

Cuando solicitas un seguro la Compañía Aseguradora debe informarte, antes de que contrates la Póliza sobre:

Compañía Aseguradora

La Compañía Aseguradora que asume el compromiso de cubrir la asistencia sanitaria de acuerdo con las condiciones y límites establecidos en la Póliza es Aegon España, S.A.U. de Seguros y Reaseguros, en adelante **Aegon**, con domicilio social en Calle Vía de los Poblados, 3 - 28033 Madrid, inscrita en el Registro Mercantil de Madrid, Tomo 6258, Libro 0, Folio 171, Sección 8ª, Hoja M-102043, Inscripción 413ª - NIF A-15003619 inscrita en el Registro Administrativo de Entidades Aseguradoras de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones con la clave C0789.

Autoridad de control

El Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (Paseo de la Castellana, 44 - 28046 Madrid), es la autoridad encargada del control del ejercicio de la actividad aseguradora.

Modalidad de seguro

Aegon Salud Reembolso va dirigido, principalmente, a personas hasta los 67 años. Cubre asistencia médica ambulatoria y en régimen de ingreso hospitalario, urgencias ambulatorias y hospitalarias, medicina primaria, las especialidades médico-quirúrgicas detalladas más adelante, consultas, pruebas diagnósticas, tratamientos, y cirugías, todo ello mediante Cuadro Médico nacional concertado por Aegon dentro de los límites establecidos en la Póliza. Incluye cobertura de Asistencia en Viaje. Producto sin copago.

Además, cubre el reembolso del 80% de los gastos correspondientes a la asistencia sanitaria recibida de centros no incluidos en el Cuadro Médico de Aegon, con los límites que más adelante se establecen. Se puede contratar de forma voluntaria la garantía de Salud Dental, recogida en las condiciones de la Póliza.

El Asegurado tiene derecho a elegir médico libremente entre los incluidos para la prestación sanitaria concreta en el Cuadro Médico de Aegon correspondiente a su Póliza.

La prestación de asistencia sanitaria por medio del Cuadro Médico de Aegon, se realizará exclusivamente dentro de España.

Cuestionario de salud

El cuestionario de salud (también denominado Declaración de Salud) es un documento necesario para la valoración del riesgo que se realiza con carácter previo a la contratación de un seguro de salud. Los datos suministrados deben ser veraces, sin que exista ocultación de hechos. Se realiza telefónicamente por profesionales sanitarios o bien mediante formulario escrito.

Duración del contrato

El seguro tomará efecto en la fecha y hora indicadas en la Póliza, siempre que el Tomador haya pagado el primer recibo de prima, y tendrá una duración inicial hasta el 31 de diciembre del año en curso en el que haya entrado en vigor la Póliza. A la finalización del periodo inicial, se entenderá prorrogado automáticamente por periodos sucesivos de un año. No obstante, las partes pueden oponerse a la prórroga del contrato, mediante notificación escrita a la otra parte con un plazo de, al menos **1 mes** de anticipación a la conclusión del periodo en curso cuando quien se oponga sea el Tomador, y de **2 meses** cuando sea Aegon.

No obstante lo anterior, en aquellas Pólizas con antigüedad superior a 2 años, Aegon renuncia a su derecho de oposición a la prórroga para las siguientes anualidades, salvo en los supuestos de reserva o inexactitud, o de incumplimiento de obligaciones por parte del Tomador y/o Asegurado.

Causas de cancelación del contrato

Si la primera prima resulta impagada el contrato no entrará en vigor. En caso de falta de pago de una de las primas siguientes, las coberturas quedarán suspendidas una vez transcurrido un mes desde la fecha del impago y el contrato se extinguirá de acuerdo con la normativa legal.

El contrato se celebra en base a las declaraciones formuladas por el Tomador del seguro y el Asegurado o los Asegurados que motivan a la aceptación del riesgo por parte de Aegon, con la asunción, por su parte, de las obligaciones derivadas del contrato y de la fijación de la prima correspondiente.

Aegon podrá rescindir el contrato en el plazo de **1 mes** a contar desde el día en que tuvo conocimiento de que el Asegurado no contestó verazmente al cuestionario de salud al que fue sometido.

Durante la vigencia del contrato el Tomador deberá comunicar a Aegon aquellas circunstancias que agraven el riesgo, que en ningún caso serán cuestiones relativas a la salud o la edad de los Asegurados, sino los demás elementos de valoración del riesgo tenidos en cuenta al contratar la Póliza (la provincia de residencia).

Aegon a partir de la fecha en que tiene conocimiento de la agravación podrá realizar las siguientes actuaciones:

1. Modificar las condiciones de la Póliza comunicándolo por escrito al Tomador dentro de los **2 meses** siguientes al conocimiento de la agravación. A partir de la declaración de la agravación, el Tomador del seguro tiene un plazo máximo de **15 días** para rechazar esta propuesta, en cuyo caso Aegon podrá rescindir el contrato.
2. Anular el contrato comunicándolo por escrito al Tomador dentro del mes siguiente al conocimiento de la agravación, debiendo dar un plazo de **15 días** a la toma de efecto de la rescisión.

Descripción del producto: ¿Qué cubre este seguro?

a) Descripción de las coberturas incluidas

Este producto incluye las siguientes coberturas:

Urgencias ambulatorias y hospitalarias.

Medicina Primaria: Enfermería en consulta y a domicilio (A.T.S./ D.U.E.), consultas de medicina general (en consulta y a domicilio), pediatría y puericultura (incluye Neonatología).

Consultas, pruebas diagnósticas y los tratamientos realizados, siempre dentro de los límites establecidos en la Póliza, de las siguientes especialidades médico-quirúrgicas:

Alergología y Pruebas Alérgicas, Anestesiología y Reanimación, Angiología y Cirugía Vasculard, Aparato Digestivo, Cardiología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General y del Aparato Digestivo, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Pediátrica, Cirugía Plástica y Reparadora, Cirugía Torácica, Pulmonar y Mediastínica, Dermatología y Venereología, Endocrinología y Nutrición, Geriátrica, Hematología y Hemoterapia, Inmunología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología. Aparato respiratorio, Neurocirugía, Neurofisiología Clínica, Neurología, Obstetricia y Ginecología, Odontostomatología, Oftalmología, Oncología Médica, Oncología Radioterápica, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Rehabilitación, Reumatología, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Urología.

Alergología y Pruebas Alérgicas: Las vacunas serán por cuenta del Asegurado.

Angiología: Queda excluido el tratamiento esclerosante de varices con espuma o microespuma.

Cirugía Cardiovascular: Queda excluida la técnica de crioblación y las técnicas percutáneas para el recambio de válvulas cardíacas.

Cirugía Maxilofacial: Están excluidos los tratamientos propios de la especialidad de Odontostomatología, así como tratamientos estéticos y/o que tengan finalidad funcional del área bucodental del paciente, entre otros las cirugías ortognáticas, preimplantológicas y preprotésicas.

Cirugía Plástica y Reparadora: Está excluida la cirugía con fines estéticos, salvo la reconstrucción de la mama afectada tras mastectomía, que incluirá, en su caso, la prótesis mamaria y los expansores de piel.

Hematología: Incluye trasplantes autólogos tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica, exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica.

Nefrología: Incluye las técnicas de diálisis exclusivamente en procesos agudos. **Quedan excluidos los tratamientos crónicos de diálisis y hemodiálisis.**

Odontostomatología: Se encuentran cubiertas las curas estomatológicas, extracciones y una limpieza de boca por cada anualidad del seguro. A partir de la segunda limpieza dentro de la anualidad, será necesaria la prescripción médica.

Oftalmología: Incluye la fotocoagulación por láser exclusivamente para retinopatías isquémicas, edema macular, glaucoma y lesiones periféricas retinianas (agujeros o desgarros), el tratamiento del queratocono y la cirugía para el trasplante de córnea, **siendo la córnea a trasplantar por cuenta del Asegurado. Queda excluida la cirugía refractiva de cualquier tipo (para miopía, hipermetropía y astigmatismo).**

Oncología Médica y Radioterápica: Queda expresamente excluida cualquier medicación no específicamente citostática complementaria, incluso la quimioterapia paliativa.

Otorrinolaringología: Incluye la radiofrecuencia de cornetes y la cirugía mediante Láser CO₂.

Rehabilitación: Rehabilitación y fisioterapia, previa prescripción de un facultativo del Cuadro Médico de Aegon. Incluye la rehabilitación y fisioterapia dirigida al tratamiento de las lesiones agudas del aparato locomotor, la rehabilitación del suelo pélvico (exclusivamente para disfunciones producidas como consecuencia del embarazo y parto, cubiertos previamente por la Póliza) y la rehabilitación cardíaca (exclusivamente para recuperación inmediata en pacientes que hayan sufrido un infarto agudo de miocardio y/o cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, cubiertos previamente por la Póliza). **Quedan excluidos los tratamientos de fisioterapia y rehabilitación cuando haya conseguido la recuperación funcional, o el máximo posible de ésta, o cuando se convierta en terapia de mantenimiento ocupacional, así como la rehabilitación neuropsicológica o estimulación cognitiva.**

Urología: Incluye el uso del láser "verde" para el tratamiento quirúrgico de la hiperplasia benigna de próstata, así como el láser urológico en litiasis para casos seleccionados según tamaño del cálculo.

Los siguientes medios de diagnóstico:

Análisis Clínicos: Laboratorio con pruebas bioquímicas, enzimáticas y radioinmunoensayo, entre otros.

Aparato Digestivo: La prueba diagnóstica Fibroscan está cubierta, una vez al año por Asegurado, solo para evaluar la evolución del grado de fibrosis hepática en hepatopatías crónicas, **con exclusión de las que tienen alguna relación con el alcoholismo.**

Anatomía Patológica y Citología: Incluye la realización de dianas terapéuticas, previas a la administración de determinados fármacos, siempre que, en la ficha técnica de dicho fármaco, establecida por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, se exija su determinación. Se incluyen el test Oncotype DX y el análisis MammaPrint.

Cardiología: Cateterismos cardíacos, coronografía, ecocardiografía, electrocardiografía y pruebas de esfuerzo.

Endoscopias Bronquiales, Digestivas y Urológicas: En las pruebas digestivas se incluye el estudio mediante la cápsula endoscópica para el estudio del intestino delgado según protocolos médicos, así como la mucosectomía cuando se haya descartado la polipectomía convencional.

Estudios Genéticos: Comprende exclusivamente aquellos imprescindibles para el diagnóstico y/o para realizar las prescripciones del tratamiento en paciente afecto y sintomático. Incluye las pruebas genéticas que se indican dentro del apartado "Obstetricia y Ginecología".

Medicina Nuclear:

- Estudios nucleares con gammagrafías de hígado y vías biliares, tiroides, óseas, pulmonares y cerebrales.
- Tomografía por Emisión de Positrones (PET): Se cubre exclusivamente en los casos definidos, aceptados y reconocidos por el Sistema Nacional de Salud como práctica habitual. Se cubre además el PET Colina en los casos indicados en la ficha técnica de la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios).
- Los medios de contraste son por cuenta de Aegon. El PET/TC y PET son objeto de cobertura exclusivamente para las indicaciones autorizadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios con el Fármaco 18-fludesoxiglucosa (18-FDG).

Neurofisiología Clínica: Electroneurofisiología (electroencefalografía, electromiografía, potenciales evocados y polisomnografía).

Estudio mediante otoemisiones.

Obstetricia y Ginecología: Están incluidas las siguientes pruebas genéticas: cariotipo, factor V Leiden, mutación 20210 del gen de la protrombina y el test prenatal no invasivo Harmony 3, exclusivamente para el cribado prenatal de las anomalías cromosómicas fetales más frecuentes. Se prestará en los casos en los que exista un cribado combinado de primer trimestre de alto riesgo con resultado de riesgo mayor o igual a 1/250. **Queda limitado a un test por Asegurada y año.**

Técnicas de diagnóstico por la imagen:

- Radiología.
 - Convencional: Con o sin contraste.
 - Invasiva o intervencionista: Angiografía, arteriografías convencionales y arteriografías por técnicas digitales.
 - Biopsia de próstata guiada por fusión de imágenes: **Limitado a una biopsia por Asegurado y año.**
- Tomografía Axial Computarizada (TAC): Incluido el de 64 cortes.
 - Colono TAC: En aquellos casos en que está contraindicado el estudio endoscópico.
 - Colonografía por TAC: Exclusivamente como prueba complementaria a la fibrocolonoscopia por intolerancia o estenosis y en pacientes con problemas médicos que contraindiquen la práctica de fibrocolonoscopia convencional.
 - Coronografía por TAC: Exclusivamente para pacientes con enfermedad coronaria sintomática con prueba de esfuerzo no concluyente, en cirugías de recambio valvular y en valoración de estenosis tras cirugía de by-pass coronario y en malformaciones del árbol coronario, no incluyendo bajo ninguna circunstancia la valoración de estenosis tras implantación de Stent, la utilización para cuantificación del calcio en arterias coronarias y su utilización como prueba diagnóstica de screening.
- Densitometría ósea.
- Punciones y aspiraciones de órganos.
- Eco-doppler.
- Mamografía.
- Resonancia Nuclear Magnética (RNM).
- Ecografías.

Los siguientes tratamientos especiales:

Balón intragástrico: Sólo en casos de obesidad mórbida según protocolos médicos.

Drenaje linfático postmastectomía. Fotovaporización prostática con láser verde.

Hemodiálisis: Sólo para procesos agudos durante el ingreso hospitalario en UVI.

Litotricia extracorpórea (tratamiento de cálculos): Urinarios por ondas de choque.

Logopedia: Exclusivamente si es necesaria tras una intervención quirúrgica amparada por la Póliza.

Malla-obturadores incontinencia: En cirugía de la incontinencia. Cubre las mallas TOP y TVP con un **reembolso de 90% del coste de las mismas con un límite de 300€ por Asegurado y año.**

Monitorización intraoperatoria: Monitorización de nervios durante las intervenciones quirúrgicas de las zonas con recorrido nervioso adyacente. En caso de cirugía de la columna se aceptará cuando la intervención afecte a un mínimo de 3 niveles. Esta garantía se cubrirá con modalidad de reembolso con un **límite de 600€ por Asegurado y año.**

Oxigenoterapia, ventiloterapia y aerosoles a domicilio: Exclusivamente para aquellos pacientes crónicos que requieran tratamiento con oxígeno durante al menos 16 horas al día.

Prótesis: Se cubre exclusivamente las enumeradas a continuación, en las coberturas y marcas prescritas autorizadas por Aegon y serán suministradas siempre por las empresas designadas por Aegon:

- Lente intraocular monofocal cuando sea precisa en intervenciones de cataratas en régimen ambulatorio o de hospitalización si fuera precisa, siendo su coste a cargo de Aegon en la marca y modelo aceptadas y autorizadas por éste.
- Marcapasos.
- Malla cuando sea precisa en intervenciones de hernia abdominal.
- Prótesis de by-pass vascular.
- Prótesis internas traumatológicas, así como los tornillos y placas de fijación interna.
- Prótesis testicular: realización de un implante cuando ha habido extirpación de ambos testículos en caso de orquiectomía oncológica.
- Prótesis ureteral: pequeño tubo de malla metálica o plástico que dilata el uréter para que pueda pasar la orina.
- Stent: Endoprótesis vascular autoexpandible de pequeño tamaño utilizada para mantener abierta una estructura vascular.
- Válvulas cardíacas.

- Desfibrilador automático implantable: Aparato destinado a contrarrestar la fibrilación auricular y ventricular. Aegon se hace cargo del coste del desfibrilador automático implantable **hasta un límite de 3.000 euros por dispositivo, Asegurado y año.**

Rehabilitación cardíaca en caso de infarto.

Reconstrucción de ambas mamas tras mastectomía, incluida contralateral.

Rehabilitación del suelo pélvico: La técnica rehabilitadora para la incontinencia urinaria sólo tras intervención quirúrgica o parto, cubiertos previamente por la Póliza.

Tratamiento oncológico:

- Quimioterapia: La prescripción del tratamiento deberá ser siempre realizada por el especialista en Oncología Médica que esté encargado de la asistencia al enfermo. Los tratamientos quedan cubiertos por la Póliza, siempre que deban aplicarse en centro asistencial concertado, tanto en régimen de Unidad de Día Oncológica, como en ingreso cuando éste fuera necesario. Por lo que se refiere a los medicamentos, Aegon sólo correrá con los gastos correspondientes a los productos farmacéuticos específicamente citostáticos, siempre que estos deban suministrarse en régimen de hospitalización, que se expendan en el mercado nacional y estén debidamente autorizados por el Ministerio de Sanidad, en las indicaciones que figuran en la ficha técnica del producto y cuya administración sea por vía parenteral, en tantos ciclos como sea necesario. Quedan incluidos los reservorios implantables de perfusión endovenosa utilizados en quimioterapia. **El ingreso para la administración oral de estos medicamentos no queda cubierto. Queda expresamente excluida cualquier otra medicación no específicamente citostática complementaria, incluso la quimioterapia paliativa.**
- Radioterapia en régimen ambulatorio o con hospitalización médica si fuera precisa: Incluyendo la de intensidad modulada, la braquiterapia en casos de tumores prostáticos, acelerador lineal, la radioneurocirugía cuando exista indicación expresa y demuestre su eficacia comparada con otras técnicas alternativas.

Transfusiones de sangre y/o plasma: Únicamente en el centro médico.

Trasplantes: Incluye trasplantes autólogos tanto de médula ósea como de células progenitoras de sangre periférica exclusivamente para tratamientos de tumores de estirpe hematológica. También se incluye el trasplante de córnea, **siendo el coste de ésta por cuenta del Asegurado. No se incluyen el resto de los trasplantes al encontrarse regulados por la Organización Nacional de Trasplantes, cuya prestación deberá realizarse por la Sanidad Pública.**

Tratamiento del dolor oncológico: Incluye exclusivamente los reservorios implantables tipo port-a-cath. **De forma expresa se excluyen los electrodos de estimulación medular y las bombas implantables para la infusión de medicamentos.**

Utilización de neuronavegador en neurocirugía.

Ondas de choque: Es una técnica de rehabilitación física cuya finalidad es tratar calcificaciones ligamentosas post inmovilización. **Quedan cubiertas hasta 10 sesiones por lesión.**

Cirugía radiofrecuencia ORL: Técnica quirúrgica aplicable en ORL (Otorrinolaringológicos) utilizados en los procesos de cirugía de cornetes, amigdalectomía y uvulopalatoplastias, **quedando excluido el resto de sus aplicaciones y, explícitamente en la cirugía del ronquido.**

Revisión médica para la renovación u obtención del permiso de conducir: Reconocimiento médico necesario para la obtención o renovación del permiso de conducir para carnet de tipo B, según legislación aplicable. También se incluye en aquellos casos en los que por robo o extravío del permiso de conducir sea necesario un nuevo reconocimiento o que por la edad o enfermedad del Asegurado sea necesario en un plazo inferior a los 5 años previstos en la cobertura inicial. **Esta cobertura no incluye el coste de las tasas aplicables.**

Cirugía percutánea del Hallux Valgus: Técnica quirúrgica aplicable en traumatología utilizada en los procesos de Hallux Valgus (comúnmente conocidos como juanetes), realizados por especialistas en traumatología del Cuadro de la Compañía, **quedando excluido el resto de las aplicaciones.**

Sistema quirúrgico Da Vinci: Cirugía asistida por ordenador exclusivamente en la Prostatectomía. El Asegurado deberá abonar una franquicia de **7.500,00€** al centro médico por el uso del ordenador Sistema quirúrgico Da Vinci; siendo por cuenta de Aegon el resto del coste. **Queda limitado a un uso por Asegurado y vida de la Póliza.**

Láser Holmio: láser rojo utilizado en intervenciones de hipertrofia prostática sintomática. **Queda limitado a un uso por Asegurado y año.**

Sistema Carto: para el mapeo del sistema de conducción eléctrica cardíaco previo a la ablación de vías cardíacas aberrantes o accesorias. **Queda limitado a un uso por Asegurado y año.**

Crioablación: Nueva técnica avanzada para el tratamiento de ciertas arritmias.

Cirugía de varices MMII-Láser endovascular: Cirugía para la insuficiencia venosa crónica con edema y varices tronculares. **Queda excluida esta técnica por temas estéticos. Se requiere siempre informe médico con especificación de grado mayor o igual a 4 según la CEAP.**

Mastectomía Preventiva: Extirpación del seno sano contralateral a Aseguradas con cáncer de mama previo diagnosticado, autorizado e intervenido por Aegon. Queda incluida la prótesis de mama.

Epiluminiscencia: Dermatoscopia digitalizada. Técnica diagnóstica, no invasiva, para el estudio de ciertas lesiones cutáneas. **Se cubre una prueba cada 2 años.**

PET PSMA: Técnica que permite detectar si el cáncer de próstata se diseminó a otras partes del cuerpo.

Hemorroides por láser: Acto terapéutico, ambulante, para el tratamiento de las hemorroides sin necesidad de ingreso ni anestesia y que evita el dolor. Para hemorroides sintomáticas, grado II/III, con mínimo/moderado prolapso.

Láser para patología proctológica: Técnica quirúrgica para el tratamiento de fístulas, quistes pilonidales, fisuras, quistes sacros y condilomas, exclusivamente en los casos que requiera tratamiento quirúrgico y la técnica a utilizar más adecuada sea por medio de cirugía con láser.

Los siguientes tipos de Hospitalización y Cirugía:

Cualquier tipo de hospitalización se realizará en clínica u hospital designado por Aegon. Para ello será necesaria la previa prescripción de un especialista concertado y autorización escrita de ésta. La hospitalización se hará siempre en habitación individual que dispondrá de cama para el acompañante excepto en las hospitalizaciones psiquiátricas, en UVI y neonatológicas, y serán por cuenta de Aegon los gastos derivados de la realización de los métodos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos quirúrgicos (incluidos gastos de quirófano), medicamentos y estancias con la manutención del enfermo, comprendidos en la cobertura de la Póliza.

En esta cobertura la asistencia se prestará a través de:

Hospitalización médica: Hospitalización médica sin intervención quirúrgica. Incluye las distintas especialidades médicas para el diagnóstico y/o tratamiento de las patologías médicas susceptibles de ingreso.

Hospitalización psiquiátrica: Se cubre sólo el ingreso de enfermos para procesos agudos y para brotes agudos de procesos crónicos exclusivamente, cuando proceda por indicación del psiquiatra del Cuadro Médico de Aegon. En este caso la duración de la estancia se estipulará según criterio médico, **con un límite máximo de cobertura de 50 días al año por Asegurado.**

Hospitalización quirúrgica: Incluye las especialidades quirúrgicas para el tratamiento de las patologías que así lo requieran, el estudio preoperatorio o preanestésico (consulta, analítica y electrocardiograma), las visitas y curas del postoperatorio inmediato, la cirugía mayor ambulatoria, y en su caso los implantes quirúrgicos y prótesis.

Hospitalización pediátrica: Para menores de 14 años. Incluye la asistencia por motivo de intervención quirúrgica o enfermedad médica tanto en hospitalización convencional como en unidades de neonatología (cuidados intensivos y/o cuidados intermedios).

Hospitalización de día: Tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos quimioterápicos en Oncología. Comprende los gastos de estancia, la medicación y los medios de diagnósticos utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

Tratamiento en unidades de cuidados intensivos: Hospitalización en UVI.

Maternidad y recién nacidos: Cubre los gastos derivados de la maternidad (embarazo y parto o cesárea) y cualquier tipo de asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria derivados de:

- Parto o cesárea: Incluye el tratamiento del ginecólogo obstetra y/o la matrona en ingreso hospitalario durante el proceso de embarazo y/o parto; y el nido y/o la incubadora para el recién nacido durante su internamiento hospitalario.
- Preparación al parto: Asistencia impartida en cursos de preparación que incluye los ejercicios físicos de relajación y de simulación de los periodos de dilatación y expulsión al parto.
- Tocología.

También incluye las siguientes coberturas adicionales:

- La anestesia epidural.
- El neonato queda amparado por las garantías de la Póliza de la madre durante sus primeros **30 días naturales de vida**, siempre que el parto se haya prestado dentro de la cobertura de la Póliza. En caso de que el parto haya sido autorizado y realizado por medios de la Compañía, podrán ser incluidos en la Póliza de la madre con la misma cobertura sin aplicación de carencias y cubriendo las enfermedades congénitas y demás enfermedades preexistentes, para lo cual el Tomador deberá comunicar a Aegon el nacimiento en los **30 días naturales siguientes**, cumplimentando una Solicitud de seguro.

Transcurrido el periodo de **30 días** tras el nacimiento, si el neonato no ha sido dado de alta en la Póliza, cualquier solicitud de inclusión posterior requerirá de declaración de salud, aplicará carencias y estará sujeto a las normas de contratación de Aegon.

- Amniocentesis precoz en embarazo de riesgo y previa autorización de Aegon, siempre que sea prescrita por un médico.

Coberturas de contratación opcional:

Salud Dental: Proporciona acceso a los servicios odontológicos de las clínicas recogidas en el Cuadro Dental que se encuentre en vigor en el momento de realizarse la asistencia. El Asegurado en función del servicio deberá abonar el importe que figure en la tabla de Franquicias Dentales directamente al centro o profesional que realice la prestación sanitaria. Esta tabla podrá consultarla a través de la Guía del Asegurado, la web www.aegon.es y en su Área Privada.

Las siguientes coberturas adicionales:

Accidentes de tráfico y Accidentes laborales; Ambulancia; Fisioterapia; Garantía de Segunda Opinión Médica; Medicina preventiva; Obstetricia y Ginecología: estudio y tratamiento de la infertilidad, planificación familiar; Odontoestomatología; Podología; Psicología; Traumatología.

Asistencia en Viaje: Aegon te proporciona cobertura sanitaria en el extranjero si a consecuencia de una enfermedad o de un accidente, cubierto por la Póliza y sobrevenido durante el viaje, el Asegurado necesita asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica u hospitalaria. **El viaje o desplazamiento no podrá exceder de los 90 días.**

Cobertura de Reembolso: Se reembolsará al Asegurado los gastos correspondientes a la asistencia sanitaria recibida en un hospital o clínica y/o de facultativos no incluidos en el Cuadro Médico de Aegon, siempre que dicha asistencia esté comprendida en alguna cobertura garantizada en la Póliza. El 20% restante correrá a cargo del Asegurado.

Aegon, en concepto de reembolso de gastos por la asistencia sanitaria que, cubierta por la Póliza, hubiera recibido el Asegurado, abonará una cantidad equivalente al 80% de dichos gastos, y siempre con **un máximo de 150.000 € por Asegurado y anualidad de seguro.**

El pago se realizará siempre en Euros. Las facturas presentadas en otras divisas serán valoradas al cambio aplicable en la fecha de recepción de la documentación.

La cantidad que Aegon tendrá que abonar en aplicación del porcentaje citado, no excederá de los límites que a continuación se establecen:

Límites anuales de reembolso por Asegurado

Porcentaje de reembolso		Asistencia ambulatoria	
En España	80%	Medicina primaria	40.000€/año
En el extranjero	80%	Especialidades	(Incluyen pruebas y actos en consulta)
Cirugías		Tratamientos especiales	
Cirugía ambulatoria y menor (Grupo 0,1 y 2)	40.000€/año (Límite total para el conjunto de todas la cirugías)	Acelerador lineal de partículas	3.100 €/año
Cirugía media (Grupo 3 y 4)		Bomba de cobalto	2.500 €/año
Cirugía mayor (Grupo 5, 6 y 7)		Cirugía cerebral exteroaléptica tumoral	6.650 €/año
Gran cirugía (Grupo 8)		Quimioterapia	6.000 €/año
Asistencia hospitalaria		Litotricia renal	970 €/año
Sin cirugía	100€/día	Diálisis (todo incluido)	1.000 €/año
Prótesis	3.500€/año	Otros tratamientos especiales	1.000 €/año
Otros gastos hospitalarios:		Otras prestaciones	
Hospital	1.000€/día	Odontoestomatología	365 €/año
UVI	1.300 €/día	Rehabilitación y fisioterapia	1.500 €/año
Hospital día	500 €/tratamiento	Psicoterapia	1.500 €/año
Otros gastos	1.000 €/día	Psicoterapia (trastornos alimentarios)	3.000 €/año
Trasplantes:		Ambulancia	1.200 €/año
Trasplante autólogo de médula ósea	90.000€/año	Podología	200 €/año
Trasplante de córnea	10.000€/año	Preparación al Parto	100 €/año
Asistencia al parto			
	5.000 €/año		
Enfermedades congénitas del recién nacido			
	8.000€/año		

Estos límites se corresponden a la cobertura de una anualidad completa, y son proporcionales a la duración de la Póliza desde la fecha de efecto hasta su primer vencimiento el 31 de diciembre.

La clasificación de los grupos de cirugía que integran el baremo se ha elaborado de acuerdo a la agrupación de intervenciones quirúrgicas (Grupo 05, subgrupos 0 a 8) realizadas por la Organización Médico Colegial Española que podrá consultar en la página web <http://www.cgcom.es/nomenclator>, e incluyen los honorarios de cirujanos, anestelistas y ayudantes. Por consiguiente, la indemnización se realizará atendiendo a las Franquicias pactadas y a los límites establecidos en función de la catalogación de la intervención quirúrgica en el grupo correspondiente.

En el caso de intervenciones quirúrgicas que no figuren en el baremo se indemnizará por analogía a las que en él consten con otras u otras que requieran tiempo y habilidad quirúrgica semejante.

El Asegurado tiene derecho a que se le reembolse, con los límites señalados, todas las coberturas indicadas en el apartado “¿Qué cubre este seguro?” **(excepto en la cobertura de Asistencia en Viaje).**

Para tener derecho al citado Reembolso de gastos sanitarios será necesario la presentación de los siguientes documentos en un plazo máximo de 2 meses desde su realización:

- La Solicitud de reembolso de gastos debidamente cumplimentada.
- Justificantes de la(s) factura(s) emitida(s) por un médico especialista o un centro sanitario, debidamente autorizados para ejercer su actividad sanitaria por la autoridad gubernativa correspondiente. En caso de que se presenten facturas en un idioma diferente al inglés o castellano será necesaria su traducción, cuyo coste será por cuenta del Asegurado. Le recomendamos que conserve una copia de la(s) misma(s) hasta que se realice el reembolso. Deben constar los siguientes datos:
 - Nombre y apellidos o razón social, NIF, domicilio social del médico o centro sanitario que emite la factura y número de colegiado, del profesional realizador de la prestación.
 - Número de la factura y fecha de la misma.
 - Nombre y apellidos del Asegurado a quien se le ha prestado la asistencia.
 - Fecha de la asistencia.
 - Desglose detallado de cada asistencia prestada (concepto, fecha e importe).
 - Importe total de la factura (de esta cantidad se reembolsará el importe correspondiente según las condiciones de la Póliza).
- Informe médico.
- Acreditación del pago de la(s) factura(s).
- Toda documentación adicional que precise Aegon al objeto de verificar los antecedentes y la fecha de origen de cualquier tipo de prestación.

Una vez recibido el aviso de siniestro, Aegon podrá disponer que sus médicos o empleados visiten al Asegurado las veces necesarias, siempre que resulte justificable y se respete la intimidad del Asegurado. Estas visitas deberán ser permitidas, así como cualquier averiguación, comprobación o información que resulte necesaria sobre el estado de salud del Asegurado.

El Asegurado puede consultar el procedimiento completo para el reembolso de gastos en la Guía del Asegurado o a través de los teléfonos **91 563 20 00** o **90 015 90 00**.

b) Periodos de carencia

Es el periodo de tiempo, contado a partir de la entrada en vigor de la Póliza, durante el cual el Asegurado no tiene derecho a las prestaciones que se derivan del seguro para ciertas especialidades.

Todas las prestaciones cubiertas en este seguro serán facilitadas desde la fecha de efecto de la Póliza, **excepto las siguientes, que no quedarán cubiertas hasta que transcurran los periodos de carencia que se detallan:**

Periodo de carencia de 3 meses: Podología.

Periodo de carencia de 6 meses: Las prótesis cubiertas, la hospitalización por cualquier motivo y naturaleza y, en caso de estar garantizados, la radioterapia en cualquiera de sus formas, isótopos radioactivos, biopsia de próstata guiada por fusión de imágenes, Tomografía Axial Computarizada TAC, Colono TAC, Resonancia Nuclear Magnética (RNM), hemodiálisis, litotricia, laserterapia, láser

uroológico, arteriografía digital, Tomografía por Emisión de Positrones (PET), PET Colina, PET PSMA, cápsula endoscópica, tratamiento del dolor, radioterapia de intensidad modulada, drenaje linfático postmastectomía, rehabilitación cardíaca postcirugía, rehabilitación suelo pélvico, mucosectomía, monitorización intraoperatoria, malla-obturadores incontinencia, estudio mediante otoemisiones, psicología, amniocentesis precoz en embarazo de riesgo, ondas de choque, estudios genéticos, dianas terapéuticas, Fibroscan, cualquier tipo de cirugía, todo tipo de endoscopias, reconocimiento médico necesario para la obtención o renovación del permiso de conducir para carnet tipo B, las patologías cardíacas y/o psiquiátricas aunque fueran calificadas de origen accidental por los órganos administrativos o judiciales, mastectomía preventiva, Epiluminiscencia (Dermatoscopia digitalizada), hemorroides por láser, láser para patología proctológica y psicoterapia para trastornos de la conducta alimentaria.

Periodo de carencia de 8 meses: La asistencia a partos, la preparación al parto y el test prenatal no invasivo Harmony 3. Este plazo de carencia no podrá aplicarse en los casos en que se produzca un parto prematuro, cuando la fecha inicial prevista del parto se produzca un parto prematuro, cuando la fecha inicial prevista del parto se encontrase fuera del periodo de carencia.

Periodo de Carencia de 12 meses: El balón intragástrico, la fotovaporización prostática con láser verde, los trasplantes, la planificación familiar, el estudio y diagnóstico de la esterilidad o infertilidad, el Sistema quirúrgico Da Vinci, el Láser Holmio y el Sistema Carto.

Periodo de Carencia de 48 meses: El tratamiento de la infertilidad.

No se aplicarán los periodos de carencia previstos anteriormente en los casos de intervenciones quirúrgicas de urgencia vital y accidentes.

c) Exclusiones de cobertura

1. Las prestaciones sanitarias derivadas de epidemias declaradas oficialmente.
2. La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de las lesiones producidas durante la práctica de actividades de alto riesgo como el torero y encierro de reses bravas, de la práctica de deportes peligrosos, tales como elsubmarinismo, espeleología, boxeo, artes marciales, escalada, rugby, parapente, carreras de vehículos a motor, conducción de quads, actividades aéreas no autorizadas para el transporte público de viajeros, actividades deportivas de navegación o en aguas bravas, puenting, barranquismo, esquí fuera de pista; la asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de lesiones producidas durante la práctica profesional de cualquier deporte.
3. La asistencia sanitaria que se precise como consecuencia de los daños producidos por explotaciones nucleares o radioactivas que guarden relación directa o indirecta con radiación nuclear o contaminación radiactiva, así como los producidos por contacto con sustancias radioactivas o nucleares.
4. Hechos producidos por guerra, invasión, hostilidades, terrorismo e insurrecciones; los provocados por hechos de la naturaleza tales como terremotos, maremotos, corrimientos de tierra, movimientos sísmicos, erupciones volcánicas y cualquier otro fenómeno sísmico o meteorológico similar de carácter catastrófico o extraordinario.
5. Las enfermedades preexistentes, accidentes y cualquier proceso sufrido o que nazca con anterioridad a la entrada en vigor del seguro, así como las secuelas de estos hechos, que fueran conocidos por el Asegurado y éste no los hubiera declarado en el cuestionario de salud al que Aegon le ha sometido, así como los que sí haya declarado y hayan sido expresamente excluidos de cobertura por Aegon en las condiciones de la Póliza.
6. Las anomalías congénitas, invalideces físicas o mentales o imperfecciones físicas existentes con anterioridad a la entrada en vigor del seguro, así como las secuelas de estos hechos, cuando fueran conocidos por el Asegurado y éste no los hubiera declarado en el cuestionario de salud que Aegon le haya realizado, así como los que sí haya declarado en el cuestionario y hayan sido expresamente excluidos de cobertura por Aegon en las condiciones de la Póliza. Esta exclusión no afectará a los Asegurados incluidos en la Póliza desde su nacimiento, conforme al apartado de cobertura "Maternidad y Recién nacidos".
7. Los tratamientos de cirugía estética, plástica o reparadora, salvo las operaciones de esta naturaleza que sean necesarias como consecuencia de un accidente o intervención quirúrgica cubiertos por la Póliza.
8. La corrección quirúrgica (o mediante tecnología Láser) de la miopía, hipermetropía y astigmatismo, así como la presbicia.
9. Los tratamientos para adelgazar de cualquier tipo y originados por cualquier circunstancia, específicamente queda excluida la cirugía bariátrica.
10. Los reconocimientos médicos de carácter preventivo salvo los expresamente indicados en el apartado "¿Qué cubre este seguro?".

11. Los procedimientos terapéuticos y cualquier tipo de tratamiento derivados de cualquier tipo de esterilidad o infertilidad en ambos sexos, excepto los incluidos expresamente en las coberturas, así como todo tratamiento de la impotencia y disfunción eréctil, salvo pacto expreso en contrario.
12. Prestaciones sanitarias relacionadas con el alcoholismo, la toxicomanía y la drogadicción, así como enfermedades o accidentes o curas de reposo debidas a ellos.
13. Diálisis y riñón artificial en afecciones crónicas.
14. Está expresamente excluida la interrupción voluntaria del embarazo así como sus secuelas o consecuencias.
15. Las alteraciones de la salud provocadas intencionadamente por el Asegurado, por tentativa de suicidio, mutilaciones voluntarias y los derivados de actos delictivos cometidos por el Asegurado, así como en apuestas, desafíos, riñas y actos notoriamente peligrosos, salvo que se realicen en legítima defensa o salvamento.
16. Las prótesis y material implantable salvo los expresamente cubiertos conforme a lo establecido en la Póliza. Quedan excluidos, cualquier prótesis externa, cualquier tipo de material ortopédico, fijadores externos, materiales biológicos o sintéticos, injertos, endoprótesis aórticas, conductos valvulados, bombas implantables para infusión de medicamentos, los coils, electrodos de estimulación medular y el corazón artificial.
17. Los procedimientos diagnósticos o terapéuticos no incluidos expresamente en la Póliza.
18. Cualquier tratamiento o prueba diagnóstica cuya utilidad o eficacia no esté contrastada científicamente o sean considerados de carácter experimental o no hayan sido ratificados por las Agencias Españolas de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
19. Las endodoncias, las obturaciones, colocación de prótesis dentales, ortodoncias, periodoncias e implantes, así como otros tratamientos odontológicos, salvo los expresamente incluidos en las condiciones de la Póliza, así como los amparados en la cobertura de Salud Dental (si está contratada en la Póliza por el Tomador), excluyéndose en todo caso las asistencias anteriormente referidas si fueran prestadas por un cirujano maxilofacial.
20. Los productos y tratamientos farmacéuticos y la medicación en general fuera del régimen de hospitalización (excepto la quimioterapia administrada en los centros concertados que se encuentra amparada en los términos y con la delimitación establecida en la Póliza), todo tipo de vacunas y productos de parafarmacia.
21. Cirugía de cambio de sexo.
22. Medicinas alternativas, homeopatía, hidroterapia, magnetoterapia, naturopatía, ozonoterapia, presoterapia, quiropraxia y todas aquellas no reconocidas por el Sistema Nacional de Salud.
23. La rehabilitación y fisioterapia que no esté dirigida al tratamiento de las lesiones agudas del aparato locomotor. En Rehabilitación queda excluida la rehabilitación neurológica y la rehabilitación en procesos crónicos y degenerativos, excepto las expresamente especificadas en la cobertura de la Póliza.
24. Todo procedimiento diagnóstico o terapéutico de índole genético o molecular excepto lo explícitamente cubierto. Quedan excluidos expresamente los análisis para saber predisposición a enfermedades genéticas, estudios de farmacogenética y mapas de tumores, excepto los expresamente especificados en la cobertura de la Póliza.
25. La cirugía robótica, para cualquier especialidad médica o quirúrgica y sea cual sea la técnica robótica utilizada, salvo los supuestos indicados en el apartado "Tratamientos especiales".
26. El uso del láser como procedimiento terapéutico, excepto las técnicas expresamente especificadas en la cobertura de la Póliza.
27. Queda excluida la Cirugía de varices MMII-Láser endovascular por temas estéticos.
28. Cualquier asistencia o enfermedad que haya sido prestada a través del Sistema Público de Salud, por cualquier mutualidad de accidentes de trabajo, centro sanitario, o profesional médico privado distintos de los concertados en el Cuadro Médico por Aegon para cada prestación asegurada.
29. Cualquier servicio de ambulancia, UVI móvil y cualquier otro tipo de transporte de enfermos o accidentados prestado por los servicios públicos de salud u otros servicios privados distintos de los expresamente concertados por Aegon que figuran en su Cuadro Médico.
30. Los trasplantes de órganos, salvo los expresamente cubiertos por alguna de las garantías y así se indique en la misma.

31. No queda cubierta ningún tipo de cirugía sobre el no nacido.
32. Tratamientos con plasma rico en plaquetas o en factores de crecimiento.
33. La terapia educativa, educación del lenguaje en procesos sin patología orgánica o la educación especial para enfermos con afección psíquica.
34. La hospitalización cuando exista alta hospitalaria por los médicos que atienden al Asegurado.
35. Cualquier tipo de servicio relacionado con: Patologías o tratamientos no cubiertos, así como complicaciones que se deriven de éstos. Las determinaciones del mapa genético, que tienen como finalidad conocer la predisposición del Asegurado o de su ascendencia o descendencia presente o futura a padecer todas las enfermedades relacionadas con alteraciones genéticas. También quedan expresamente excluidos los mapas genéticos de tumores y la farmacogenética.
36. Todas las exclusiones recogidas a lo largo de las condiciones de la Póliza en la descripción y delimitación de las diferentes garantías aseguradas.
37. La medicina primaria, especialidades médicas y quirúrgicas, los medios de diagnóstico, los tratamientos especiales, la hospitalización y/o cirugía, la cobertura de maternidad y recién nacidos y los servicios complementarios no incluidos expresamente en el apartado "¿Qué cubre este seguro?" o en algún otro apartado de la Póliza.

Los riesgos excluidos por garantías son los siguientes:

Especialidades médicas:

- En Alergología y Pruebas Alérgicas no se cubren las vacunas, son a cargo del Asegurado.
- En Cirugía Maxilofacial están excluidos los tratamientos propios de la especialidad de Odontología, así como tratamientos estéticos y/o que tengan finalidad funcional del área bucodental del paciente, entre otros las cirugías ortognáticas, preimplantológicas y preprotésicas.
- En Psiquiatría está excluido el tratamiento psicoterápico. Se entiende por tratamiento psicoterápico cualquier tratamiento psiquiátrico no farmacológico realizado por psiquiatras en sesiones individuales. Queda expresamente excluida la terapia por psicoanálisis.
- En Traumatología se excluye la nucleotomía percutánea.

Medios de diagnóstico:

- En Obstetricia y Ginecología estará excluida cualquier otra prueba genética distinta de las ya mencionadas en el apartado "¿Qué cubre este seguro?".
- La Tomografía Axial Computarizada (TAC) está excluida para valoración de estenosis coronaria tras la implantación de un Stent coronario y el Score Cálculo.

Tratamientos especiales:

- En válvulas cardíacas queda excluida la técnica de crioblación y las técnicas percutáneas para el recambio de válvulas cardíacas.
- En la Hemodiálisis quedan excluidas todas las afecciones renales de carácter crónico.
- En Logopedia queda excluido cualquier tratamiento que no derive de una intervención quirúrgica cubierta por esta Póliza.
- En la Quimioterapia en régimen ambulatorio o con hospitalización médica si fuera precisa quedarán excluidos en todo caso los perfiles moleculares para tratamientos oncológicos personalizados (dianas terapéuticas) excepto en los casos expresamente indicados. Quedan excluidos los medicamentos o fármacos citostáticos orales y los medicamentos coadyuvantes fuera del régimen de hospitalización. Tampoco quedan cubiertos los ingresos cuyo único fin sea la administración de medicación citostática oral. La medicación de uso compasivo no queda cubierta. Se excluye expresamente la medicación complementaria, paliativa o no.
- En Trasplantes no se incluyen los regulados por la Organización Nacional de Trasplantes, y su prestación deberá realizarse por la Sanidad Pública.

Coberturas adicionales:

- En **Psicología** se excluyen las terapias no individuales, el psicoanálisis, la terapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia y los servicios de rehabilitación psicosocial o neuropsiquiátrica.

Asistencia en viaje:

- Las garantías y prestaciones que no hayan sido solicitadas a Aegon y que no hayan sido efectuadas con o por su acuerdo, salvo en casos de fuerza mayor o de imposibilidad material demostradas. En caso de siniestro, en el que por causa de fuerza mayor la persona asegurada reclame el reembolso de los gastos incurridos. Éste deberá comunicarlo en el plazo máximo de 30 días. En caso contrario, Aegon quedará liberado de cualquier obligación.
- Aquellas enfermedades o lesiones que se produzcan como consecuencia de padecimientos crónicos o previos al inicio del viaje, así como sus complicaciones y recaídas. Sí estará cubierto el transporte o repatriación sanitaria, así como asistencia sanitaria de urgencia vital.
- Cualquier tipo de gasto médico o farmacéutico inferior a 9,02 €.
- Los gastos médicos, quirúrgicos y de hospitalización en España.
- Los gastos médicos, odontológicos, quirúrgicos, de hospitalización y de prolongación de estancia en un hotel en España y en el país de residencia habitual del Asegurado.

Coberturas opcionales:

- En Salud Dental se excluye la medicación y cualquier otro tipo de prestación o asistencia sanitaria que no figure o esté expresamente incluida en las Franquicias Dentales.

d) Condiciones, plazos y vencimiento de las primas

1. Domiciliación y fraccionamiento del pago:

El pago de la prima se puede realizar con periodicidad mensual, trimestral, semestral o anual, a través de domiciliación bancaria en la cuenta corriente, titularidad del Tomador, expresamente indicada en las Condiciones Particulares de la Póliza.

Son de aplicación los siguientes recargos de pago fraccionado: mensual 6,4%, trimestral 4,3% y semestral 2%.

2. Forma de pago:

La prima es anual e indivisible, pudiendo pactar las partes su forma de pago fraccionado.

3. Importe de los recibos:

A partir de la fecha de renovación de la Póliza (31 de diciembre) el importe de la prima podrá ser actualizado en función de que se produzcan cambios en la provincia de residencia, la edad de cada Asegurado, los costes anuales de los servicios asegurados prestados por hospitales y médicos, el comportamiento de la siniestralidad durante la vigencia de la Póliza, el número de Asegurados y las garantías de Reembolso de gastos.

Esta modificación se comunicará al Tomador del seguro, como mínimo 2 meses antes del vencimiento de la Póliza, para que tenga conocimiento del importe de la prima que pagará al siguiente año.

4. Tramos de edad aplicables a la tarifa:

Se aplicará la edad actuarial del Asegurado en el momento de la contratación siendo esta la edad del cumpleaños más próximo, se haya alcanzado o no, de manera que toda persona que haya cumplido años dentro de un período menor de seis meses tiene como edad actuarial su edad cumplida, y toda persona cuyo cumpleaños haya sido hace más de seis meses tiene como edad actuarial la próxima edad que va a cumplir. Los tramos de edad que se aplican para nueva producción son los siguientes:

0-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, >74

El importe de la prima se actualizará en cada periodo de prórroga, en la misma proporción que se alteren los factores que han servido para la fijación de la primera prima sin que los mismos estén vinculados exactamente al IPC interanual.

Las tarifas de primas deberán ser suficientes, según hipótesis actuariales razonables, para permitir a la Compañía Aseguradora satisfacer el conjunto de las obligaciones derivadas de los contratos de Seguro y, en particular, constituir las provisiones técnicas

adecuadas. Asimismo, responderán al régimen de libertad de competencia en el mercado de Seguros sin que, a estos efectos, tenga el carácter de práctica restrictiva de la competencia la utilización de tarifas de primas de riesgo basadas en estadísticas comunes.

La prima de tarifa, que se ajustará a los principios de indivisibilidad e invariabilidad, suficiencia, equidad e igualdad de trato entre mujeres y hombres, estará integrada por la prima pura o de riesgo, por el recargo de seguridad, en su caso, y por los recargos necesarios para compensar a la entidad de los gastos de administración y de adquisición, incluidos entre estos últimos los de mantenimiento del negocio, así como por el posible margen o recargo de beneficio o excedente. Los gastos de gestión de los siniestros se incluirán en todo caso en la prima pura.

e) Impuestos Legalmente Repercutibles

Actualmente en este tipo de productos sólo se repercute un 0,15% relativo al recargo de liquidación de entidades Aseguradoras.

f) Rehabilitación de la Póliza

No existe el derecho de rehabilitar la Póliza una vez ésta haya sido cancelada. Si desearas volver a disfrutar de la tranquilidad que ofrece nuestro seguro de Salud, deberás iniciar un nuevo proceso de contratación salvo pacto expreso en contrario.

Comunicaciones

Las comunicaciones entre la Compañía Aseguradora y el Tomador y/o los Asegurados, necesarias para el desarrollo del contrato, podrán realizarse, en función de su finalidad y contenido, por correo postal, correo electrónico o comunicación telefónica (incluyendo SMS), y/o a través del Área de Cliente puesta a disposición por Aegon, salvo oposición de los interesados a alguna de estas vías.

Departamento de Atención al Cliente (DAC)

Con carácter previo a formular reclamación ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones (en adelante DGSFP), el Tomador, el Asegurado, los Beneficiarios, terceros perjudicados y derechohabientes de unos y otros, podrán presentar sus quejas y reclamaciones ante el Departamento de Atención al Cliente de Aegon (en adelante DAC), mediante escrito debidamente firmado dirigido a C/ Vía de los Poblados, 3, 28033 Madrid, o bien a través del correo electrónico dac@aegon.es, en el que se recoja cuantas cuestiones crean convenientes, en relación con los seguros suscritos adjuntando la documentación que la soporte (copia de la Póliza, cartas recibidas, etc.).

El DAC de Aegon tiene un plazo para resolver de **1 mes**. Si el cliente no acepta la resolución o ha transcurrido **1 mes** sin ninguna contestación podrá dirigirse a la DGSFP, sita en el Paseo de la Castellana 44, 28046 Madrid, a la atención del Servicio de Reclamaciones. Para poder ejercitar esta acción el Asegurado deberá acreditar que se dirigió previamente al DAC de Aegon.

Las reclamaciones ante el DAC o ante la DGSFP, no impedirán al Tomador el uso de la vía judicial para la defensa de sus intereses, lo que supondrá en tal caso la finalización de los expedientes anteriores al quedar estos supeditados a la resolución del procedimiento judicial instado.

Legislación aplicable

La Póliza se rige por la siguiente legislación española:

- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro (B.O.E. de 17 de octubre de 1980).
- Ley 20/2015, de 14 de julio, de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y su normativa reglamentaria de desarrollo.
- En caso de contratación a distancia, Ley 22/2007, de 11 de julio, sobre comercialización a distancia de servicios financieros destinados a los consumidores.
- Real Decreto-ley 3/2020, de 4 de febrero, de transposición, entre otras de la directiva 2016/97, de 20 de enero, sobre distribución de seguros.
- Y, en su caso, demás normativa que desarrolle las indicadas anteriormente.

Puedes acceder al Informe Anual sobre la Situación Financiera y de Solvencia de Aegon España S.A.U. de Seguros y Reaseguros en <https://www.aegon.es/sobre-aegon/informes-financieros>.

Supuestos de formalización a distancia

Se entiende que el contrato se celebra a distancia cuando para su negociación y celebración se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia, sin presencia física y simultánea entre las partes, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos u otros similares.

En los supuestos en los que el contrato se celebre electrónicamente, únicamente se entenderá formalizado una vez el Tomador haya prestado su consentimiento mediante la firma electrónica del contrato y obtenido por parte de Aegon o, en su caso, de su Mediador de Seguros o su red de distribución, la correspondiente evidencia justificativa de la formalización. Todo ello sin perjuicio de la obligación del pago de la prima a efectos del perfeccionamiento del contrato.

El Tomador acepta y reconoce la plena eficacia del contrato celebrado a distancia por medios electrónicos, mediante el uso de la plataforma tecnológica dispuesta por el Mediador de Seguros y/o su red de distribución a tal fin.

En todos los supuestos de contratación a distancia, Aegon pondrá a disposición del Tomador, en soporte duradero, la correspondiente evidencia de formalización ya sea mediante documento contractual, ya sea mediante la oportuna confirmación de la transacción tras la recepción de la aceptación del Tomador.

Derecho de desistimiento

El Tomador del seguro podrá resolver el contrato dentro del plazo de **30 días naturales** siguientes desde el día de celebración del contrato, siempre que no existan prestaciones con cargo a la Póliza. En caso de no desistir en el citado plazo o de que solicite las prestaciones del seguro, se perderá el derecho a desistir del contrato.

El Tomador deberá ejercer su derecho de desistimiento mediante comunicación expedida antes de que venza el plazo indicado y dirigida a Aegon a través de un soporte duradero. A tal efecto, podrá ejercitar sus derechos mediante escrito dirigido a su domicilio, sito en C/Vía de los Poblados, 3, 28033 Madrid, identificando claramente en la misma sus datos personales y los del contrato que desea resolver aportando copia de su DNI.

La cobertura del riesgo cesará desde la fecha de expedición de la comunicación y el Tomador tendrá derecho a la devolución de la parte proporcional de prima no consumida que corresponda.