistencial. 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. **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.**

• Tratamiento de esterilidad de la pareja

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 diagnóstico 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.

3.3. GARANTÍA HOSPITALARIA

Esta garantía comprende la Hospitalización, que es la asistencia prestada al Asegurado cuando se produzca el registro de entrada del paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas, los ingresos de Cirugía Mayor Ambulatoria, los ingresos en hospital de día, la hospitalización a domicilio, las urgencias hospitalarias y el Servicio de ambulancia, conforme a lo pactado en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares y/o en el Certificado Individual de Seguro.

Siempre que figure contratada en las Condiciones Particulares de la póliza y/o Certificado Individual de Seguro esta garantía comprende el reembolso de los gastos correspondientes a las coberturas que se detallan, conforme a lo pactado en las presentes Condiciones Generales, así como en las Condiciones Particulares de la póliza y/o del Certificado Individual de Seguro, amparando los siguientes servicios:

- **Hospitalización:** incluye la estancia en un centro hospitalario con uso de habitación individual, manutención del Asegurado ingresado, cama de acompañante, utilización de quirófano, material fungible, material de osteosíntesis, prótesis, implantes y/o kits (según Anexo I de las Condiciones Generales de la póliza), medicamentos, siempre y cuando la indicación para la que se vaya a utilizar el medicamento se encuentre recogida en la ficha técnica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) de dicho fármaco, tratamientos y pruebas diagnósticas, así como los honorarios de los profesionales que intervengan durante la hospitalización.
- **Prestaciones por Cirugía Mayor Ambulatoria** realizadas en hospitales de día, tanto para procesos quirúrgicos como médicos (incluidas la medicación, siempre y cuando la indicación para la que se vaya a utilizar el medicamento se encuentre recogida en la ficha técnica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) de dicho fármaco, productos y medios de diagnóstico utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario), conforme a lo pactado en las presentes Condiciones Generales y Particulares.
- **Prestaciones realizadas en hospitales de día, tanto para procesos quirúrgicos como médicos** (incluidas la medicación, siempre y cuando la indicación para la que se vaya a utilizar el medicamento se encuentre recogida en la ficha técnica de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) de dicho fármaco, productos y medios de diagnóstico utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario). La protonterapia para el tratamiento de determinados procesos oncológicos mediante protones **hasta un máximo de 10.000 euros por Asegurado y año.**

- **Radioterapia únicamente en procesos oncológicos.**
- **Unidad de Vigilancia Intensiva.**
- **Unidad Coronaria.**
- **Unidades de Aislamiento.**
- **Servicio de ambulancia Convencional o Medicalizada:**

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 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 situación de hospitalización a Domicilio para acudir a una consulta, o realizar rehabilitación, fisioterapia o pruebas diagnósticas.

Salvo pacto en contrario fijado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o del Certificado Individual de Seguro, también se incluyen las prestaciones de las Garantías de Asistencia Hospitalaria a través de Servicios Recomendados. En este último caso, la utilización de dichos servicios se realizará conforme a las normas señaladas más adelante.

- **Prestación en Servicios Recomendados.**

Salvo pacto en contrario fijado en las Condiciones Particulares de la póliza y/o del Certificado Individual de Seguro, también se incluyen las prestaciones de las Garantías de Asistencia Hospitalaria a través de Servicios Recomendados por la Aseguradora en España. En este caso, la utilización de dichos servicios se realizará conforme a las siguientes condiciones: Con carácter general, para cualquier tipo de hospitalización, **deberá solicitarse autorización previa a la Aseguradora con una antelación de, al menos, 48 horas.**

En los casos de hospitalización urgente, bastará la prescripción escrita o el informe de ingreso. 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. 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.

Las urgencias hospitalarias se cubrirán en los Servicios Recomendados 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 Recomendado más cercano para que reciba la asistencia necesaria.

• **Prestaciones de exclusiva realización en Servicios Recomendados.**

Adicionalmente se cubrirán los siguientes servicios que se prestarán exclusivamente en Servicios Recomendados en los términos **y con los límites indicados en los distintos epígrafes** que aquí se especifican:

- **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 Recomendados 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. **Esta hospitalización estará cubierta exclusivamente para el tratamiento de patologías crónicas que requieran cuidados especiales sin llegar a precisar ingreso hospitalario ni equipamiento especializado, así como para pacientes ingresados por patologías no crónicas que, según criterio médico, puedan continuar su recuperación en el domicilio.**
- En caso de **Daño Cerebral Adquirido** (traumático, vascular, etc.) y **Daño Medular la asistencia hospitalaria se cubre cuando concurren todos los siguientes requisitos:**
 - 1) **Que el ingreso hospitalario se produzca en unidades específicas de Rehabilitación Neurológica Cerebral y/o Medular.**
 - 2) **Que la única finalidad del ingreso sea recibir tratamientos de rehabilitación funcional neurológica.**
 - 3) **Que existan varios déficits neurológicos simultáneamente como consecuencia del Daño Cerebral/Medular Adquirido.**
 - 4) **Que la hospitalización se deba a alguna de las siguientes situaciones:**
 - **En caso de Daño Cerebral Adquirido, exclusivamente en las siguientes indicaciones:**
 - **Ictus.**
 - **TCE (Traumatismo Cráneo Encefálico).**
 - **Secuelas neuroquirúrgicas.**
 - **Secuelas de infecciosas del sistema nervioso central (meningitis).**

- **En caso de Daño Medular Adquirido exclusivamente en las siguientes indicaciones:**
 - **Secuela neuroquirúrgica (médula espinal).**
 - **Traumatismo.**

En cualquier caso, los tratamientos de rehabilitación funcional neurológica tienen un límite de 60 días de hospitalización durante los primeros 12 meses posteriores al diagnóstico de Daño Cerebral Adquirido o Daño Medular. Esta cobertura alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza.

- **La asistencia hospitalaria psiquiátrica para el tratamiento de enfermos mentales afectados de procesos agudos o crónicos reagudizados tiene un límite máximo de 60 días por Asegurado y año.**
- **Cirugía profiláctica de la mama contralateral y/o los ovarios y anejos en casos de cáncer de mama y/u ovario de origen genético con mutación de los genes BRCA1/BRCA2. Únicamente se cubrirá cuando se disponga de un informe de estudios genéticos que confirmen la existencia de esta mutación y haya una prescripción médica de cirugía por parte de un especialista que figure en los Servicios Recomendados de la Aseguradora.**
- **Mamoplastia de reducción/cirugía de reducción mamaria, exclusivamente para mayores de 18 años que cumplan todos los siguientes criterios clínicos: clínica de dorsalgia y/o cervicalgia secundaria a la macromastia, distancia yégulum-pezones superior a 32 cm, índice de masa corporal menor a 30 y necesidad de extirpar al menos 1000 gr por mama. Será necesario que haya una prescripción médica de cirugía por parte de un especialista que figure en los Servicios Concertados de la Aseguradora.**
- **Programas de exclusiva realización en Servicios Recomendados complementario al Reembolso de Gastos de Hospitalización Quirúrgica.**

En ningún caso queda cubierto el reembolso o abono de cantidad alguna.

Esta garantía comprende los Programas de Medicina Preventiva diseñados por la Aseguradora que a continuación se indican, prestados en los Servicios Recomendados a tal efecto.

- **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 un implante coclear, **con una cuantía máxima de 22.000€ por Asegurado y una sola vez para toda la vigencia de la póliza.**

- **Planificación familiar**

Este programa incluye:

- Ligadura de trompas.
- Vasectomía.

3.3.1. Hospitalización Quirúrgica

Qué se cubre

- **Reembolso de Gastos**

Comprende el reembolso de gastos correspondientes a la asistencia hospitalaria del Asegurado para el tratamiento de enfermedades o lesiones que precisen de cirugía en las distintas especialidades quirúrgicas. Quedan incluidos los gastos de cirujanos, ayudantes, anestesistas, quirófano, material, medicamentos, estancia en la UVI, visitas médicas realizadas en el propio hospital, así como los gastos de hospitalización (habitación, manutención y gastos generales de enfermería).

Las técnicas o procedimientos indicados a continuación estarán cubiertos exclusivamente en los casos que expresamente se especifican aquí:

- La cirugía endoscópica **no está cubierta en cirugías de columna.**
- Técnicas quirúrgicas o procedimientos terapéuticos que usen láser según las siguientes indicaciones:
 - Angiología y Cirugía Vascular: **exclusivamente para el tratamiento endoluminal de las varices grados C3 y superiores de la Clasificación clínica, etiológica, anatómica y fisiopatológica (CEAP).**
 - Urología: **Litofragmentación de vía urinaria. Cubiertos los láseres KTP y Holmium exclusivamente para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata.**
 - Oftalmología: **exclusivamente para tratamientos de fotocoagulación. Queda expresamente excluido el láser Femtosegundo en la cirugía de cataratas.**
 - Cirugía General y del Aparato Digestivo: **exclusivamente para tratamientos de coloproctología.**
- Cirugía robótica **exclusivamente en las siguientes indicaciones oncológicas:**

– Cirugía Urológica:

■ **Cáncer de próstata (prostatectomía radical) que cumpla los siguientes criterios:**

- **Adenocarcinoma prostático localizado.**
- **PSA < 15 ng/ml.**
- **Sin evidencia de afectación extracapsular ni de las vesículas seminales (T1-T2) en ecografía transrectal.**
- **Sin invasión linfática ni metástasis (N0 y M0).**

■ **Carcinoma renal. Nefrectomía parcial en tumores malignos < 4 cm.**

– Cirugía Ginecológica:

■ **Histerectomía total en cáncer de endometrio en estadio localizado.**

– Cirugía General y del Aparato Digestivo:

■ **Gastrectomía en cáncer gástrico en estadio localizado.**

– Cirugía Colo-Rectal:

■ **Cáncer colorrectal en estadio localizado.**

– Cirugía Torácica:

■ **Lobectomía en cáncer de pulmón en estadio localizado.**

- Monitorización electrofisiológica intraoperatoria en intervenciones intracraneales, en cirugía de parótida y tiroides y en cirugías de columna con compromiso medular.
- Neuronavegador para cirugía intracraneal de tumores y malformaciones arteriovenosas así como para la escoliosis de más de 45 grados y cirugía compleja de columna.
- Disección Submucosa Endoscópica (DSE) **exclusivamente** en las siguientes indicaciones:

– Esófago:

■ **Cáncer superficial de esófago en estadio inicial (T1s y T1a) con tamaño superior a 2 cm.**

– Estómago:

■ **Cáncer gástrico precoz bien diferenciado.**

■ **Lesiones elevadas < 20 mm.**

- **Lesiones excavadas (no ulceradas) <10 mm.**
- **Tumores intramucosos de cualquier tamaño sin ulceración ni invasión linfática.**
- **Tumores intramucosos <30 mm sin invasión linfática, con o sin ulceración.**
- **Tumores de tipo intestinal con invasión submucosa, tamaño < 30 mm y sin invasión vascular.**
- **Tumores de tipo pobremente diferenciados < 20 mm y sin ulceración.**

– Colon y recto:

- **Lesiones > 20 mm de diámetro en las que la resección en bloque mediante mucosectomía con asa es difícil, aunque la lesión tiene indicación de resección endoscópica:**
 - **LST no granular (LST-NG), particularmente las de tipo pseudodeprimido.**
 - **Lesiones con patrón de criptas (pit pattern) tipo VI.**
 - **Carcinoma con infiltración submucosa.**
 - **Lesión de gran tamaño y tipo pseudodeprimido.**
 - **Lesión de gran tamaño de tipo elevado con sospecha de carcinoma.**
 - **Lesiones mucosas con fibrosis causadas por prolapso debido a biopsias previas o peristalsis.**
 - **Tumores esporádicos localizados en el contexto de inflamación crónica (p. ej. colitis ulcerosa).**
 - **Carcinoma precoz residual localizado tras resección endoscópica.**
- **Mucosectomía/Resección Endoscópica Mucosa (REM) exclusivamente para la resección de:**
 - **Tumores malignos del aparato digestivo en estadios iniciales, de pequeño tamaño (<2 cm), limitados a la mucosa y sin úlceras.**
 - **Lesiones que por otros motivos (acceso difícil, localización en zonas anguladas) no sea posible extirpar mediante otras técnicas.**
 - **La asistencia médico-quirúrgica exclusivamente para trasplante autólogo de médula ósea y trasplante de córnea. En ningún caso, estarán cubiertos los gastos derivados de la gestión, el transporte, la obtención y conservación de órganos.**

- Prótesis, implantes y/o kits **exclusivamente** recogidos en la relación del Anexo I de estas Condiciones Generales, siempre que hayan sido autorizadas para su uso en una intervención quirúrgica también autorizada por la Aseguradora **con reembolso hasta la cuantía máxima que se especifique en el mismo**, tras la presentación de la correspondiente factura de la empresa suministradora de la prótesis, implante y/o kit, una vez abonada por el Asegurado. **La Aseguradora se reserva el derecho a modificar cada anualidad de vigencia de la póliza las cuantías máximas, así como a incluir y/o eliminar elementos en la relación, previa comunicación al Asegurado.**
- Los adhesivos tisulares, hemostáticos y geles antifibróticos, **exclusivamente en caso de:**
 - Cirugías vasculares de grandes vasos.
 - Cirugía torácica: Pulmón y fistulas broncopleurales.
 - Neurocirugía: cierre dural para prevenir fugas de LCR.
 - Cirugías de columna vertebral.
 - Cirugías abdominales.
- La rinoplastia y septoplastia, **siempre que previamente se aporte informe de TAC nasal que acredite la dolencia que requiere dicha intervención.**

3.3.2. Hospitalización no Quirúrgica

Qué se cubre

• Reembolso de Gastos

Comprende el reembolso de gastos correspondientes a la asistencia hospitalaria del Asegurado para el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades o lesiones en las distintas especialidades médicas. Quedan incluidos los gastos de material, medicamentos, estancia en la UVI, visitas médicas realizadas en el propio hospital, así como los gastos de hospitalización (habitación, manutención y gastos generales de enfermería).

La quimioterapia intraperitoneal se cubre exclusivamente para tratamiento de la carcinomatosis peritoneal secundaria a tumores avanzados de ovario y tumores digestivos.

La quimioterapia intratecal se cubre exclusivamente para el tratamiento de los linfomas de alto grado y de la carcinomatosis meníngea.

La Resonancia Magnética Multiparamétrica de próstata y la Biopsia de próstata por fusión de imágenes, estarán cubiertas exclusivamente cuando se trate de uno de los siguientes casos:

RNM multiparamétrica (RMNmp):

- **Estadificación local, regional o a distancia.**
- **Detección o guía para biopsia diagnóstica ante sospecha de riesgo clínico en hombres asintomáticos a partir de los 45 años, con un nivel de PSA $\geq 4\text{ng/ml}$ y elevación persistente del PSA durante al menos durante 3 meses.**
- **Monitorización terapéutica en pacientes con cáncer.**

Biopsia de fusión:

- **Cuando la lesión objetivada en RMN multiparamétrica de próstata sea informada como PI-RADS ≥ 3 .**

Se incluye la coronariografía por TAC exclusivamente en las siguientes indicaciones:

- **Pacientes sintomáticos con baja probabilidad de enfermedad coronaria pre-test en los que la prueba de isquemia es no concluyente y sólo si bajo criterio médico se puede adquirir un estudio de buena calidad.**
- **Valoración de pacientes con angina estable.**
- **Sospecha clínica de malformación del árbol coronario.**

3.3.3. Hospitalización Obstétrica

Qué se cubre

• Reembolso de Gastos

Comprende **exclusivamente** el reembolso de gastos correspondientes a la asistencia hospitalaria de la Asegurada por motivos obstétricos, y la asistencia al parto o cesárea por el especialista y matrona. Quedan incluidos los gastos de cirujanos, ayudantes, anestesistas, quirófano, material, medicamentos, estancia en UVI, visitas médicas realizadas en el propio hospital, así como los gastos de hospitalización (habitación, manutención y gastos generales de enfermería), así como 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.

3.4. REEMBOLSO DE GASTOS DE FARMACIA

Siempre que figure contratada en las Condiciones Particulares de la póliza y/o Certificado Individual de Seguro esta garantía comprende el reembolso de los gastos

de medicamentos **prescritos bajo receta médica**, siempre que el proceso a tratar este cubierto por el seguro. Así mismo, quedarán cubiertos aquellos medicamentos prescritos por la Seguridad Social en la parte no financiada por la misma.

Están incluidas las vacunas para desensibilización alérgica, las incluidas en el calendario vacunal obligatorio, así como las vacunas antitetánica, antineumónica y de la gripe en personas con factores de riesgo.

Se abonará la factura o ticket siempre que el importe de los medicamentos incluidos en la factura o ticket sea superior a 10€ y que se acompañe de la correspondiente prescripción médica.

ARTÍCULO 4º. 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 por escrito de éste, podrán solicitar una interconsulta llamando al centro de atención telefónica de MAPFRE ESPAÑA, o bien 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 al responsable de la petición la respuesta a la consulta realizada.

ARTÍCULO 5º. GRAN COBERTURA

Qué se cubre

Siempre que figure contratada en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, se otorgará esta garantía que consiste en el

incremento del límite económico máximo de reembolso por Asegurado garantizado **en lo referido únicamente al límite máximo por gastos extrahospitalarios y/o al límite máximo de gastos hospitalarios por una misma dolencia, no aplicándose al resto de límites ni sublímites**, de acuerdo con lo establecido en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro.

Dado que se trata de una cobertura complementaria, la suscripción de la misma no conlleva modificación alguna respecto al funcionamiento y garantías de las coberturas básicas (Garantías Extrahospitalarias, Garantías Hospitalarias) contratadas y, se regulará por lo estipulado en las presentes Condiciones Generales y en las Condiciones Particulares para cada garantía básica, en todo aquello que no se contradiga con lo estipulado a continuación.

Por tanto, el alcance de cada cobertura, sus condiciones, exclusiones, porcentaje de reembolso pactados, así como cualquier otro límite, no se ven alterados en modo alguno. De igual forma que no cambian los requisitos para solicitar el reembolso.

Por otra parte, los Asegurados que tengan contratada la Gran Cobertura y la Garantía de “Segundo Diagnóstico Internacional” podrán utilizar **los Servicios Recomendados en EE.UU., incluidos en la Guía Médica Asistencial vigente, sin efectuar ningún desembolso por hospitalización exclusivamente en caso de enfermedad y si, como consecuencia de la garantía del “Segundo Diagnóstico Internacional”, se desprendiera la necesidad de que el Asegurado se someta a tratamiento cubierto por la póliza en alguno de los Servicios Recomendados por la Aseguradora en EE.UU.**

El uso de los Servicios Recomendados en EE. UU. sin desembolso por el Asegurado con cargo a esta garantía ampara únicamente el tratamiento de enfermedades o lesiones cubiertas por la póliza que hayan sido diagnosticadas en España y para las que el Asegurado haya solicitado el “Segundo Diagnóstico Internacional” cubierto por la misma. En ningún caso resulta cubierta la hospitalización que por cualquier causa pudiera requerir el Asegurado durante una estancia, viaje o desplazamiento a EE. UU.

No están cubiertos 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, que el Asegurado deberá tramitar por su cuenta y pagar.

Esta garantía es independiente de la de “Asistencia en Viaje” que pueda estar incluida en la póliza, que se regirá exclusivamente por los términos, límites y condiciones de la misma.

El Asegurado deberá solicitar autorización previa a la Aseguradora adjuntando toda la información médica relativa a la prestación a realizar en dicho país en el hospital

que haya elegido (informes médicos, presupuestos del hospital de EE.UU.), así como cualquier otra información que requiera la Entidad.

Revisada la documentación y una vez emitida la autorización, la Aseguradora informará al Asegurado del alcance de la misma y de los trámites a seguir.

Límite máximo de reembolso

Las coberturas, porcentajes de reembolso y límites pactados para las restantes garantías no sufrirán variación.

El límite máximo de reembolso de la Gran Cobertura, cuyo importe consta en las Condiciones Particulares, podrá consumirse en uno o varios años y por una o diferentes causas, cuando se hayan consumido **únicamente el límite máximo por gastos extrahospitalarios y/o el límite máximo por gastos hospitalarios por una misma dolencia estipulado** en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro. **Esta garantía no será de aplicación para el resto de los límites y/o sublímites de la póliza que permanecen inalterados y en ningún caso se verán ampliados por la Gran Cobertura.**

A efectos del cómputo del límite máximo de reembolso, la Aseguradora sumará, a los gastos ocasionados como consecuencia de la utilización de los servicios de libre elección, los gastos ocasionados por la utilización de los Servicios Recomendados fuera del territorio español.

En caso de prórroga del contrato, en cada anualidad sucesiva de seguro, la Gran Cobertura quedará minorada respecto de cada Asegurado en las cantidades que éste hubiese consumido de la misma, actualizándose el importe sobrante o el remanente según la variación que haya experimentado el IPC que resulte de aplicación. La cantidad resultante de dicha operación se comunicará anualmente al Tomador del Seguro.

Extinción de la cobertura

Sin perjuicio de que permanezca en vigor para otros Asegurados, esta cobertura cesará respecto de cada Asegurado que haya consumido el importe pactado de la Gran Cobertura, con las actualizaciones que se hubiesen producido según lo estipulado en el punto precedente.

ARTÍCULO 6º. GARANTÍA BUCODENTAL /SUPLEMENTO ODONTOLÓGICO

De exclusiva realización en Servicios Recomendados

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, que **se prestará exclusivamente a través de Servicios Recomendados por la Aseguradora**, en los términos que aquí se especifican.

Qué se cubre

Esta garantía amplía la cobertura odontoestomatológica de la garantía de asistencia especializada ambulatoria incluyendo una serie de actos odontoestomatológicos, cuyo coste asume y paga la Aseguradora directamente al Servicio Recomendado y otros actos específicos cuyo coste abona directamente al Servicio Recomendado el Asegurado a un precio convenido. En el Anexo II de estas Condiciones Generales se identifican los actos que abona la Aseguradora con la expresión “SIN COSTE” y aquellos con precio convenido que paga el asegurado con el importe que figura junto a cada uno de ellos.

Los precios convenidos establecidos son válidos para el periodo inicial de vigencia del seguro, reservándose la Aseguradora el derecho de modificar el importe de los mismos, así como a someter a precios convenidos prestaciones que no lo tenían previsto al contratar el seguro, previa comunicación al Asegurado, para los siguientes periodos de vigencia.

Cómo se presta el servicio

El Asegurado, podrá elegir y pedir cita directamente con un especialista en odontoestomatología que aparezca en la Guía Médica Asistencial en vigor y, que esté concertado para el tipo de tratamiento a realizar.

Es imprescindible la presentación por el Asegurado de la Tarjeta MAPFRE ESPAÑA, aunque se trate de actos a precio convenido.

Una vez realizada la exploración al paciente, se le entregará un presupuesto, donde se especificará el tratamiento odontológico a realizar con el coste que supone para el Asegurado cada uno de los actos previstos. Dicho coste tiene como referencia la tabla de precios convenidos incluida en el Anexo II de estas Condiciones Generales, siendo este el precio máximo que se puede aplicar por el tratamiento solicitado en la provincia en la que se encuentra ubicada la consulta.

En caso de conformidad del Asegurado, este y el profesional firmarán el conforme en un presupuesto bucodental.

El Asegurado abonará directamente al Servicio Recomendado los precios convenidos dentales que correspondan a los actos que figuran en el presupuesto bucodental.

El Servicio Recomendado facilitará al Asegurado comprobante de todos los actos realizados y cuando proceda, justificante del importe abonado.

La Aseguradora no abonará o reembolsará importe alguno, satisfecho o adelantado por el Asegurado al Servicio Recomendado.

Ante cualquier reclamación asistencial será imprescindible la presentación por parte del Asegurado de la copia del presupuesto bucodental.

Información importante para el Asegurado

Documentación que debe recibir del Servicio Recomendado

Es imprescindible que el Asegurado reciba un presupuesto bucodental, previo al tratamiento, que deberá estar firmado por ambas partes.

Una vez realizado el tratamiento, o cada uno de los actos de este, es de obligado cumplimiento la entrega al Asegurado de la siguiente documentación:

- **En caso de que el Servicio Recomendado dispusiera de Datáfono,** sistema automático de facturación a MAPFRE ESPAÑA, **entregará al asegurado el ticket del datáfono,** generado por el pase de tarjeta **de todos los actos realizados, con o sin cargo para el paciente, junto con la factura propia del especialista** por los actos directamente abonados por el Asegurado, firmada por el especialista.
- **En caso de no disponer de dicho sistema,** entregará **la Factura o Comprobante de todos los actos realizados donde se especificará si son con cargo** o sin cargo para el paciente y las cantidades abonadas por el mismo. Este documento estará firmado por el especialista.

Esta documentación es la garantía del tratamiento recibido.

Teléfono de asistencia bucodental

MAPFRE ESPAÑA dispone de dos **Teléfonos de Información, 918 365 365 / 900 822 822,** que el Asegurado podrá utilizar para aclarar cualquier duda sobre su asistencia o contrastar presupuestos bucodentales.

ARTÍCULO 7º. SERVICIOS RECOMENDADOS EN ESPAÑA

1. OBJETO

El Asegurador tiene establecidos acuerdos en algunas localidades con determinados Servicios Médicos, cuya relación se incluye en la Guía Médica Asistencial y que se denominan Servicios Recomendados.

El Asegurado no queda vinculado, ni tiene obligación alguna de acudir a dichos servicios. No obstante, si decide utilizarlos, obtendrá las siguientes ventajas:

- La cobertura será del 100 por 100 de los gastos cubiertos por la póliza con los límites señalados en el Condicionado Particular.
- No tendrá que anticipar el pago de las facturas, dado que la Aseguradora podrá abonarlas directamente en su nombre.

2. NORMAS PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS RECOMENDADOS EN ESPAÑA

Para poder beneficiarse de las ventajas de la utilización de los Servicios Recomendados, el Asegurado deberá cumplir necesariamente las siguientes normas:

- a) Comprobar, antes de acudir al médico o centro médico, que sea Recomendado para el servicio de que se trate.
- b) Identificarse siempre como Asegurado de Reembolso, solicitar cita previa y posteriormente, cuando acuda al médico o centro médico, será imprescindible que exhiba su tarjeta de Asegurado de Reembolso y el DNI.
- c) Para ingresos hospitalarios o intervenciones quirúrgicas, deberá solicitar autorización previa a la Aseguradora con una antelación de al menos 48 horas.
- d) Igualmente deberá solicitar autorización a la Aseguradora con la misma antelación, cuando vaya a someterse a alguna prueba ambulatoria que requiera autorización. **Tales pruebas se especificarán en la propia relación de Servicios Recomendados.**
- e) No anticipar el pago de los gastos ocasionados por la utilización de Servicios Recomendados, los cuales serán abonados por la Aseguradora en su nombre, directamente a los médicos y/o centros que hayan prestado el servicio.

3. COBERTURAS ADICIONALES QUE NECESARIAMENTE TENDRÁN QUE REALIZARSE EN UN SERVICIO RECOMENDADO

Además de cualquier otro que se especifique en estas Condiciones Generales, resultan cubiertas por la póliza únicamente cuando se realicen en Servicios Recomendados, las siguientes prestaciones, asistencias y actos médicos:

- a) **Intervención quirúrgica de ligadura de trompas, así como la cirugía de la vasectomía.**
- b) **Programas de Medicina Preventiva: preparación al parto, seguimiento de diabetes en el embarazo, planificación familiar, programa del niño sano, diagnóstico precoz de enfermedades, rehabilitación cardíaca, programa de detección precoz y tratamiento de la sordera en niños, detección de cáncer de colon, diagnóstico precoz del melanoma, cribaje neuroisquémico del pie diabético y diagnóstico precoz del cáncer de pulmón.**

- c) **Odontoestomatología en Asistencia Especializada Ambulatoria y Garantía Bucodental/Suplemento Odontológico.**
- d) **Psiquiatría.**
- e) **Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo I de éstas Condiciones Generales.**
- f) **Podología.**
- g) **Tratamiento de esterilidad de la pareja. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo I de éstas Condiciones Generales.**
- h) **Osteopatía. Existirá una franquicia a cargo del Asegurado que se recoge en el Anexo I de éstas Condiciones Generales.**
- i) **Estudio biomecánico de la marcha.**
- j) **Tratamientos de rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido y para el Daño Medular.**
- k) **Ventiloterapia, Aerosolterapia, Oxigenoterapia.** Podrán prestarse en consulta o a domicilio según las especificaciones del facultativo. **No serán objeto de cobertura los monitores de apnea. En caso de que el Asegurado deba recibir tratamiento de CPAP o BIPAP, la Aseguradora se hará cargo del coste del tratamiento durante un período máximo de 6 meses, a contar desde el momento en que el Asegurado haya recibido la primera sesión.**
- l) **Cirugía profiláctica en casos de cáncer de mama de origen genético con mutación de los genes BRCA1/BRCA2. Únicamente se cubrirá cuando se disponga de un informe de estudios genéticos que confirmen la existencia de esta mutación y haya una prescripción médica de cirugía por parte de un especialista que figure en los Servicios Recomendados de la Aseguradora.**
- m) **Mamoplastia de reducción /cirugía de reducción mamaria, exclusivamente para mayores de 18 años que cumplan todos los siguientes criterios clínicos: clínica de dorsalgia y/o cervicalgia secundaria a la macromastia, distancia yúgulum-pezones superior a 32 cm, índice de masa corporal menor a 30 y necesidad de extirpar al menos 1000 gr por mama. Será necesario que haya una prescripción médica de cirugía por parte de un especialista que figure en los Servicios Concertados de la Aseguradora.**
- n) **Test prenatal no invasivo en sangre materna / Test DNA fetal exclusivamente cuando el resultado del índice de riesgo del cribado combinado del primer trimestre esté comprendido entre 1:50 y 1:250.**

4. PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN EL COSTE DE LOS SERVICIOS CON FRANQUICIA

El Asegurado participará en el coste de los servicios mediante el abono de las franquicias que, en concepto de participación en el coste de los mismos, figura en las Condiciones Particulares de la póliza y/o en el Certificado Individual de Seguro, en las Condiciones Generales y en sus Anexos, y en su caso, en las Condiciones Especiales.

Las franquicias 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. GARANTÍA DE ADOPCIÓN NACIONAL E INTERNACIONAL

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

Qué se cubre

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 aquellos 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, legalizaciones o autenticaciones de dichos documentos, traducciones, donaciones a orfanatos o casa cuna, emisión de pasaportes o visados y gastos de viaje, alojamiento y manutención 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.**

Esta cobertura alcanza una sola vez durante la vigencia de la póliza.

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 9º. PERÍODOS 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 ambulante

o de internamiento..... 8 meses

Hospitalización de cualquier tipo, salvo urgencia extrema

o vital 8 meses

T.A.C. coronario 6 meses

Resonancia magnética, PET, polisomnografía, CPAP, BIPAP, medicina nuclear e isótopos radioactivos..... 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

Gran Cobertura 6 meses

Genética 6 meses

Preparación al parto y asistencia al parto o cesárea..... 8 meses

Estudio de la esterilidad/infertilidad 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 10°. ASISTENCIAS Y/O GASTOS NO CUBIERTOS POR LA PÓLIZA

Además de cualquier otro que se especifique en las Condiciones Generales no están cubiertos en la póliza las asistencias y/o gastos indicados a continuación:

- 1. 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.**
- 2. Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.**
- 3. 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.**
- 4. La mamoplastia o cirugía mamaria de aumento y la mastopexia. La cirugía reconstructora de la mama salvo después de mastectomía oncológica y/o después de cirugía profiláctica en los casos de cáncer de mama expresamente incluidos en el Artículo 3°, punto 3.3. "Garantía Hospitalaria" de las presentes Condiciones Generales. La mamoplastia de reducción o cirugía de reducción mamaria salvo en los casos expresamente incluidos en el Artículo 3°, punto 3.3. "Garantía Hospitalaria" de las presentes Condiciones Generales.**
- 5. Los tratamientos e intervenciones esclerosantes venosos, los tratamientos cosméticos y de la alopecia.**

6. Las piezas anatómicas ortopédicas, material ortopédico, los injertos osteoconductores, osteoinductores, terapias celulares, así como los factores de crecimiento/plasma rico en plaquetas, las prótesis, implantes y kits, salvo los incluidos en el Anexo I de estas Condiciones Generales y hasta la cuantía máxima fijada en la póliza.
7. Las órtesis, miembros u órganos artificiales y, en general, cualquier material ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, 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).
8. El mantenimiento de los audífonos incluidos en el Programa de Tratamiento de la Sordera en Niños
9. Aerosoles, oxigenoterapia, ventiloterapia, rayos PUVA, CPAP y BIPAP salvo si se utilizan los Servicios Recomendados por la Aseguradora. Quedan excluidos en cualquier caso: los monitores de apnea, tratamientos farmacológicos y concentradores de oxígeno portátiles. Los tratamientos con cámara hiperbárica.
10. Los tratamientos médicos, quirúrgicos y/o farmacológicos experimentales y las medicinas alternativas, tales como organometría, acupuntura, homeopatía y similares.
11. La asistencia sanitaria y todos los gastos médico-quirúrgicos derivados del tratamiento de patologías adictivas.
12. Medicación complementaria a tratamientos quimioterápicos.
13. En reproducción asistida, la medicación, la congelación/descongelación de embriones, espermatozoides y óvulos, el diagnóstico preimplantacional, así como los gastos de donación de ovocitos y espermatozoides.
14. La cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas.
15. Cirugía refractiva (miopía, astigmatismo, hipermetropía), cirugía de la presbicia, así como los costes de gafas, lentillas y aparatos auditivos, salvo implantes cocleares y audífonos incluidos en el Programa de Detección Precoz y Tratamiento de la Sordera en niños menores de 7 años y hasta el límite fijado en el Catálogo de Prótesis.
16. 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 Recomendados por la Entidad.

- 17. Periodoncia, endodoncia, empastes, ortodoncia, prótesis dentales, implantes y demás tratamientos dentales, salvo que se contrate la Garantía Bucodental y se utilicen los Servicios Recomendados por la Aseguradora.**
- 18. 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 hospitalizados, según lo recogido en la descripción del "Servicio de Ambulancia".**
- 19. 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.**
- 20. 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 obtención y conservación de órganos.**
- 21. 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.**
- 22. 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.**
- 23. 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.**
- 24. Los servicios hosteleros y sociales tales como teléfono, televisión, comidas alternativas o del acompañante, servicio privado de en-**

- fermería, habitaciones tipo suites y similares, así como la cama del acompañante en los ingresos del paciente en unidades especiales.
25. Los tratamientos y/o internamientos en cualquier tipo de centro para curas de reposo o de adelgazamiento. Los tratamientos o permanencias en balnearios, cualquiera que sea la finalidad. Las estancias en residencias asistidas, geriátricos, o asilos, así como cualquier hospitalización en la que concurran circunstancias de tipo social incluyendo las referidas a cuidados paliativos.
 26. 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, sofrología, tratamiento para la narcolepsia y rehabilitación psicosocial o neuropsicológica en procesos psiquiátricos agudos.
 27. 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.
 28. 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.
 29. La interrupción voluntaria del embarazo, así como toda asistencia sanitaria relacionada con dicha interrupción.
 30. 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 de las presentes Condiciones Generales. Quedan expresamente excluidos los estudios genéticos de familiares y los de carácter preventivo.
 31. Partos en medios acuáticos, a domicilio y por medios alternativos.
 32. Cirugía de cambio de sexo.
 33. La educación para el lenguaje, la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomotora en procesos congénitos o adquiridos y la terapia de mantenimiento u ocupacional. Los tratamientos de rehabilitación para el Daño Cerebral Adquirido y para el Daño Medular en Servicios de Libre Elección tanto en asistencia extrahospitalaria como en hospitalización.
 34. El uso de Servicios de Libre Elección para el acceso a los servicios indicados en el Artículo 7º, punto 3.

- 35. La digitalización del estudio biomecánico de la marcha y la fabricación de las plantillas personalizadas.**
- 36. En la garantía de Reembolso de Gastos de Farmacia quedan excluidas todas aquellas vacunas necesarias por motivos de viajes al extranjero, otras vacunas de carácter preventivo no enunciadas anteriormente, ni las que se encuentren en fase de desarrollo experimental. Igualmente, no serán reembolsables los gastos generados por productos que no contengan principio activo medicamentoso como pueden ser, a título meramente enunciativo y no limitativo, los productos de dermocosmética, parafarmacia, complementos alimenticios, así como los geles, cremas, sueros fisiológicos, cosméticos, etc.**
- 37. Los relacionados con procesos de gestación por sustitución cualquiera que sea el país en el que se haya seguido.**
- 38. Tratamientos farmacológicos en Oncología, Reumatología o cualquier otra especialidad que no precisen aplicación en un centro hospitalario, aunque se dispensen los medicamentos en el propio hospital, salvo lo cubierto en la Garantía de Reembolso de Gastos de Farmacia.**
- 39. Medicamentos de terapias avanzadas tanto génica como celular. Biomateriales. Medicamentos biológicos, excepto: vacunas, moduladores inmunológicos, productos derivados de la sangre, el plasma humano y anticuerpos monoclonales para uso no oncológico cuyo coste por dosis supere 700€.**
- 40. Los gastos médicos derivados del tratamiento del lipedema.**
- 41. La cirugía de la obesidad y/o bariátrica.**
- 42. La fisioterapia y/o rehabilitación respiratoria y de la articulación temporo-mandibular (ATM), así como cualquier otro tipo/técnica de fisioterapia/rehabilitación que no esté expresamente cubierto en estas Condiciones Generales.**
- 43. La utilización de cualquier aparato, dispositivo y/o fungible de uso médico y reciente aparición, para pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos que, teniendo la marca CE, se utilice en especialidades médico/quirúrgicas y cuyo coste supere 1.000 euros.**
- 44. El trasplante heterólogo de médula ósea, así como cualquier otro que no esté expresamente incluido en el epígrafe 3.3.1 "Hospitalización Quirúrgica" de las presentes Condiciones Generales.**
- 45. Medicamentos de uso compasivo.**
- 46. El tratamiento de crioterapia, así como cualquier otra terapia focal para el tratamiento de cualquier tipo de cáncer.**
- 47. Los paneles de biología molecular para diagnóstico por PCR de enfermedades infecciosas.**

48. La asistencia sanitaria y los gastos médicos derivados de hechos de la circulación cubiertos por el Seguro Obligatorio de Responsabilidad Civil en la circulación de vehículos a motor del responsable.

49. La terapia con campos eléctricos para el tratamiento de tumores.

Todos los supuestos especificados en este artículo se refieren tanto a la enfermedad, accidente o hecho que se señala, como a las secuelas, complicaciones, reagudizaciones, 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 11°. TARJETA MAPFRE ESPAÑA

La Aseguradora facilitará a los Asegurados la tarjeta MAPFRE ESPAÑA, el Asegurado deberá identificarse en el Servicio Recomendado 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. En cualquier caso, hasta que reciba una nueva tarjeta el Asegurado podrá acudir a un Servicio Concertado en identificarse como cliente mostrando la tarjeta digital MAPFRE ESPAÑA disponible en la aplicación MAPFRE Salud, que deberá descargar en su dispositivo móvil previamente.

ARTÍCULO 12°. AUTORIZACIÓN DE PRESTACIONES DE ASISTENCIA SANITARIA Y REEMBOLSO DE GASTOS

Durante toda la vigencia del contrato de seguro, el asegurado tiene la obligación de facilitar a los Servicios Médicos de la Aseguradora cuanta documentación e información médica le sea requerida con objeto de valorar la cobertura de las prestaciones solicitadas. Una vez la Aseguradora haya solicitado al asegurado dicha información, el proceso de autorización o reembolso de la prestación solicitada quedará pendiente hasta la obtención de toda la documentación clínica requerida. En el caso de no aportar esta información, la Aseguradora se reserva el derecho de no autorizar o reembolsar la prestación.

A TRAVÉS DE SERVICIOS RECOMENDADOS

El Asegurado deberá cumplir las siguientes normas:

Comprobar, antes de acudir al profesional o centro sanitario, que sea un Servicio Recomendado 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 Recomendados, los cuales serán abonados por la Aseguradora en su nombre, directamente a los profesionales y/o centros sanitarios que hayan prestado el servicio.

REEMBOLSO DE GASTOS

El Asegurado deberá presentar la siguiente documentación:

Informe médico completo donde se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, fecha de diagnóstico, causas, origen y evolución de la dolencia sufrida.

Facturas originales de los gastos devengados por la asistencia sanitaria prestada al Asegurado, así como su justificante de pago.

La asistencia deberá ser prestada por profesionales y centros sanitarios que cuenten con la debida titulación y autorizaciones para la especialidad y actividad de que se trate en cada caso, y serán estos los que deban emitir la factura por los servicios prestados.

La Aseguradora requerirá al Asegurado las facturas emitidas por un centro o por un profesional sanitario si es este el prestador y siempre debidamente identificados (NIF, dirección y nombre o razón social), así como datos de colegiación en el caso del profesional, para atender su petición de reembolso.

En caso de hospitalización, además de la documentación anteriormente señalada, el Asegurado deberá aportar informe clínico de alta hospitalaria 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 el reembolso derive de un accidente, será necesario aportar informe asistencial del servicio de urgencias, y, en su caso, parte de accidente, atestado y diligencias judiciales.

Reembolso de Gastos de Farmacia: deberá aportar factura o ticket de la farmacia con el detalle de los medicamentos prescritos, acompañado siempre de la prescripción médica.

En caso de pacientes crónicos con receta electrónica, deberán solicitar en la Seguridad Social la hoja que recoge los medicamentos prescritos y que se renueva anualmente. Esta hoja se presentará sustituyendo a la prescripción.

Si la asistencia se hubiera prestado fuera del territorio nacional, además de la documentación anterior deberá acompañarse, en su caso, la correspondiente traducción al castellano.

Los gastos en moneda distinta al euro, se abonarán en euros, calculándose el cambio de divisa de acuerdo al cambio oficial que la autoridad monetaria oficial en España tuviera fijado para la fecha en que se hubiese abonado la factura.

Si en el plazo de tres meses desde la producción del siniestro el Asegurador no hubiese reembolsado su importe por causa no justificada o que le fuese imputable, la cantidad que éste pudiera adeudar se incrementará en un interés anual igual al del interés legal del dinero vigente en el momento en que se devengue, incrementado en el 50%. Una vez transcurridos dos años desde la producción del siniestro, el interés anual a partir de ese día no podrá ser inferior al 20%.

A efectos de cobertura del seguro, no serán válidas:

Las facturas emitidas por cónyuges, hermanos, ascendientes y descendientes, así como colaterales de hasta segundo grado.

Las facturas que no cumplan con los requisitos establecidos en la legislación vigente.

ARTÍCULO 13º. OTRAS GARANTÍAS

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:

13.1. 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 y 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.**
- e) El fallecimiento doloso del Asegurado causado por un Beneficiario.**
- f) La participación del Asegurado en carreras o apuestas, la práctica como profesional de cualquier deporte, así como la práctica como**

aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor, incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo.

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 la Aseguradora los siguientes documentos justificativos:

Certificado literal de la inscripción de la defunción del Asegurado en el Registro Civil correspondiente.

Certificado o informe del médico o médicos que hayan asistido al Asegurado, indicando 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.

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.

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 ella conocidas se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación sobre el impuesto sobre sucesiones.

13.2. ASISTENCIA EN VIAJE

OBJETO Y EXTENSIÓN

En virtud de la presente cobertura la Aseguradora garantiza la puesta a disposición de los Asegurados de una ayuda material inmediata en forma de prestación de servicios o, en su caso, la prestación económica que corresponda como consecuencia de un evento fortuito acaecido en el curso de un viaje.

En ningún caso los Asegurados o los beneficiarios tendrán derecho al reembolso de los gastos efectuados directamente por ellos mismos sin previa autorización de la Aseguradora, salvo en los casos así previstos y en los de urgencia médica.

Esta cobertura no ampara las prestaciones que correspondan al Asegurado en virtud de cualquier otro seguro de asistencia en viaje contratado específicamente para el viaje realizado durante el cual se ha producido el siniestro. No obstante, hasta el límite pactado en el contrato, complementará la cobertura del otro seguro.

Esta cobertura es de aplicación únicamente a las personas cuya residencia habitual esté situada en territorio español.

DEFINICIONES

Urgencia: necesidad de atención médica por enfermedad grave o heridas graves que requieran cuidados médicos urgentes e inmediatos.

Enfermedad preexistente: Es considerada como preexistente toda enfermedad o lesión cuyos síntomas se hayan iniciado con anterioridad a la contratación del seguro y sea conocida por el Asegurado o sus familiares.

Neonato: Recién nacido que tiene 28 días o menos desde su nacimiento.

ÁMBITO TERRITORIAL Y TEMPORAL DE LA ASISTENCIA

La Asistencia en Viaje cubierta se extiende a todos los países del Mundo salvo:

- **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.**
- 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**, así como aquellos hechos acaecidos en **países afectados por conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción.**
- **Países distintos a Jordania, países europeos y/o ribereños del Mediterráneo, para la cobertura de “Traslado o repatriación sanitaria, en caso de enfermedad o accidente del Asegurado desplazado”, en los términos que en la misma se definen.**

Para esta cobertura se entenderá como viaje cualquier desplazamiento de una duración máxima de 90 días consecutivos, siempre que el hecho causante del siniestro ocurra fuera de la localidad de residencia del Asegurado. **Cuando la duración prevista para el viaje del Asegurado sea superior a 90 días, esta cobertura no será de aplicación. No ampara, por tanto, las asistencias solicitadas por hechos ocurridos durante los primeros 90 días de viajes que tengan prevista una duración superior.** La Aseguradora podrá requerir que se acredite documentalmente la duración del viaje a efectos de verificar la cobertura.

Cuando, con motivo de un siniestro amparado por esta garantía, un Asegurado deba prolongar su estancia fuera de su domicilio más allá del plazo de 90 días establecido en el párrafo anterior, las Coberturas de Asistencia en Viaje otorgadas quedan prorrogadas automáticamente para dicho Asegurado.

ACTUACIÓN EN CASO DE SINIESTRO

Ante cualquier emergencia o necesidad de utilizar las garantías de Asistencia en Viaje se deberá contactar con MAPFRE ESPAÑA, facilitando siempre el nombre del asegurado, número de póliza, lugar en el que se encuentra y teléfono de contacto y la documentación requerida que se especifica en cada prestación.

En caso de accidente o enfermedad:

- Si es una emergencia, acuda inmediatamente a un centro hospitalario adecuado.
- Si no es una emergencia, llame primero a MAPFRE ESPAÑA.

Es posible contactar con MAPFRE ESPAÑA por teléfono, así como por los canales digitales habilitados. Consulte la contraportada de este documento para mayor información.

En caso de pérdida total o parcial definitiva o destrucción del equipaje facturado en vuelo:

- a. Antes de salir de la zona de recogida de equipajes se debe solicitar el Parte de Irregularidad de equipaje (PIR).
- b. Se debe presentar una reclamación por escrito ante la compañía aérea cumpliendo los plazos establecidos por cada compañía.
- c. Es necesaria una relación del contenido del equipaje.

En caso de demora en la salida del medio de transporte es necesario:

- a. Presentar una reclamación por escrito ante la compañía transportista cumpliendo los plazos establecidos por cada compañía.
- b. Obtener un certificado del transportista que refleje la hora de salida real y causa de la demora.
- c. Guardar las facturas de los gastos adicionales incurridos durante la demora.

PRESTACIONES ASEGURADAS

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 15.000 € por siniestro**.

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 € por siniestro**.

En caso de **urgencia vital derivada de una enfermedad preexistente o crónica**, la Aseguradora **se hará cargo únicamente de los gastos derivados de la primera asistencia hasta el momento en el que se alcance la estabilización**.

La asistencia médica a neonatos que no hayan sido incluidos en la póliza como asegurados únicamente estará cubierta en el caso de nacimientos ocurridos durante el viaje como consecuencia de complicaciones imprevisibles en el embarazo de la asegurada y hasta un límite conjunto para todas las prestaciones que puedan corresponder por esta garantía del 30% del capital establecido en las Condiciones Particulares o Especiales para la madre asegurada.

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 FUERA DE ESPAÑA

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 desplazamiento de una persona designada por el Asegurado y residente en España desde su lugar de residencia, a fin de acudir al lugar donde el Asegurado se encuentre hospitalizado. **En caso de que el desplazamiento se realice en avión éste deberá ser en vuelo regular y categoría turista.**

3. ALOJAMIENTO DE ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO HOSPITALIZADO FUERA DE ESPAÑA

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 FUERA DE ESPAÑA

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.

En el caso **de neonatos** cuya asistencia médica resulte cubierta conforme a lo establecido en la póliza, estará cubierta también la repatriación y/o traslado.

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 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.

En los casos que se considere imprescindible el traslado o repatriación por vía aérea, y siempre a juicio del equipo médico de la Aseguradora, este podrá ser realizado en avión sanitario especial entre los países considerados dentro del ámbito territorial de Europa y/o ribereños del Mediterráneo.

Queda expresamente excluido el traslado o repatriación en avión sanitario especial cuando éste deba ser realizado desde, hacia, dentro de, o entre países no considerados dentro del ámbito territorial ni europeo, ni ribereños del Mediterráneo.

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, Rumanía, **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.

En cualquier caso, no estará cubierto, aunque se trate de los países citados, si en el momento del siniestro el país figura como no recomendados en la información suministrada por el Ministerio de Asuntos Exteriores de España, o entre los que se hallen sujetos a embargo del Consejo de Seguridad de la ONU o de otros organismos internacionales a los que España esté adherida, así como aquellos en los que tengan lugar conflictos o intervenciones internacionales con uso de la fuerza o coacción, los cuales quedan excluidos del ámbito territorial de la cobertura de Asistencia en Viaje.

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 FUERA DE ESPAÑA

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 se hará cargo del traslado de los acompañantes, que hubieren contratado el viaje conjuntamente con el Asegurado **(hasta un máximo de SEIS)**, hasta el lugar donde aquél se encuentre hospitalizado y/o hasta sus lugares de residencia habitual en España. **En caso de que el desplazamiento se realizase en avión éste deberá ser en vuelo regular y categoría turista.**

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

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. **En caso de que el desplazamiento se realizase en avión éste deberá ser en vuelo regular y categoría turista.**

9. TRASLADO O REPATRIACIÓN DEL ASEGURADO FALLECIDO FUERA DE ESPAÑA

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 FUERA DE ESPAÑA

En caso de fallecimiento de un Asegurado la Aseguradora se hará cargo de la repatriación de los restantes Asegurados que le acompañen **(hasta un máximo de SEIS) hasta sus lugares de residencia habitual en España. En caso de que el desplazamiento se realizase en avión éste deberá ser en vuelo regular y categoría turista.**

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

Cuando el fallecimiento de uno de los Asegurados **fuera de España** 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 en España. **En caso de que el desplazamiento se realizase en avión éste deberá ser en vuelo regular y categoría turista.**

12. DESPLAZAMIENTO DE ACOMPAÑANTE DEL ASEGURADO FALLECIDO FUERA DE ESPAÑA

La Aseguradora se hará cargo de los gastos de desplazamiento de un familiar del Asegurado fallecido **fuera de España** desde su lugar de **residencia** a fin de acudir al lugar del fallecimiento y si es posible acompañar el cuerpo del fallecido en su repatriación. **En caso de que el desplazamiento se realizase en avión éste deberá ser en vuelo regular y categoría turista.**

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 **se hará cargo del desplazamiento a España hasta su lugar de residencia habitual o hasta el lugar de inhumación siempre que no pueda efectuar tal desplazamiento con el medio de transporte propio o contratado para realizar el viaje. En caso de que el desplazamiento se realizase en avión éste deberá ser en vuelo regular y categoría turista.**

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 se hará cargo del **desplazamiento a España** debido a la ocurrencia de un evento de incendio 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 retorno anticipado, siempre que no pueda efectuar tal desplazamiento con el medio de transporte propio o contratado para realizar el viaje. **En caso de que el desplazamiento se realizase en avión éste deberá ser en vuelo regular y categoría turista.**

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. 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.

16. 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 1.500 €** debiendo previamente ser depositada la cantidad solicitada a través de un ingreso en la cuenta bancaria de la Aseguradora.

17. INDEMNIZACIÓN POR PÉRDIDA DEFINITIVA, ROBO O DETERIORO EXTERIOR DEL EQUIPAJE FACTURADO EN VUELO

La Aseguradora informará al Asegurado de los derechos y trámites a efectuar frente a la compañía aérea responsable en caso de pérdida definitiva o deterioro exterior del equipaje facturado en vuelo, y complementará la indemnización recibida de la compañía aérea **hasta el límite de 500€**, sin que la suma de ambas indemnizaciones supere este límite.

En cualquier caso, el deterioro exterior del equipaje **se indemnizará con un máximo de 60€**.

De las indemnizaciones a percibir por esta garantía se deducirá la indemnización que corresponda, en su caso, por la "Cobertura de Indemnización por demora de equipajes facturados en vuelo".

Para determinar la indemnización por pérdida definitiva o robo del equipaje, se deducirá el valor de los artículos excluidos en el apartado "Asistencias y/o Gastos no cubiertos por esta cobertura" de la cobertura de Asistencia en Viaje.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA RECLAMAR ESTA PRESTACIÓN

Para reclamar la indemnización por pérdida total o parcial definitiva de equipaje facturado en vuelo, el Asegurado deberá presentar los siguientes documentos:

- a) Billete
- b) Parte de Irregularidad de Equipaje (PIR).
- c) Copia de la reclamación a la compañía aérea por la pérdida total o parcial definitiva del equipaje facturado.

- d) Carta de liquidación de la compañía aérea que certifique la pérdida total o parcial definitiva del equipaje facturado en vuelo.
- e) Relación del contenido del equipaje facturado en vuelo con la valoración económica que de él efectúe el Asegurado, reservándose la Aseguradora el derecho de solicitar las facturas y/o los justificantes de pago de los artículos incluidos en la relación, pudiendo denegar la indemnización de esta garantía en caso de no presentación de las mismas.

En el caso de reclamar indemnización por el deterioro exterior del equipaje solo es necesario presentar el billete y el Parte de Irregularidad de Equipaje (PIR).

Para reclamar la indemnización por robo del equipaje facturado, el Asegurado deberá aportar:

- a) Billete
- b) Parte de Irregularidad de Equipaje (PIR) o denuncia ante la policía en el lugar y momento que se haya detectado el robo haciendo constar la relación de objetos sustraídos y los daños ocasionados por el robo.
- c) Relación del contenido de su equipaje robado y facturado en vuelo con la valoración económica que efectúe el Asegurado, reservándose la Aseguradora el derecho de solicitar las facturas y/o los justificantes de pago de los artículos incluidos en la relación, pudiendo denegar la indemnización de esta garantía en caso de no presentación de las mismas.

18. LOCALIZACIÓN Y ENVÍO DE LOS EQUIPAJES Y EFECTOS PERSONALES FACTURADOS.

La Aseguradora asesorará al Asegurado en la presentación de la denuncia del robo o extravío de su equipaje y efectos personales facturados en un medio de transporte público, colaborando en las gestiones para su localización.

En caso de recuperación de dichos bienes, la Aseguradora se encargará de su envío bien hasta el lugar de viaje previsto por el Asegurado o hasta su lugar de residencia habitual, bien reembolsará a éste los gastos en que haya incurrido para recogerlo.

En este caso el Asegurado se obliga a devolver la indemnización que por el extravío o el robo hubiera recibido de acuerdo con esta póliza.

19. REEMBOLSO POR DEMORA DE EQUIPAJES FACTURADOS EN VUELO

En caso de una demora **superior a seis horas** desde la llegada del vuelo en la entrega del equipaje facturado, la Aseguradora informará al Asegurado de los derechos y trámites a efectuar frente a la compañía aérea responsable y reembolsará **hasta el límite de 300€** la compra de artículos de primera necesidad que le sean imprescindibles mientras espera la llegada del equipaje demorado.

No habrá lugar a esta prestación si la demora o las compras de artículos de primera necesidad se realizaron en la provincia en la que el Asegurado tiene su residencia habitual en España.

Para reclamar el reembolso por esta garantía el Asegurado debe aportar las facturas originales de los artículos de primera necesidad adquiridos.

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, entendiendo como tales:

Los siguientes fenómenos de la naturaleza: terremotos y maremotos, inundaciones extraordinarias, erupciones volcánicas, tempestad ciclónica atípica y caída de cuerpos siderales y aerolitos.

Viajes a países o territorios en situación de Guerra Civil o internacional, declarada o no, invasión, actos bélicos, hostilidades, motines, rebelión, sabotaje, insurrección, revolución, disturbios, levantamiento militar, ley marcial, actuaciones de las Fuerzas Armadas, golpe de estado, movimientos populares, actos de terrorismo, así como la desobediencia consciente de las prohibiciones oficiales.

En caso de que el asegurado se encontrase ya en destino cuando se desencadene una situación de este tipo, y no siendo dicho destino el lugar de residencia del asegurado, la cobertura del seguro se mantendrá durante 5 días a contar desde el momento en que se inicie alguno de los hechos mencionados en el primer párrafo. Durante ese plazo será necesario que el Asegurado contacte con la Aseguradora para informar acerca de su situación.

La cobertura está sujeta a que el Asegurado pueda demostrar que en el momento de sufrir un siniestro no estaba de ninguna manera directa, indirecta, próxima o remotamente participando activamente o de otra manera en cualquiera de dichas actividades, salvo que fueran razonablemente necesarias para la protección de sí mismo, o de su propiedad, y no podía ni estaba en el curso de controlar, prevenir, suprimir o tratar de otra manera.

- 3. Las consecuencias de las acciones del Asegurado en estado de enajenación mental o bajo tratamiento psiquiátrico.**
- 4. Los que se produzcan con ocasión de la participación del Asegurado en apuestas, desafíos o riñas, salvo en caso de legítima defensa o necesidad.**
- 5. Los riesgos y sus consecuencias derivados de:**
 - a) La práctica del esquí y/o deportes afines.**
 - b) La práctica de las siguientes actividades de aventura y deportivas: airsoft, ala delta, alpinismo, artes marciales, atletismo, automovilismo, barranquismo, boxeo, buceo, buggy, carreras obstáculos / spartan / carreras populares bici / ironman, carreras populares / maratón / media maratón / trail, caza y safari, ciclismo en ruta, enduro, escalada / rocódromo, espeleología, espeleología submarina, fútbol americano, globo aerostático, halterofilia, hidrospeed, hípica, hockey, lucha, lucha canaria, MMA, montañismo, moto de nieve, motociclismo, motocross, muay-thai, paint-ball, paracaidismo, parapente, parkour, pistas americanas, puenting, quads, rafting, rugby, tiro con arco, tiro olímpico, todo terreno 4x4, triatlón, ultraligero, vías ferratas ni 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.**
- 6. 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.**
- 7. Los gastos producidos una vez que el Asegurado se encuentre en España, los incurridos fuera del ámbito de aplicación de las garantías de esta cobertura, y los ocasionados una vez transcurridos 90 días desde el inicio del viaje o desplazamiento, salvo que este plazo se haya ampliado diez días (a 100 días) con motivo de un siniestro cubierto en esta cobertura.**
- 8. Las prestaciones requeridas para la atención de enfermedades pre-existentes o crónicas que no tengan carácter de urgencia vital hasta la estabilización, sin cobertura de traslado o repatriación sanitaria, ni posteriores gastos médicos. Esta exclusión no se aplicará para la**

cobertura de “Traslado o repatriación del Asegurado fallecido fuera de España”.

- 9. La asistencia sanitaria requerida por los neonatos no identificados como asegurados de la póliza no está cubierta, salvo en los casos de neonatos nacidos durante el viaje en circunstancias derivadas de complicaciones imprevisibles en el embarazo de la asegurada expresamente cubiertas.**
- 10. Las prestaciones que sean objeto de esta cobertura y también correspondan al Asegurado en virtud de cualquier otro seguro de asistencia en viaje contratado específicamente para el viaje realizado durante el cual se ha producido el siniestro. No obstante, esta cobertura complementará a aquélla, en exceso de la misma y siempre dentro de los límites asegurados.**
- 11. Las enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.**
- 12. 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.**
- 13. Los tratamientos de rehabilitación.**
- 14. Las revisiones médicas periódicas o preventivas.**
- 15. Las relativas a prótesis, material ortopédico u órtesis y material de osteosíntesis.**
- 16. Los ocurridos durante un viaje cuando se hubiere iniciado por los siguientes motivos:**
 - a) con la intención de recibir tratamiento médico o asistencia sanitaria.**
 - b) porque haya sido diagnosticada al Asegurado una enfermedad terminal.**
- 17. 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.
- 18. 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.**
- 19. En lo relativo a las garantías de equipaje, no serán objeto de cobertura:**
- Las mercancías, material de carácter profesional, billetes de viaje, colecciones, títulos de cualquier naturaleza, documentos de identidad y, en general, todo documento y valores en papel, tarjetas de crédito, dinero, joyas, cualquier contenido almacenado en medios electrónicos y/o informáticos, documentos registrados en bandas magnéticas o filmados. A estos efectos no se considera material profesional los ordenadores personales.
 - Las pérdidas resultantes de un objeto que no haya sido entregado a la custodia de un transportista que haya sido extraviado u olvidado por el Asegurado.
 - Los daños debidos al uso o desgaste normal, vicio propio, o a la acción de la intemperie.
 - El robo durante la práctica del camping, caravanning, o en cualquier alojamiento no fijo.
 - Los daños sufridos por equipajes que no vayan suficientemente embalados o identificados, así como, equipajes frágiles o productos perecederos.
 - El hurto, salvo para lo estipulado en la garantía de “indemnización por robo total o parcial de equipajes o efectos personales no facturados”.

Normas Generales

ARTÍCULO 14º. BASES DEL CONTRATO

1. El presente contrato se establece con base en las declaraciones manifestadas por el Tomador del Seguro y/o los Asegurados en la solicitud de seguro y cuestionario presentados por la Aseguradora para la contratación, todo lo cual ha determinado la aceptación del riesgo y el cálculo de la prima correspondiente.

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. Corresponderán 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, teniendo tal consideración el cambio de domicilio familiar. Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán poner en conocimiento de la Aseguradora todas las circunstancias que disminuyan el riesgo.

El Tomador o el Asegurado no tienen obligación de comunicar la variación de las circunstancias relativas al estado de salud del Asegurado que, en ningún caso, se considerarán agravación del riesgo.

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 la Aseguradora 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 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 concurran los siguientes requisitos:

- Que se solicite la incorporación a la póliza del recién nacido en el plazo de treinta 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 reembolsados los gastos justificados y cubiertos por la póliza, o en su caso, 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, o en su caso el Tomador, vendrán obligados a facilitar a la Aseguradora los datos y la colaboración necesarios para ello.

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 15º. 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.

4. El contrato será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existe el riesgo o ha ocurrido el siniestro.

ARTÍCULO 16°. 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 formalizados por escrito. La Aseguradora está obligada a entregar al Tomador del seguro la póliza. El Tomador deberá devolver 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 a 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 17°. 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 de vencimiento pactada, o de cualquiera de sus prórrogas, la Aseguradora no está obligada 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 Ase-

guradora 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 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 período de cobertura, mediante envío de un aviso de cobro del recibo correspondiente en el domicilio declarado a al fin o, en su defecto, en el domicilio habitual del Tomador, conforme a lo establecido en el artículo 18º 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 18º. 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 por los siguientes medios escritos: correo postal, correo electrónico, SMS o a través de las plataformas y aplicaciones digitales de comunicación pues-

tas a disposición por la Aseguradora, en la dirección o mediante el acceso que tanto la Aseguradora como el tomador hubieran facilitado o habilitado, ya sea al contratar la Póliza o en un momento posterior. **El tomador deberá comunicar a la Aseguradora, tan pronto como sea posible, cualquier cambio del domicilio habitual, teléfono, 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 19º. PRESCRIPCIÓN, JURISDICCIÓN E INSTANCIAS DE RECLAMACIÓN

Las acciones que se deriven del contrato de seguro prescribirán en el término de 2 años si se trata de seguro de daños y de 5 años si el seguro es de personas. El plazo de prescripción comenzará a contar desde la fecha en que las acciones puedan ejercitarse.

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.

Procedimiento para la formulación de quejas y reclamaciones.

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 o queja mediante escrito dirigido a la Dirección de Reclamaciones de MAPFRE por escrito (Apartado de correos 281 - 28220 Majadahonda, Madrid) o por medios electrónicos a través de la Web www.mapfre.es, 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 las normas de actuación que lo resumen y que se facilitan al Tomador junto con este contrato. Le informamos igualmente de que, de no estar conforme con la resolución de su reclamación, en aquellos casos en que sea competente para intervenir el Defensor del Asegurado de acuerdo con nuestras normas, Ud. podrá solicitar la remisión de la misma a dicho Defensor.

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 citado.

La reclamación podrá realizarse en soporte papel o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos, conforme a lo previsto en la legislación que les resulte aplicable y en el teléfono 900 205 009.

Desestimada dicha reclamación o queja o transcurrido el plazo de dos meses desde su presentación, el usuario podrá formular reclamación o queja ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana 44, 28046, Madrid; página web, www.dgsfp.mineco.es) a cuyo efecto, si lo solicita, pondremos a su disposición el formulario correspondiente.

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.

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

ARTÍCULO 20º. CLÁUSULA DE INDEMNIZACIÓN POR EL CONSORCIO DE COMPENSACIÓN DE SEGUROS

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.conorseguros.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 Generales 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, COMPAÑÍA 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 hospitalización de ningún tipo ya sea hospitalización de día, hospitalización con ingreso de más de 24 horas, hospitalización a domicilio u hospitalización en unidades especiales.
- **Asistencia Extrahospitalaria:** Asistencia prestada al Asegurado por facultativos de distintas especialidades médico-quirúrgicas, procedimientos de diagnóstico y terapéuticos y cirugía menor que exclusivamente se realicen en consulta y/o sala de curas. Incluye la Asistencia Ambulatoria, definida anteriormente.
- **Asistencia Hospitalaria:** Asistencia prestada al Asegurado cuando se produzca el registro de entrada del paciente y su permanencia en el hospital durante un mínimo de 24 horas, o inferior a este periodo en caso de los ingresos de Cirugía Mayor Ambulatoria y los ingresos en hospital de día.
- **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.
- **Capital máximo asegurado:** Cantidad establecida en las Condiciones Particulares, o en su caso, las Generales del Seguro que representa el límite máximo de reembolso anual.
- **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 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.
- **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 Preventiva/Profiláctica:** Aquella cirugía realizada sobre una región anatómica que no presenta una patología definida, pero tiene un alto riesgo de desarrollarla.
- **Cirugía Robótica:** La cirugía robótica o asistida por un robot es aquella en la que se utiliza una máquina que mejora los movimientos del cirujano permitiendo una mayor precisión.
- **Consulta:** Acción y efecto de atender y examinar el 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.
- **Daño Cerebral Adquirido:** Situación clínica en la que un Asegurado nacido sin ningún tipo de daño en el cerebro, sufre de forma súbita una lesión cerebral sobrevenida presentando un déficit prolongado, temporal o permanente, de tipo físico, psíquico, cognitivo, conductual o sensorial que condiciona una reducción en su capacidad funcional y calidad de vida previas.
- **Daño Medular:** Situación clínica en la que un Asegurado nacido sin ningún tipo de daño en la médula espinal, sufre una lesión medular sobrevenida, presentando un déficit prolongado, temporal o permanente, de tipo físico o sensorial que condiciona una reducción en su capacidad funcional y calidad de vida previas.
- **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.
- **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.
- **Enfermedades neurodegenerativas:** Las enfermedades neurodegenerativas constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades que afectan al sistema nervioso central (SNC) y se caracterizan por una pérdida neuronal progresiva en áreas concretas del cerebro. Algunas enfermedades neurodegenerativas son, entre otras:
 - Enfermedad de Alzheimer.
 - Esclerosis lateral amiotrófica (ELA).

- Ataxia de Friedreich.
 - Enfermedad de Huntington.
 - Demencia con cuerpos de Lewy.
 - Enfermedad de Parkinson.
 - Atrofia muscular espinal.
- **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.
- **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 permanencia 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 Rehabilitación Neurológica Cerebral y/o Medular); 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). **Algunas de estas unidades pueden estar sujetas a limitaciones específicas indicadas en estas Condiciones Generales.**

- **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 efectos de la cobertura de la póliza, se consideran implantes únicamente aquellos que figuran en la Relación de Prótesis e Implantes cubiertos por la Aseguradora hasta una cuantía máxima fijada 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.
- **Límites de reembolso parciales:** Cantidades establecidas en las Condiciones Particulares y/o Certificado individual del Seguro que representan el importe máximo a reembolsar por la aseguradora por los gastos, especialidades o actos médicos de que se trate.

- **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.
- **Medicamento:** Toda sustancia o combinación de sustancias que posea principio/s activo con propiedades para el tratamiento de enfermedades en seres humanos, reconocidos por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS).
- **Medicamento biológico/Terapia biológica:** Producto obtenido a partir de organismos vivos o de sus tejidos, por lo que su principio activo no es químico sino biológico.
- **Medicamento de uso compasivo:** Medicamento en fase de investigación que se administra a pacientes que padecen una enfermedad crónica, gravemente debilitante o que pone en peligro su vida, antes de que dicho fármaco haya recibido su autorización en España y su aprobación oficial para esa indicación clínica.
- **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 en el Certificado Individual de seguro.
- **Porcentaje de Reembolso:** Porcentaje del importe de la factura previamente abonada por el Asegurado por cada servicio de asistencia médica, hospitalaria y quirúrgica, que determina la cantidad a reembolsar por la Aseguradora, salvo en los casos en que se establezcan otros límites por una cantidad inferior.
- **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 efectos de la cobertura de la póliza, se consideran prótesis únicamente aquellas que figuran en la Relación de Prótesis e Implantes

cubiertos por la Aseguradora hasta una cuantía máxima fijada en euros, incluida en el Anexo I de estas Condiciones Generales.

- **Radiología convencional sin contraste:** Incluye toda radiografía simple de cualquier parte del cuerpo.
- **Servicios Recomendados (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 conciertos 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/Dispositivos/Fungibles/Medicamentos y/o Aparatos de Uso Médico novedosos, de nueva implantación o de reciente aparición:**

- Aquellas técnicas, dispositivos y/o fungibles médicos, quirúrgicos y de diagnóstico que, estando o no en fase de investigación, su eficacia y/o seguridad en la/s patología/s que vayan a ser utilizados/as no está suficientemente probada ni avalada por la Sociedad Científica de la especialidad que corresponda ni por las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; así como aquellos que, estando probada su eficacia y/o seguridad, no estén implantados de forma generalizada en los hospitales de referencia del Ministerio de Sanidad.

- Cualquier medicamento de reciente aparición, experimental, esté o no incluido en un ensayo clínico; que se vaya a utilizar en alguna indicación clínica distintas a las aprobadas en su correspondiente ficha técnica publicada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); así como aquellos que no se dispensan/administran de forma generalizada en los hospitales de referencia del Ministerio de Sanidad.

- Cualquier aparato de uso médico, quirúrgico o diagnóstico de reciente aparición cuya utilidad en la/s patología/s en la/s que vaya a ser utilizado no está suficientemente probada ni avalada por la Sociedad Científica de la especialidad que corresponda ni por las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; así como aquellos que, estando probada su utilidad, no se empleen de forma generalizada en los hospitales de referencia del Ministerio de Sanidad.

Para considerar que cualquier técnica, dispositivo, fungible y/o aparato de uso médico se utiliza de forma generalizada en centros hospitalarios 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.

A efectos de la cobertura de la póliza, se considera de reciente aparición un periodo de tiempo de menos de 3 años.

- **Terapias avanzadas:** Los medicamentos de terapia avanzada son medicamentos de uso humano basados en genes (terapia génica), células (terapia celular) o tejidos (ingeniería tisular).
- **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 extrahospitalaria:** Atención sanitaria urgente que se presta fuera de los hospitales o a domicilio y en un horario acotado, determinado por el proveedor médico que las presta.
- **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.
- **Urgencia hospitalaria:** Atención sanitaria urgente que se presta en hospital durante 24 horas.
- **Vigencia de la póliza:** Periodo de tiempo comprendido entre la fecha de entrada en vigor y la finalización del contrato, en el que se incluye la duración inicial y posteriores prórrogas.

ANEXO I

El Seguro de Reembolso de MAPFRE ESPAÑA le permite elegir libremente hospital y especialista en cualquier lugar del mundo.

Usted también puede acudir a los Servicios Médicos Recomendados por MAPFRE ESPAÑA en los que, como Asegurado no tendrá que realizar ningún desembolso. Deberá identificarse con su Tarjeta Sanitaria y entregar la autorización de MAPFRE ESPAÑA para la prueba o servicio solicitado si así se requiere.

ACCESO A LOS SERVICIOS

Si acude a servicios médicos u hospitalarios que no figuran en la Guía Médica Asistencial vigente como recomendados, deberá abonar usted los gastos que se originen y solicitar posteriormente el reembolso estipulado a MAPFRE ESPAÑA. En cualquier caso, los límites económicos son los establecidos en su póliza.

	ATENCIÓN MÉDICA	SERVICIOS RECOMENDADOS ¿PAGA USTED?	LIBRE ELECCIÓN ¿PAGA USTED? REEMBOLSO	
GASTOS EXTRA- HOSPITALARIOS	CONSULTAS AMBULATORIAS	NO	SÍ	80%
	PRUEBAS AMBULATORIAS	NO pruebas especiales previa autorización*	SÍ	80%
GASTOS HOSPITALARIOS	GASTOS HOSPITAL	NO previa autorización	SÍ	90%
	HONORARIOS MÉDICOS	NO previa autorización	SÍ	90%

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

En los últimos años se ha avanzado con gran intensidad en técnicas quirúrgicas de forma que se disminuye la estancia hospitalaria, por ello hemos agrupado una serie de intervenciones que aunque se realicen de forma ambulatoria, se reembolsarán al 90%.

Esta relación de Cirugía Mayor Ambulatoria puede sufrir modificaciones a medida que aparezcan otras técnicas quirúrgicas por lo que si desea ampliar estos datos, puede consultar con la Compañía. A continuación les relacionamos los procesos que pueden realizarse por Cirugía Mayor Ambulatoria:

- **Abscesos pelvipereineales bajo anestesia general.**
- **Adenoidectomía.**
- **Amigdalectomía.**
- **Amputación simple de dedo mano/ pie.**
- **Anoplastia simple.**
- **Biopsia de próstata.**
- **Bloqueo facetario.**
- **Cataratas.**
- **Cerclaje cervical.**
- **Cerclaje prolapso rectal.**
- **Cirugía endoscópica nasosinusal.**
- **Cistocèle.**
- **Cistoscopia diagnóstica y terapéutica.**
- **Condromalacia rotuliana.**
- **Conización cuello uterino.**
- **Dacriocistitis.**
- **Dedo en resorte.**
- **Drenajes timpánicos.**
- **Dupuytren.**
- **Enfermedad de De Quervain.**
- **Estapedectomía.**
- **Estrabismo.**
- **Exéresis angiomas o linfangiomas cutáneos.**
- **Extirpación tumores partes blandas.**
- **Fístula salival simple.**
- **Fisura anal.**
- **Gangliones, bursitis, quistes sinoviales e higromas.**
- **Hallux Valgus.**
- **Hemorroides.**
- **Hernia crural.**
- **Hernia epigástrica.**
- **Hernia umbilical.**
- **Hidrocele.**
- **Laparoscopia.**
- **Legrado ginecológico.**
- **Legrado obstétrico.**
- **Meniscectomía.**
- **Microcirugía de la laringe.**
- **Mioma uterino.**
- **Miringoplastia.**
- **Miringotomía.**
- **Nucleotomía lumbar percutánea.**
- **Onfalectomía.**
- **Polipectomía rectal.**
- **Pólipos laríngeos.**
- **Pterigium.**
- **Quiste de Bartholino.**
- **Quiste sacro pilonidal.**
- **Rizolisis percutánea lumbar.**
- **Safenectomía.**
- **Septoplastia.**
- **Sutura tendones.**
- **Tumorectomía simple de mama.**
- **Tumores profundos de partes blandas.**
- **Túnel carpiano.**
- **Variocèle.**

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 **Sólo en Servicios Recomendados**
- Oxigenoterapia **Sólo en Servicios Recomendados**
- Ventiloterapia **Sólo en Servicios Recomendados**

Aparato digestivo **Sí**

Cardiología **Sí**

Cirugía Cardiovascular **Sí**

Cirugía General y del Aparato Digestivo **Sí**

Cirugía Maxilofacial **Sí**

(tratamientos odontológicos sólo en Servicios Recomendados)

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:

- 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 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).
- ESTUDIO GENÉTICO POR TÉCNICA DE FISH EN ONCOHEMATOLOGÍA. POR Sonda (LAS TRES PRIMERAS SONDAS).
- CÁNCER DE PULMÓN/COLON/ESTÓMAGO (TUMOR PARAFINADO) EGFR (EXONES 19 Y 21).
- CÁNCER DE COLON (TUMOR PARAFINADO) BRAF (MUTACIÓN V600E DEL EXON 15).
- CÁNCER DE COLON (TUMOR PARAFINADO) KRAS (ANÁLISIS DE CODONES 12Y 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.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO 1: MEN1 SECUENCIACIÓN.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO 1: MEN1 MLPA.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO 2: RET SECUENCIACIÓN.
- NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO 2: RET 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: HLA DQ2 Y DQ8.
- PANEL DE CÁNCER DE MAMA: 26 GENES
- CÁNCER DE COLON (TUMOR PARAFINADO) NRAS (ANÁLISIS DE CODONES 12 Y 13).
- PANEL DE CÁNCER DE COLON NO POLIPÓSICO: 5 GENES. MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM.
- CÁNCER DE COLON GENES MLH1, MLH3, MSH2, MSH3, MSH6, PMS2, MGMT MEDIANTE MS-MLPA.
- ATROFIA MUSCULAR ESPINAL. ESTUDIO DE DELECCIONES MEDIANTE MLPA DEL GEN SMN1.
- POLIQUISTOSIS RENAL. PANEL DE 2 GENES. PKD1, PKD2.
- NEUROFIBROMATOSIS. PANEL DE 2 GENES. NF1, NF2.
- DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE/BECKER. ESTUDIO DE DELECCIONES MEDIANTE MLPA DEL GEN DMD.
- DISPLASIAS ESQUELÉTICAS. ACONDROPLASIA E HIPOCONDROPLASIA. SECUENCIACIÓN GEN FGFR3.
- ALFA-TALASEMIA. GENES HBA (HBA1 / HBA2). DELECCIONES $\alpha 3.7$, $\alpha 4.2$.
- PLATAFORMA ÍNDICE RIESGO RECURRENCIA CÁNCER DE MAMA (Consulte en el teléfono 918.365.365 las plataformas cubiertas por las garantías de la póliza).
- TEST GENÉTICO PRENATAL NO INVASIVO.
- CÁNCER DE COLON Y DE PULMÓN. ALK (22, 23, 24). BIOPSIA LÍQUIDA.
- ALK (22, 23, 24). BIOPSIA LÍQUIDA.
- CÁNCER DE COLON. BRAF (V600E, V600K). BIOPSIA LÍQUIDA.
- CÁNCER DE COLON. CKIT (9, 11, 13, 17). BIOPSIA LÍQUIDA.
- EGFR (C797S). BIOPSIA LÍQUIDA.
- CÁNCER DE PULMÓN. EGFR (19, 21, T790M). BIOPSIA LÍQUIDA.
- CÁNCER DE PULMÓN. EML4/ALK (var 1, 2, 3). BIOPSIA LÍQUIDA.
- CÁNCER DE COLON. KRAS (2, 3). BIOPSIA LÍQUIDA.
- CÁNCER DE PULMÓN. MET (var splicing 7/8, var splicing 14). BIOPSIA LÍQUIDA.
- CÁNCER DE COLON. PDGFR (12, 18). BIOPSIA LÍQUIDA.
- CÁNCER DE MAMA. PIK3CA (10,21). BIOPSIA LÍQUIDA.
- TP53 (5, 6, 7, 8). BIOPSIA LÍQUIDA.
- DÉFICIT DIHIDROPIRIMIDINA DESHIDROGENASA (GEN DYPD).
- INESTABILIDAD DE MICROSATÉLITES (IMS).
- GEN DE FUSIÓN ROS 1.

- PANEL DIAGNÓSTICO MOLECULAR DE GLIOMAS (incluye IDH1, IDH2, MGMT, 1p19q).
- ARRAY CGH POSTNATAL.

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	
* En Servicios Recomendados.....	Sí
* En libre elección	Según límite
■ Embarazo, Parto, Cesárea	Según límite (carencias según condicionado)
■ Preparación al parto	Sólo en Servicios Recomendados (carencias según condicionado)
■ Revisión ginecológica	1 al año, según límite
■ Ligadura de Trompas	Sólo en Servicios Recomendados (carencias según condicionado)
■ Inseminación artificial	Sólo en Servicios Recomendados (carencias según condicionado)
■ Fecundación "in vitro"	Sólo en Servicios Recomendados (carencias según condicionado)
■ Esterilidad/infertilidad (Estudio y tratamientos).....	Sólo en Servicios Recomendados (carencias según condicionado)
Odontología y/o estomatología	No
(Salvo las prestaciones incluidas en la cobertura dental y sólo en Servicios Recomendados)	
Oftalmología	
■ Cirugía Refractiva (de la miopía, hipermetropía y astigmatismo) y Cirugía de la Presbicia.....	No
■ Revisión oftalmológica	1 al año, según límite
Oncología	Sí
Osteopatía	Sí (carencias y condiciones según condicionado)
Otorrinolaringología	Sí
■ Logopedia	Sí (carencias y condiciones según condicionado)
Pediatría	Sí
Podología	Sí (condiciones según condicionado)

Psiquiatría	Sí (carencias y condiciones según condicionado)
Tratamiento de osteopatía	Sí (carencias según condicionado)
Máximo 8 sesiones asegurado/año. Sólo en Servicios Recomendados	
Reumatología	Sí
Traumatología	Sí
Urología	
■ Vasectomía	Sólo en Servicios Recomendados (carencias según condicionado)
■ Esterilidad/Infertilidad (Estudio y tratamientos)	Sólo en Servicios Recomendados (carencias y condiciones según condicionado)
■ Revisión urológica	1 al año, según límite

SERVICIOS DIAGNÓSTICOS/TERAPÉUTICOS

(Previa prescripción médica)

Análisis Clínicos	Sí
Anatomía Patológica y Citología	Sí
Dialisis y Riñón Artificial	Sí (carencias según condicionado)
(Durante un período máximo de 1 año, desde que el Asegurado haya recibido la primera sesión)	
Endoscopia	Sí
Hemodinámica	Sí (carencias según condicionado)
Láser	Sí (carencias y condiciones según condicionado)
Litotricia	Sí (carencias según condicionado)
Medicina Nuclear	Sí (carencias según condicionado)
Polisomnografía	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 Neurofisiología	
■ Electroencefalograma	Sí
■ Ecoencefalograma	Sí
■ Electronistagmometría	Sí
■ Electromiografía	Sí
■ Medida de velocidad de conducciones nerviosas	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**

Pruebas de Oftalmología

- Tonometría **Sí**
- Angiofluoresceingrafía **Sí**
- Campimetría **Sí**
- Ecografía **Sí**

Pruebas de Oncología

- Uso de Isótopos Radioactivos **Sí** (carencias según condicionado)

Pruebas Funcionales del Riñón o Hígado **Sí**

Pruebas de Urología

- Uretroscistoscopia **Sí**
- Citoscopia **Sí**
- Estudios Urodinámicos **Sí**

Quimioterapia y Radioterapia **Sí** (carencias y condiciones según condicionado)

Radiología

- Radiografía simple y con contraste **Sí**
- Mamografía **Sí**
- Ortopantomografía **Sólo en Servicios Recomendados**

Rehabilitación **Sí** (carencias y condiciones según condicionado)

Servicios Especiales de Diagnóstico

- Densitometría Ósea **Sí**
- Ecografía **Sí**
- P.E.T., P.E.T.-T.A.C. y P.E.T.-R.N.M. **Sí** (carencias y condiciones según condicionado)
- T.A.C. (Scanner) **Sí**
- T.A.C. Coronario **Sí** (carencias y condiciones según condicionado)
- Resonancia Nuclear Magnética **Sí** (carencias y condiciones según condicionado)

CONCEPTOS ESPECIALES A MENCIONAR

Asistencia urgente en el extranjero **Sí**

Cirugía Plástica **Sólo accidentes (3)**

Enfermedades anteriores a la contratación **No (1)**

Escayola **Sí**

Exámenes médicos preventivos

- Chequeos en general **No**

■ Revisión ginecológica anual (consulta, citología, ecografía, mamografía)	Según límite
■ Revisiones pediátricas	Sí
■ Revisión oftalmológica anual	Según límite
■ Revisión urológica anual (consulta, PSA, ecografía)	Según límite
Fisioterapia y Rehabilitación	Sí (2)
Gafas, lentes de contacto o Aparatos Auditivos	No (5)
Homeopatía	No (4)
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, Implantes y Kits con la cuantía máxima fijada.	
Sistemas de Inmovilización Externa	
■ Rodilleras, muñequeras, collarines y similares	No
Tratamientos farmacológicos	No
(1) Salvo aceptación expresa de la Compañía en las Condiciones Particulares de la póliza. (2) Carencia de 6 meses, previa prescripción médica y con un máximo de 30 sesiones Asegurado/año en Servicios No Recomendados. (3) Documentados con parte de atención de urgencias del día del accidente. (4) La Compañía valorará su aceptación siempre que el médico esté legalmente colegiado y así lo documente. (5) 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.	

CATÁLOGO DE PRÓTESIS, IMPLANTES Y KITS CUBIERTOS

Estos importes se reintegrarán a los Asegurados hasta la cuantía máxima fijada.

	Euros
Anillos intraestromales	70
Anillos valvulares para reconstrucción de válvulas cardíacas	1.600
Anticonceptivo subdérmico	50
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
DIU hormonal	50

Electrodos y estimuladores medulares (sólo tratamiento de dolor.....	6.000
Electrodos y estimuladores transcutáneos (sólo tratamiento de dolor)	2.400
Endoprótesis vasculares (incluye dispositivo para cierre de orejuela)	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
Holter implantable	1.500
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
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
	Euros
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 pistón o cadena de huesecillos del oído (TOR, POR) ...	100
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 metacarpofalángica	1.000
Prótesis interfalángica para dedos de la mano.....	200
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

En Reproducción Asistida:

- **Aplicación de Técnicas ICSY o Micro Inyección Espermática** **360,00**
- **Punción Testicular, (obtención de espermatozoides)** **300,00**

En Tratamientos de Psicoterapia breve o terapia focal:

- **Consulta / sesión** **12,00**

En Tratamientos de Osteopatía:

- **Consulta / sesión** **12,00**

ANEXO II

PRECIOS CONVENIDOS GARANTÍA BUCODENTAL/SUPLEMENTO ODONTOLÓGICO

PRECIOS CONVENIDOS

DESCRIPCIÓN	PRECIO CONVENIDO
ODONTOPEDIATRÍA (MENORES DE 15 AÑOS)	
Endodoncias unirradiculares	SIN COSTE
Endodoncias birradiculares	
Endodoncias polirradiculares	
Reendodoncias unirradiculares	
Reendodoncias birradiculares	
Reendodoncias polirradiculares	
Apicoformaciones, Tratamiento completo	
Pulpotomías con obturación	
Corona prefabricada menores de 15 años	
Estudio y plan de tratamiento A.T.M. (incluye consultas, estudio y modelos) menores de 15 años	
Revisión y tratamiento A.T.M.	
Tallado selectivo para A.T.M. (todos los cuadrantes) menores de 15 años	
Obturación menores de 15 años	
Reconstrucción compleja /gran reconstrucción/reconstrucción de ángulos menores de 15 años	50,00 €
ODONTOLOGÍA GENERAL Y PREVENTIVA	
Propuesta de tratamiento, Incluye radiografías (máx. 3 al año) ①	SIN COSTE
Limpieza de boca, Mantenimiento anual (1 al año) ①	
Selladores de fisuras	
Consulta urgente con extracción de pieza dentaria ②	
Fluorizaciones, Sesión	
Blanqueamiento por fotoactivación en clínica	280,00 €
Corona o unidad de puente provisional de PMMA	95,00 €
Estructura blender de composite	4.700,00 €
Estructura blender de zirconio	5.900,00 €

Repetición 1 carilla FirstFit ②	250,00 €
ODONTOLOGÍA CONSERVADORA	
Reconstrucción compleja / gran reconstrucción / reconstrucción de ángulos	50,00 €
Ferulización (por pieza)	30,00 €
Obturación	40,00 €
Poste de fibra de vidrio o carbono	50,00 €
ENDODONCIA	
Endodoncias unirradiculares (cualquier técnica)	155,00 €
Endodoncias birradiculares (cualquier técnica)	185,00 €
Endodoncias polirradiculares (cualquier técnica)	210,00 €
Reendodoncias unirradiculares (cualquier técnica)	180,00 €
Reendodoncias birradiculares (cualquier técnica)	210,00 €
Reendodoncias polirradiculares (cualquier técnica)	235,00 €
Cemento M.T.A.	50,00 €
Endogain o similar	169,50 €
ODONTOLOGÍA ESTÉTICA	
Carillas estéticas composite (por pieza)	120,00 €
Reparación de porcelana (por pieza)	50,00 €
Blanqueamiento dientes no vitales (por sesión/pieza)	24,00 €
Blanqueamiento dientes vitales, Tratamiento ambulatorio completo (férulas incluidas)	265,00 €
Carillas estéticas porcelana alta resistencia o zirconio (por pieza)	300,00 €
Blanqueamiento dientes vitales, Tratamiento ambulatorio completo y tratamiento en clínica (incluye fotoactivación/láser)	350,00 €
Carilla provisional	30,00 €
Encerado diagnostico (mock - up) prueba estética (por pieza)	30,00 €
Jeringas de blanqueamiento adicionales	30,00 €
Diseño de sonrisa	150,00 €
Armonización orofacial	280,00 €
Carilla de composite inyectado	200,00 €

Carilla de silicatio de litio	390,00 €
Carillas FirstFit 5 ②	3.300,00 €
Carillas FirstFit 7 ②	4.545,00 €
Carillas FirstFit 10 ②	5.850,00 €
Carillas FirstFit 11 ②	6.435,00 €
Carillas FirstFit 4 ②	2.640,00 €
Carillas FirstFit 6 ②	3.960,00 €
Carillas FirstFit 8 ②	5.040,00 €
Carillas FirstFit 9 ②	5.625,00 €
Estudio mockup FirstFit ②	195,00 €
Férula para carillas inyectadas	240,00 €
Reconstrucción estética	80,00 €
TRATAMIENTOS NO QUIRÚRGICOS PERIODONTALES	
Propuesta de tratamiento periodontal incluido periodontograma y radiografía oclusal (máx. 3 al año) ②	SIN COSTE
Mantenimiento periodontal	50,00 €
Tratamiento de periimplantitis, Fase básica no quirúrgica (por implante)	40,00 €
Férula quirúrgica para injertos de tejido conectivo o de encía libre	150,00 €
Curetaje por cuadrante (raspado y alisado radicular) ②	40,00 €
PERIODONCIA	
Gingivectomía parcial (por sextante) ②	SIN COSTE
Cirugía periodontal mediante colgajo (por sextante) ②	
Gingivectomía (1 pieza) ②	
Alargamiento coronario (por pieza) ②	110,00 €
Injerto tejido conectivo ②	220,00 €
Alargamiento coronario (por cuadrante) ②	110,00 €
Bioestimulación láser después de higiene ②	35,00 €
Cirugía periodontal con láser (por pieza y sesión) ②	25,00 €
Cirugía resectiva (por cuadrante) ②	195,00 €

Precios convenidos

Cirugía resectiva (por diente) ②	35,00 €
Curetaje (por pieza) ②	15,00 €
Estudio microbiológico ②	255,00 €
Mantenimiento peridontal incluye peridontograma ②	70,00 €
Regeneración papilar (por pieza) ②	60,00 €
Regeneración perimplantitis (por pieza) ②	250,00 €
Tratamiento láser gingivectomía (por pieza y sesión) ②	25,00 €
Tratamiento láser para periodoncia (por cuadrante y sesión) ②	35,00 €
Tratamiento periimplantitis (por implante y sesión) ②	35,00 €
PRÓTESIS REMOVIBLES	
Esquelético, Base (por arcada)	210,00 €
Esquelético (por pieza)	32,00 €
Prótesis acrílica removable completa superior o inferior	320,00 €
Prótesis acrílica removable parcial: más de 6 piezas	310,00 €
Prótesis acrílica removable parcial: 4-6 piezas	250,00 €
Prótesis acrílica removable parcial: 1-3 piezas	190,00 €
Añadir pieza	30,00 €
Añadir retenedor o refuerzo	32,00 €
Compostura de resina	37,00 €
Prótesis Flexible tipo Valplast o Flexite parcial: más de 6 piezas	445,00 €
Prótesis Flexible tipo Valplast o Flexite parcial: 4-6 piezas	410,00 €
Prótesis Flexible tipo Valplast o Flexite parcial: 1-3 piezas	380,00 €
Completa provisional superior o inferior (1 arcada)	302,00 €
Compostura de esquelético	90,00 €
Higienización de prótesis	40,00 €
PRÓTESIS FIJAS	
Corona o unidad de puente metal composite o resina	120,00 €
Corona o unidad de puente metal porcelana	195,00 €
Corona o unidad de puente provisional acrílico	25,00 €
Puente Maryland (por pieza)	193,00 €
Incrustación de composite	95,00 €

Quitar puente o corona	12,00 €
Recementado de coronas, carillas, puente o incrustaciones	20,00 €
Corona o unidad de puente porcelana alta resistencia o zirconio	350,00 €
Incrustación porcelana de alta resistencia o zirconio	220,00 €
Corona o unidad de puente de disilicato de litio	350,00 €
PRÓTESIS MIXTA	
Attaches de precisión (aparte prótesis)	146,00 €
Barra Dolder (por tramo)	150,00 €
CIRUGÍA ESTOMATOLÓGICA	
Apicectomía ①	SIN COSTE
Extracción pieza dentaria simple (incluye limpieza quiste radicular) ①	
Extracción de raíz residual (incluye limpieza quiste radicular) ①	
Extracción de cordal en posición normal (incluye limpieza quiste radicular) ①	
Extracción de cordal en retención mucosa (incluye limpieza quiste radicular) ①	
Extracción de cordal o canino en retención ósea con osteotomía y/u odontosección (incluye limpieza quiste folicular o paradentario) ①	
Frenectomía labial o lingual	
Injerto gingival libre	
Fenestración quirúrgica de dientes	
Quistes dentarios, paradentarios, fisurales, foliculares y residuales	
Resección tumores benignos intraorales partes blandas	
Reimplante por avulsión dentaria	
Apertura y drenaje de abscesos	
IMPLANTES (MATERIALES PARA TERAPIA REGENERATIVA E INJERTO)	
Membrana de regeneración (cada una)	200,00 €
Utilización de materiales de relleno óseo, tipo hidroxiapatita (por centímetro cúbico)	132,00 €

Precios convenidos

Injerto óseo en bloque	900,00 €
Tornillos de osteosíntesis	200,00 €
Malla de titanio	200,00 €
Utilización de plasma rico en factores de crecimiento (PR,G,F)	200,00 €
IMPLANTES (FASE QUIRÚRGICA)	
Propuesta de tratamiento implantológico (máx. 1 al año) ②	SIN COSTE
Implante osteointegrado (cada uno)	620,00 €
Elevación del seno maxilar	210,00 €
Estudio y plan de tratamiento	60,00 €
Férula radiológica	40,00 €
Revisión anual, ajuste e higiene implantológica	40,00 €
Férula quirúrgica para cirugía guiada (tratamiento completo)	680,00 €
Estudio cirugía implantológica guiada	200,00 €
Kit chinchetas de titanio (4 chinchetas o pin)	120,00 €
Implante cigomático	1.700,00 €
Tratamiento de periimplantitis, Fase avanzada quirúrgica (por implante)	100,00 €
Injerto óseo tecnica Khoury (chinchetas, rascador, microtornillos)	2.200,00 €
Suplemento implante cirugía guiada (unidad)	150,00 €
Férula radiológica cirugía guiada	375,00 €
Explantación de implante (diferente profesional)	150,00 €
Autotrasplante	900,00 €
Elevación seno abierta	350,00 €
IMPLANTES (PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES)	
Corona o unidad de puente metal porcelana sobre implante	300,00 €
Elementos de retención	75,00 €
Corona o unidad de puente porcelana alta resistencia o zirconio sobre implante	350,00 €
Corona provisional sobre implante para carga inmediata	170,00 €
Locator (cada uno)	220,00 €

Corona o unidad de puente de disilicato de litio sobre implante	430,00 €
Prótesis híbrida de resina (por arcada)	1.900,00 €
Aditamentos protésicos (piezas intermedias)	250,00 €
Extracción de tornillo fracturado en cabeza de implante	90,00 €
Apretar corona sobre implante externa al centro y tapar chimenea	50,00 €
Sobredentadura con barra Dolder sobre 2 implantes (sin implantes)	2.200,00 €
Sobredentadura con barra Dolder sobre 4 implantes (sin implantes)	3.382,00 €
Sobredentadura con locator sobre 2 implantes (sin implantes)	2.050,00 €
Sobredentadura con locator sobre 4 implantes (sin implantes)	2.800,00 €
Aditamento protésico tipo "multiunit"	300,00 €
Híbrida de zirconio sobre 4 - 8 implantes (sin implantes)	5.000,00 €
Autotrasplante con soporte digital (férula para cirugía guiada)	1.100,00 €
Barra microfresada	500,00 €
Prótesis sobre implantes de composite con estructura blender (por arcada)	4.700,00 €
Prótesis sobre implantes de zirconio con estructura blender (por arcada)	5.900,00 €
Refuerzo de titanio para corona sobre implante	90,00 €
Técnica all on four (por pieza y sin implantes)	900,00 €
CIRUGÍA PREPROTÉSICA	
Extirpación de torus o exostosis (por cuadrante)	100,00 €
Vestibuloplastia (por cuadrante)	100,00 €
Regularización de bordes alveolares (una o varias)	50,00 €
ORTODONCIA	
Mantenedores de espacio fijo	100,00 €
Estudio y plan de tratamiento (incluye consultas, estudio, modelos y series fotográficas)	70,00 €
Revisión en fase de retención con aparatología (máx. 6 revisiones al año)	13,00 €

Precios convenidos

Revisión en periodos de latencia o descanso	13,00 €
Iniciación tratamiento, Aparatología fija, 2 arcadas	604,00 €
Iniciación tratamiento, Aparatología fija, 1 arcada	414,00 €
Mensualidad ortodoncia fija (incluye renovación de arcos y brackets)	48,00 €
Iniciación fase de retención, Aparatología fija o removible (por arcada)	115,00 €
Compostura aparato ortodoncia removible	34,00 €
Pérdida o rotura brackets o bandas (cada uno)	8,00 €
Suplemento brackets estéticos, cerámicos o zafiro (por arcada)	287,00 €
Suplemento brackets autoligables (por arcada)	230,00 €
Microtornillo o microimplante	121,00 €
Estudio y plan de tratamiento ortodoncia invisible Invisalign ②	400,00 €
Renovación por pérdida de alineador (unidad)	130,00 €
Tratamiento Invisalign Lite (hasta 14 alineadores), 1 arcada (tratamiento completo) ②	2.100,00 €
Tratamiento Invisalign Lite (hasta 14 alineadores), 2 arcadas (tratamiento completo) ②	2.920,00 €
Retenedor Vivera Invisalign, 1 arcada ②	300,00 €
Retenedor Vivera Invisalign, 2 arcadas ②	490,00 €
Tratamiento Invisalign Comprehensive (alineadores ilimitados), 2 arcadas (tratamiento completo) ②	4.100,00 €
Tratamiento Invisalign Moderate (hasta 20 alineadores), 1 arcada (tratamiento completo) ②	2.500,00 €
Tratamiento Invisalign Moderate (hasta 20 alineadores), 2 arcadas (tratamiento completo) ②	3.000,00 €
Tratamiento Invisalign Express (hasta 7 alineadores), 1 arcada (tratamiento completo) ②	1.100,00 €
Tratamiento Invisalign Express (hasta 7 alineadores), 2 arcadas (tratamiento completo) ②	1.400,00 €
Tratamiento Invisalign First (alineadores ilimitados), 1 arcada (tratamiento completo) ②	1.500,00 €
Tratamiento Invisalign First (alineadores ilimitados), 2 arcadas (tratamiento completo) ②	1.800,00 €

Tratamiento Invisalign Comprehensive fase 2 (alineadores ilimitados), 2 arcadas (tratamiento completo) ②	2.400,00 €
Set alineadores extra Invisalign / Spark ②	400,00 €
Estudio y plan de tratamiento ortodoncia invisible Spark ②	200,00 €
Tratamiento Spark Advanced (alineadores ilimitados), 1 arcada (tratamiento completo) ②	2.190,00 €
Tratamiento Spark Advanced (alineadores ilimitados), 2 arcadas (tratamiento completo) ②	3.475,00 €
Tratamiento Spark 20 (hasta 20 alineadores), 1 arcada (tratamiento completo) ②	1.685,00 €
Tratamiento Spark 20 (hasta 20 alineadores), 2 arcadas (tratamiento completo) ②	2.565,00 €
Tratamiento Spark 10 (hasta 10 alineadores), 1 arcada (tratamiento completo) ②	1.170,00 €
Tratamiento Spark 10 (hasta 10 alineadores), 2 arcadas (tratamiento completo) ②	1.500,00 €
Alineador individual Spark ②	78,00 €
Retirada de brackets (por arcada)	230,00 €
Tratamiento inteceptivo hasta 12 meses con aparatología fija o removible	1.380,00 €
Tratamiento inteceptivo hasta 18 meses con aparatología fija o removible	1.780,00 €
A.T.M. ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR	
Propuesta de tratamiento A.T.M. (máx. 1 al año)	SIN COSTE
Estudio y plan de tratamiento A.T.M. (incluye consultas, estudio y modelos)	50,00 €
Revisión de tratamiento A.T.M.	18,00 €
Férula de descarga blanda	37,00 €
Férula de descarga rígida tipo Michigan (incluye primer ajuste)	230,00 €
Tallado selectivo para A.T.M. (todos los cuadrantes)	50,00 €
Férula tratamiento apnea del sueño ②	700,00 €
Revisión periódica y ajuste férula tratamiento apnea del sueño ②	35,00 €

RADIOLOGÍA ESTOMATOLÓGICA	
Estudio cefalométrico ①	SIN COSTE
Ortopantomografía (panorámica dental) ①②	
Telerradiografía lateral de cráneo ①②	
Radiografías seriadas (6 placas) ①	
Radiografías, Series periapicales (12 placas) ①	
Escáner intraoral digital ②	60,00 €
TAC dental 1 arcada ②	80,00 €
TAC dental 2 arcadas ②	100,00 €

① Incluido como garantía básica.

② En servicios autorizados por la Cía.



24 horas a su servicio

Teléfono de información

918 365 365

900 822 822

Asistencia en Viaje

Prestaciones (24h)

915 811 823

900 814 400

Y desde el extranjero

(+34) 915 811 823

mapfre.es

